

- 1 **Data: 28 de novembro de 2019.**
- 2 **Horário: 08h30 às 16h30.**
- 3 **Local: Auditório Anne Marie – SESA**
- 4 **Conselheiros membros – Gestão 2016-2019**

	Nome		Condição	Órgãos, Entidades e Instituições.
	Gestores			
1	Katya Rafaella Teixeira Carvalho	Ausente	Titular	COSEMS
	Luzia Tiemi Oikawa	Justificativa	Suplente	COSEMS
2	Nestor Werner Junior	Presente	Titular	SESA
	Maria Goretti David Lopes	Justificativa	Suplente	SESA
3	Joelma Aparecida de Oliveira	Justificativa	Titular	Fundo Estadual de Saúde
	Any Elly Pavan Mezzomo	Ausente	Suplente	Fundo Estadual de Saúde
4	Nathalia da Silveira Derengowski	Presente	Titular	Ministério da Saúde
	Benedito German Crespo Garcia	Justificativa	Suplente	Ministério da Saúde
	Prestadores de Serviços		Condição	Entidade
5	Luiz Fernando Zanon de Almeida	Presente	Titular	ACISPAR
	Daniela Gregório Franca	Justificativa	Suplente	ACISPAR
6	Rangel da Silva	Presente	Titular	FEHOSPAR
	Mauricio Duarte Barcos	Justificativa	Suplente	FEHOSPAR
7	Maria Aparecida Bertoni Cardoso	Justificativa	Titular	FEMIPA
	Rosita Márcia Wilner	Justificativa	Suplente	FEMIPA
8	Hermes de Souza Barboza	Presente	Titular	UEM
	Evaldo Pereira Lopes	Presente	Suplente	UEM
9	Rita de Cássia Domansky	Presente	Titular	UEL
	Vivian Biazon El Reda Feijó	Justificativa	Suplente	UEL
	Profissionais de Saúde		Condição	Entidade
10	Fabio Stahlschmidt	Presente	Titular	CRF
	Paulo Costa Santana	Presente	Suplente	CRF
11	Graciele de Pintor	Justificativa	Titular	SINDIFAR
	Nilson Hideki Nishida	Ausente	Suplente	SINDIFAR
12	Jhulie Rissato da Silva	Presente	Titular	CRN8
	Juliana Bertolin Gonçalves	Justificativa	Suplente	CRN8
13	João Eduardo de Azevedo Vieira	Presente	Titular	CREFITO
	Rodney Wenke	Presente	Suplente	CREFITO
14	Woldir Wosiacki Filho	Ausente	Titular	SINFITO
	Elfi Gusava	Presente	Suplente	SINFITO
15	Marcelo Hagebock Guimarães	Presente	Titular	CREF9
	Leandra Aparecida C. de Rosis	Justificativa	Suplente	CREF9
16	Olga Estefânia Duarte Gomes Pereira	Presente	Titular	SINDSAÚDE
	Ana Cristina de Carvalho Brito	Presente	Suplente	SINDSAÚDE
17	Irene Rodrigues dos Santos	Justificativa	Titular	FESSMUC

	Liliane Rute Coutinho	Ausente	Suplente	FESSMUC
18	Palmira Aparecida Soares Rangel	Presente	Titular	FESMEPAR
	Aparecida Benito Pereira	Justificativa	Suplente	FEMEPAR
	Usuários		Condição	Entidade
19	Luiz Américo Delphim	Presente	Titular	SINDIPETRO
	Luciano Zanetti	Justificativa	Suplente	SINDIPETRO
20	Jonas Braz	Presente	Titular	CUT
	Silvana Prestes Araújo	Justificativa	Suplente	CUT
21	Antonio Vieira Martins	Justificativa	Titular	UGT
	Lidmar José Araujo	Presente	Suplente	UGT
22	Santo Batista de Aquino	Presente	Titular	SINDNAPI
	Manoel Rodrigues do Amaral	Justificativa	Suplente	SINDNAPI
23	Livaldo Bento	Presente	Titular	MOPS
	Antonio Barrichello	Justificativa	Suplente	MOPS
24	Maury Ferreira Lopes	Presente	Titular	ANEPS
	Carmen do Rocio Costa da Silva	Justificativa	Suplente	ANEPS
25	Maury Cesar Alexandrino	Presente	Titular	DEFIPAR
	Ricardo Vilarinho da Costa	Justificativa	Suplente	DEFIPAR
26	João Maria Ferrari Chagas	Justificativa	Titular	IBDa
	Gabriel Ladeira dos Santos	Presente	Suplente	IBDa
27	Custodio Rodrigues do Amaral	Presente	Titular	FAMOPAR
	Joarez Camargo	Justificativa	Suplente	FAMOPAR
28	Angelo Barreiros	Presente	Titular	CONAM
	Selma Maria Assis Gonçalves	Justificativa	Suplente	CONAM
29	Livia Diniz Lopes Sola	Justificativa	Titular	FECAMPAR
	Aparecido Rubio de Araujo	Presente	Suplente	FECAMPAR
30	Marcia Beghini Zambrim	Presente	Titular	Pastoral da Saúde
	Maria Cristina Galacho de Souza	Presente	Suplente	Pastoral da Saúde
31	Clarice Siqueira dos Santos	Justificativa	Titular	Pastoral da Criança
	Avila Maria Garrett Savi de Andrade	Ausente	Suplente	Pastoral da Criança
32	Amelia do Nascimento Magrinelli	Justificativa	Titular	ASSEMPA
	Maria Lucia Gomes	Presente	Suplente	ASSEMPA
33	Alaerte Leandro Martins	Presente	Titular	Rede de Mulheres Negras
	Claudia Maria Pereira	Justificativa	Suplente	Rede de Mulheres Negras
34	Terezinha Andrade Possebom	Presente	Titular	HUMSOL
	Ellen Aparecida Vasconcellos Cesar	Justificativa	Suplente	HUMSOL
35	Maria Elvira de Araújo	Presente	Titular	ASSEMPA
	Marcos Antonio da Silva	Justificativa	Suplente	IBDa
36	Edvaldo Viana	Presente	Titular	CONAM
	Leandro Soares Machado	Justificativa	Suplente	MOPS

6 **1. Expediente Interno**

7 **2. Ordem do Dia**

2.1 Aprovação da Pauta

8 2.2 Assuntos para Deliberação e Discussão Temática

2.2.1 Mesa Diretora

Encaminhamentos Mesa Diretora:

Justificativas e substituições

Leitura de Expedientes

Informes da Mesa Diretora

1º Assunto: Ata da 265ª Reunião Ordinária de 25 de julho de 2019;

2º Assunto: SAMU (Relatório de Gestão, atendimentos, Monitoramento de 2018 e 2019; Cobertura Populacional; Dados Estatísticos; Apresentação de como funciona o serviço/protocolo de atendimento) Apresentação (20') Discussão (20');

3º Assunto: Situação da Oncologia no Estado do Paraná (atualização de dados) Apresentação (20') Discussão (20');

4º Assunto: Avaliação da Implantação da Saúde da População Negra no Estado do Paraná Apresentação (20') Discussão (20');

5º Assunto: Proposta de Agenda Mínima 2020 do CES/PR Apresentação (10');

6º Assunto: Calendário de Reuniões 2020 do CES/PR Apresentação (10');

7º Assunto: Política de Atenção Integral da Saúde das Mulheres no Paraná Apresentação (20') Discussão (20');

8º Assunto: Mesa Estadual de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde do Paraná – MENPSUS/PR Apresentação (20') Discussão (10');

9º Assunto: Operação Verão 2019/2020 Apresentação (20') Discussão (20');

10º Assunto: Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas FUNEAS Apresentação (20') Discussão (20');

11º Assunto: Comissões.

9 **3. Informes**

3.1 Informes Gerais.

10

11 **(F01) Marcelo (CREF9)** Pessoal, bom dia. Enquanto as pessoas vão tomando os seus lugares pra
12 podermos dar início à ducentésima sexagésima nona reunião ordinária do Conselho Estadual de
13 Saúde. Vamos fazer a contagem dos presentes pra averiguação de quorum. **Maurício (Secretaria**
14 **Executiva)** Bom dia, conselheiros e conselheiras. Por gentileza mantenham seus crachás erguidos.
15 Vinte e três. Quorum adequado. Então nós temos vinte e três conselheiros e conselheiras, com
16 quorum apropriado para darmos início a esta reunião. Desejar uma boa reunião a todos nós, que
17 possamos debater todos os assuntos pertinentes à pauta de hoje e podermos encaminhar a reunião
18 de maneira tranquila e cordial. Antes da aprovação da pauta, agradecer a presença dos
19 representantes do Ministério Público, o Carlos que está sempre presente e o Jefferson que também
20 tem acompanhado as nossas últimas reuniões, agradecer a presença de vocês e o nosso abraço a
21 todos os profissionais do Ministério Público do Paraná. Aprovação da pauta. Então, primeiro assunto
22 aprovação da ata da ducentésima sexagésima quinta reunião ordinária. Segundo assunto, SAMU,
23 relatório de gestão, atendimentos, monitoramento de dois mil e dezoito e dois mil e dezenove,
24 cobertura populacional, dados estatísticos, apresentação de como funciona o serviço, protocolo de
25 atendimento. Terceiro assunto, situação da oncologia no Estado do Paraná, atualização de dados.
26 Quarto assunto, avaliação da implantação da saúde da população negra no Estado do Paraná.
27 Quinto assunto, proposta de agenda mínima dois mil e vinte do CES/PR. Sexto assunto, calendário
28 de reuniões dois mil e vinte do CES/PR. Sétimo assunto, política de atenção integral da saúde das

29 mulheres no Paraná. Oitavo assunto, Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS do Paraná
30 – MENPSUS. Nono assunto, operação verão dois mil e dezenove dois mil e vinte. Décimo assunto,
31 relatório quadrimestral de prestação de contas da FUNEAS. Décimo primeiro assunto, comissões.
32 **Olga (SindSaude)** Bom dia. Nós deliberamos ontem, na comissão de orçamento, pela aprovação de
33 documento pelo Pleno e nós então ficamos com dúvida se a gente faz a apresentação desse
34 documento para aprovação, para apreciação e aprovação como ponto de pauta ou se ele entraria
35 nas comissões. Porque nas comissões, via de regra, a gente faz o informe das discussões apenas e
36 este é um ponto de pauta para posicionamento do Conselho, que veio aprovado por unanimidade lá
37 da comissão de orçamento. Então, eu estou pedindo à Mesa que ele seja inserido como um ponto de
38 pauta, considerando que precisa ser apreciado pelo Pleno. **Marcelo (CREF9)** De praxe, quando tem
39 um assunto que as comissões deliberam e precisa de aprovação, geralmente é incluído nas
40 comissões, por exemplo, lembra que a gente aprovou as oficinas, as outras ações que precisavam
41 deliberação do Pleno? Também vem como pauta das comissões. Se a comissão entender que há
42 necessidade inclusão de ponto de pauta, não vejo nenhum problema. **Olga (SindSaude)** Sim,
43 porque como a pauta está extensa a nossa preocupação é que ele não entre e é necessário que ele
44 entre pra encaminhamento para o Conselho Nacional de Saúde. **Marcelo (CREF9)** Porque daí o
45 ponto de pauta inclusão ele vai estar depois das comissões. Então talvez a comissão. **Olga**
46 **(SindSaude)** Não, não Nós estamos pedindo que seja incluído antes. **Marcelo (CREF9)** É que a
47 gente tem que vencer que a gente já tem uma pauta pendente da reunião passada já. **Olga**
48 **(SindSaude)** Perfeito, mas é que se trata de mudanças substantivas no funcionamento do Sistema
49 Único de Saúde, que se trata da portaria dois nove sete nove. Então é preciso que a gente garanta
50 que ela seja apreciada pelo Conselho. Então nesse sentido é que nós fizemos essa intervenção pra
51 que seja garantida a leitura e a apreciação, pronunciamento, do Pleno do Conselho. E a nossa
52 preocupação é que se nós nos alongarmos na reunião como temos feito ultimamente, nós não
53 aprovemos essa resolução. Então, o nosso pedido é que ele seja incluído como ponto de pauta. Não
54 será longo, porque nós já aprovamos na reunião passada um documento com as mesmas
55 premissas. **Marcelo (CREF9)** Então, só como é o ponto de pauta? Pra inclusão, conselheira Olga.
56 **Olga (SindSaude)** É resolução do CES Paraná sobre a portaria dois nove sete nove dois mil e
57 dezenove. **Marcelo (CREF9)** Vamos combinar o seguinte, Olga, a gente inclui como décimo
58 segundo assunto, se a gente não vencer a pauta e houver necessidade, à tarde faz uma alteração
59 de pauta, pode ser? **Olga (SindSaude)** Obrigada. Pode ser. **João (CREFITO8)** Na verdade é só pra
60 reforçar o pedido da Olga, porque na verdade essa solicitação ela corrobora o que foi enviado por e-
61 mail, o ofício do Conselho Nacional de Saúde, exatamente pra que a gente possa estar discutindo
62 sobre o novo financiamento, a mudança do financiamento da atenção primária em saúde. Então,
63 essa solicitação ela vem corroborar exatamente essa solicitação que o próprio Conselho Nacional de
64 Saúde está fazendo pra que os conselhos municipais, distrital, estaduais venham a estar discutindo
65 sobre esse novo financiamento. Inclusive, a diretora de atenção e vigilância em saúde aqui da SESA
66 também se colocou à disposição pra estar discutindo junto com o Conselho Estadual sobre esse
67 novo formato de financiamento. Então nos e-mails lá consta esse posicionamento da própria senhora
68 Maria Goretti. **Nathália (MS)** Bom dia. Gente, só a título de informação, eu estou acompanhando
69 isso também, eu acho que todos já sabem mas o Conselho Nacional marcou pros dias cinco e seis
70 de dezembro pra discutir essa portaria. Só a título de informação. **Edvaldo (CONAM)** Bom dia a
71 todos. Senhor presidente, eu peço a palavra pra pedir uma homenagem póstuma a uma conselheira
72 que infelizmente veio falecer nesta segunda-feira em Londrina, trata-se da dona Julia Miamoto,
73 conselheira por mais de vinte anos na cidade de Londrina com relevante serviço prestado para o
74 conselho municipal. Então, em nome dos conselheiros de Londrina, eu peço pra que a gente possa
75 fazer esta homenagem póstuma à dona Julia Saito Miamoto de setenta e oito anos, que veio a
76 falecer nesta segunda-feira passada. **Marcelo (CREF9)** Alguma comissão tem ponto de pauta na
77 comissão? Só ver se eu peguei todos aqui. A comissão de orçamento, comissão de educação

78 permanente, comissão de saúde do trabalhador e comissão de vigilância. Mais alguma comissão?
79 Então só pra gente poder fazer a aprovação da pauta, então nós temos os onze assuntos que já
80 estavam na pauta da ordem do dia com a inclusão da resolução do CES Paraná com relação a
81 portaria dois nove sete nove de dois mil e dezenove. E, podemos aprovar então com a inclusão
82 dessa homenagem póstuma à conselheira de Londrina Julia Miamoto? Então, em regime de
83 aprovação, os favoráveis pela pauta levantem o crachá. Faremos por contraste. Podem baixar.
84 Contrários. Nenhum contrário. Abstenção. Nenhuma abstenção. Então pauta aprovada. Então, pra
85 gente já poder garantir essa homenagem, então pedir pra que todos permaneçam em pé. A gente
86 faz um minuto de silêncio em homenagem póstuma à conselheira Julia Miamoto de Londrina,
87 falecida na segunda-feira. Vamos então à nossa pauta. Mauricio, justificativas e substituições.
88 **Mauricio (Secretaria Executiva)** Bom dia, conselheiros e conselheiras. Informando agora as
89 justificativas e substituições para esta reunião. Justificativas: Rosita Marcia Wilner, Tiemi Oikawa,
90 Antonio Vieira Martins, Maria Aparecida Bertoni Cardoso. Provavelmente chegue atrasado a Livia e o
91 Rangel, por problemas no aeroporto com o voo de Londrina para Curitiba. Clarice Siqueira dos
92 Santos, Amélia dos Santos Magrinelli, Graciele de Pintor, Joelma Aparecida e Souza Carvalho, João
93 Maria Ferrari Chagas e Irene Rodrigues. Substituições: a Universidade Estadual de Maringá por
94 meio do ofício número trezentos e trinta e três dois mil e dezenove HUM informa, solicita alteração
95 de composição de conselheiro suplente representante desta Universidade Estadual de Maringá,
96 Hospital Universitário Regional de Maringá, junto a esse egrégio Conselho Estadual de Saúde do
97 Paraná para gestão dois mil e dezesseis e dois mil e dezenove a partir desta data. Conselheiro
98 suplente então, Evaldo Pereira Lopes. Foram essas as justificativas e substituições. **Marcelo**
99 **(CREF9)** Então nós temos um novo conselheiro, Evaldo seja bem vindo ao Pleno do Conselho
100 Estadual de Saúde do Paraná. Que você tenha bastante êxito na sua participação e se quiser fazer o
101 uso da palavra, pra se apresentar pro pessoal, a gente abre dois minutinhos. **Evaldo (HU-UEM)** Bom
102 dia a todos. Pra mim é motivo de bastante alegria estar fazendo parte desse Conselho Estadual de
103 Saúde, espero aprender bastante com os conselheiros que aqui estão e me esforçar pra também
104 colaborar da forma que todos aqui tem colaborado durante esses longos anos no Estado. Obrigado.
105 **Marcelo (CREF9)** Também temos a presença, iniciando a sua participação no Conselho Estadual,
106 do Rubio representando a Fecampar e o Lidmar representando a UGT. Então, também abrimos a
107 palavra pra vocês se apresentarem, sejam bem vindos ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde e
108 que vocês tenham êxito nessa participação do controle social. **(Não identificado 1)** Bom dia a todos.
109 Agradeço a oportunidade de estar presente nesta reunião e que possamos somar. Obrigado. **(Não**
110 **identificado 2)** Bom dia. Obrigado pela oportunidade, a todos aqui presente, ao Angelo que esteve
111 sempre acompanhando e orientando. Obrigado. Seu Custódio também. **Marcelo (CREF9)** Então
112 sejam todos bem vindos. Conselheiro Hermes pediu a palavra? **Hermes (HU-UEM)** Coube à mim
113 fazer um agradecimento em nome da Universidade Estadual de Maringá, a excelente colaboração da
114 nossa conselheira chefe, que nós chamamos lá, Tereza Pauliqui que se aposentou. Então ela teve
115 uma participação muito grande neste Conselho e na formação e na região de Maringá também
116 participamos de conferências, ministrando palestras e no último ano era pra ela estar aqui no meu
117 lugar mas em função da Conferência que eu acabei me envolvendo, eu tive que continuar. Esse
118 agradecimento a universidade faz a ela. E, particularmente, essa é a minha última reunião no
119 Conselho também, a partir do ano que vem o nosso companheiro Evaldo vai me substituir aqui e
120 com certeza a universidade estará bem representada. **Fabio (CRF)** Documentos recebidos pela
121 Mesa Diretora. Data do dia quinze do dez de dois mil e dezenove, ofício cinquenta e um de dois mil e
122 dezenove da SESA, o departamento de atenção a urgência da SESA responde o ofício duzentos e
123 trinta e nove de dois mil e dezenove da Secretaria Executiva do CES Paraná, foi encaminhado para
124 comissão intersetorial de saúde do trabalhador e recursos humanos. Dezoito do dez de dois mil e
125 dezenove, ofício cento e dezessete dois mil e dezenove do CEAS, o Conselho Estadual de
126 Assistência Social – CEAS informa orientação sobre inclusão no cadastro único para concessão de

127 óculos e próteses dentárias para políticas de saúde, foi encaminhado para a comissão de assistência
128 e acesso ao SUS e saúde mental. Dezoito do dez de dois mil e dezenove, ofício trinta e quatro de
129 dois mil e dezenove da SCAERA, a décima quinta regional de saúde de Maringá responde a ofício
130 dois oito dois de dois mil e dezenove da Secretaria Executiva do CES Paraná, resposta
131 encaminhada para o Ministério Público do Paraná através do ofício três quatro dois de dois mil e
132 dezenove da Secretaria Executiva do CES/PR. Dezoito do dez de dois mil e dezenove, ofício
133 duzentos e dezenove de dois mil e dezenove da SEAUD, o departamento nacional de auditoria do
134 SUS encaminha cópia do relatório final referente à auditoria número dezoito mil seiscentos e trinta e
135 nove realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Tijucas do Sul para conhecimento, foi
136 encaminhado para a comissão de assistência e acesso ao SUS e saúde mental. Vinte e três do dez
137 de dois mil e dezenove, ofício zero vinte e três dois mil e dezenove JABC, a prefeitura municipal de
138 Tuneiras do Oeste encaminha resposta ao ofício mil duzentos e cinquenta e três do CAOPSAU,
139 resposta encaminhada ao Ministério Público do Paraná através do ofício três quatro dois de dois mil
140 e dezenove da Secretaria Executiva do CES/PR. Vinte e três do dez de dois mil e dezenove, e-mail
141 de Juvira Cordeiro, a senhora Juvira Cordeiro solicita medidas cabíveis ao conselheiro estadual de
142 saúde Edvaldo Viana relativo às informações prestadas pelo conselheiro em reunião no Conselho
143 Municipal de Saúde de Londrina, encaminhado ofício três quatro três de dois mil e dezenove da
144 Secretaria Executiva do CES Paraná para prefeitura de Londrina solicitando reunião. Vinte e três do
145 dez de dois mil e dezenove, ofício dois sete sete meia de dois mil e dezenove, Ministério Público do
146 Estado do Paraná para instruir os autos de notícia do fato número MP Paraná zero quatro meia
147 dezenove um quatro meia oito três cinco sete solicita no prazo de quinze dias que preste
148 informações acerca de ciência do CES Paraná sobre o conteúdo dos fatos denunciados, envie
149 prestação de contas devidamente discriminadas especialmente em relação ao repasse do valor ao
150 município da Lapa para compra de equipamento para exames auxiliares de diagnóstico de câncer ao
151 Hospital Regional da Lapa São Sebastião, foi encaminhado ofício em resposta número trezentos e
152 vinte de dois mil e dezenove da Secretaria Executiva do CES Paraná. Vinte e três do dez de dois mil
153 e dezenove, ofício cento e dezessete dois mil e dezenove CEDI, Conselho Estadual dos Direitos do
154 Idoso recomenda que seja divulgado artigo dezesseis do estatuto do idoso em apreciação a situação
155 das instituições hospitalares do município da Lapa no que se refere ao direito do idoso de possui
156 acompanhante, a ser divulgado aqui no Pleno. Vinte e três do dez de dois mil e dezenove, ofício
157 vinte e dois de dois mil e dezenove do GRHS da SESA, a Mesa Estadual de Negociação
158 Permanente do Sistema Único de Saúde – MENPSUS Paraná solicita inclusão de pauta na reunião
159 do CES Paraná, pautado na ducentésima sexagésima nona reunião ordinária do CES/PR. Quatro do
160 onze de dois mil e dezenove, ofício setecentos e treze de dois mil e dezenove do CONEP, convite
161 para treinamento e atualização regional de membros do comitê de ética dos Estados do Paraná e
162 São Paulo nos dias três e quatro de dezembro de dois mil e dezenove, conselheira Rita participará
163 do treinamento. Quatro do onze de dois mil e dezenove, recebemos exemplar do jornal da FETAEP.
164 Quatro do onze de dois mil e dezenove, recebemos exemplar da revista RADIS. Cinco do onze de
165 dois mil e dezenove, ofício circular dois oito dois de dois mil e dezenove sobre orientação sobre
166 debates acerca de atenção primária à saúde, foi encaminhado para os conselheiros por e-mail.
167 Cinco do onze de dois mil e dezenove, foi recebido e-mail com ofício circular dezoito de dois mil e
168 dezenove, é um convite ao senhor presidente do Conselho Estadual de Saúde Rangel Silva para o
169 curso de capacitação para conselheiros de saúde municipais e locais de Piraquara, a conselheira
170 Malu representou o presidente do CES Paraná. Cinco do onze de dois e dezenove, recebemos o
171 jornal do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. Doze do onze de dois mil e dezenove, ofício
172 circular dezessete de dois mil e dezenove da DSASTE, convite para a terceira jornada nacional de
173 saúde do trabalhador e trabalhadora nos dias dezessete e dezoito do doze de dois mil e dezenove
174 em Brasília, a conselheira Olga participará. Recebemos também no dia vinte e seis do onze de dois
175 mil e dezenove e-mail do gabinete do prefeito de Londrina em resposta à solicitação de reunião com

176 o prefeito Marcelo Belinati onde foi agendado para segunda-feira, dia dois do doze de dois mil e
177 dezenove, às dez e trinta horas, participarão os conselheiros estaduais de Londrina. Recebemos
178 também no dia vinte e um de novembro de dois mil e dezenove ofício número dois nove meia sete
179 de dois mil e dezenove do CAOPSAU, cumprimentando- o profundamente agradecido informa à
180 vossa excelência informa que em virtude a compromisso institucional anteriormente assumido
181 manifesto a minha impossibilidade de participar da reunião ordinária desse colegiado conforme
182 convite gentilmente encaminhado, outrossim comparecerá como de praxe o servidor designado para
183 acompanhamento do controle social pertencente a este centro de apoio operacional, na
184 oportunidade manifesto expressões de mais elevada apreço, assinado pelo doutor Marco Antonio
185 Teixeira procurador de justiça, encaminhado ao senhor Rangel Silva presidente do Conselho
186 Estadual de Saúde do Paraná. Recebemos também o exemplar do jornal saúde do Hospital
187 Universitário de Londrina. Recebemos também o cartaz sobre o sarampo da campanha do sarampo
188 promovido pela SESA. Horário de saída da van, informamos que o horário da van sairá da SESA
189 para o Hotel Caravelle às doze horas, o retorno está agendado para as treze e quinze do Hotel
190 Caravelle para a SESA; à tarde, a van sairá da SESA para o aeroporto com os conselheiros que vão
191 pegar o voo para Cascavel às quinze e trinta, a outra van sairá da SESA para a rodoviária e
192 aeroporto às dezesseis e trinta com os demais conselheiros. Para os membros da Mesa Diretora,
193 que ficarão para a reunião, a van sairá da SESA para o Hotel Caravelle às vinte horas e do Hotel
194 Caravelle ao aeroporto às vinte e uma horas. **Olga (SindSaude)** Eu gostaria de reiterar uma
195 solicitação que a gente já fez anteriormente à Mesa, que a cópia desses documentos fossem
196 enviados para nós porque aqui nós temos assim, resposta, tem a forma como ela foi tratada, houve
197 encaminhamento, foi mandado a resposta, a gente não sabe qual é o teor dela, por exemplo, com
198 relação às auditorias e a comissão de orçamento não tem recebido cópia dessas auditorias aqui. A
199 outra coisa, é com relação a um ofício aqui que deveria ter sido encaminhado pra CIST mas não
200 chegou nas CIST, nós tivemos reunião ontem e ele não chegou. E por fim, com relação ao ofício
201 dezessete que fala, convida para a terceira jornada nacional de saúde do trabalhador e da
202 trabalhadora, esse convite foi direcionado para as coordenações das CISTs estaduais, então é só
203 pra retificar ali a informação pra que todos saibam. Então era importante que a gente tivesse acesso
204 a essas respostas. Tem as questões relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde da Lapa que nós
205 fizemos uma discussão bastante importante em dois mil e dezessete quando nós trouxemos esse
206 assunto aqui pra discussão no Pleno do Conselho com relação à aquisição de equipamentos para os
207 diagnósticos auxiliares para o município da Lapa. Então a gente gostaria de conhecer o resultado
208 disso tudo pra poder entender o que foi respondido, então nesse sentido eu solicito a cópia desses
209 documentos todos. Obrigada. **Marcelo (CREF9)** Então só respondendo, conselheira Olga, todas as
210 auditorias que a Mesa recebe elas são encaminhadas para as comissões pertinentes ao que a
211 auditoria está referenciando. Então se é de acesso a serviços, pra comissão de acesso; o que é
212 parte orçamentária é encaminhado para comissão de orçamento, todas as auditorias que a Mesa
213 recebe a gente demanda pras comissões pra elas terem acesso, apreciarem e discutirem. A gente
214 precisa verificar então o caso não tenha ido o material mas tanto é que aqui ta encaminhado para a
215 comissão, então a auditoria do departamento nacional de auditoria lá foi encaminhado para
216 comissão de acesso e saúde mental que eram os temas pertinentes ao que tinha no teor da
217 auditoria. Precisa só então verificar se a comissão teve acesso a esses documentos porque foi o
218 encaminhamento da Mesa. O convite da comissão de saúde do trabalhador, como já tinha sido
219 encaminhado para os coordenadores, inclusive você já tinha respondido e confirmado, então a Mesa
220 nem deliberou sobre a situação, já tava bem solicitado no documento que era para os
221 coordenadores, então, a Mesa acatou que era a coordenadora da comissão que estaria participando.
222 O item que você comentou que não foi encaminhado para a comissão da CIST, então, tem que
223 verificar Mauricio e garantir para o próximo mês que a comissão tenha acesso a esse documento pra
224 poder apreciá-lo e debater na comissão. E, algumas respostas, conselheira Olga, que são

225 encaminhadas é porque o Ministério Público encaminhou pra Mesa e solicita da Mesa algumas
226 situações, às vezes é só situação, foi deliberado pelo Pleno alguma situação “a”, “b” ou “c”? Então
227 são situações pontuais que é feito a solicitação pra Mesa responder. Então, só pra te dar uma
228 resposta sobre os questionamentos levantados. Então, primeiro assunto da pauta, ata da
229 ducentésima sexagésima quinta reunião ordinária de vinte e cinco de julho de dois mil e dezenove.
230 Então a ata foi encaminhada para todos os conselheiros e conselheiras, algum apontamento para
231 ser ratificado na ata? Não? Então vamos colocar em votação. Os favoráveis à aprovação da ata
232 levantem os crachás. Faremos por contraste. Ok. Podem baixar. Contrários. Nenhum contrário.
233 Abstenções. Nenhuma abstenção. Então aprovada a ata da ducentésima sexagésima quinta reunião
234 ordinária. Segundo assunto, SAMU relatório de gestão, atendimentos, monitoramento dois mil e
235 dezoito dois mil e dezenove, serviço protocolo de atendimento, cobertura populacional, dados
236 estatísticos. Então a Beatriz fará a apresentação. **Beatriz (SESA)** Bom dia de novo. Sou médica,
237 atualmente estou respondendo pelo departamento de atenção à urgência que pertence à diretoria de
238 atenção e vigilância em saúde aqui da SESA. Eu preparei uma apresentação na tentativa de
239 responder alguns questionamentos sobre o funcionamento do SAMU, entretanto, após a
240 apresentação nós podemos tirar algumas dúvidas que por ventura ficarem sobre as questões que
241 foram levantadas. E mesmo assim, durante a fala se alguém já mão e quiser já tirar alguma dúvida,
242 não tem problema, a gente já conversa sobre o assunto. Beatriz faz apresentação. **Marcelo (CREF9)**
243 Vamos abrir então para os questionamentos, aí doutora Beatriz, a gente faz por blocos, faz umas
244 quatro, cinco perguntas, aí você responde, se tiver mais um questionamento a gente abre
245 novamente. **Ana Cristina (SindSaude)** Beatriz, eu não entendi muito bem quando você colocou que
246 a terceira regional ainda está sendo estruturado o serviço junto com a quarta? Não sei se é isso. E,
247 não tive uma explicação da sexta, que também ta branquinho ali. Então, se você puder falar um
248 pouquinho. E daí eu vi também que na organização da metropolitana, do SAMU metropolitano, ta lá
249 que atende o município da sexta, não ficou muito claro. Ta? Se puder esclarecer, por favor.
250 Obrigada. **Santo (Sindnapi)** Lá na região de Maringá, aconteceu doutora, um fato importante. Na
251 cidade de Paiçandu, uma criança de dois ou três meses a mamãe estava amamentando e a criança
252 engasgou e naqueles momento, a mãe desesperada, os vizinhos também acolheu e ligaram pro
253 SAMU e durante a ligação eles perguntaram o que havia ocorrido, a mamãe tava dando mamá pra
254 criança e a criança engasgou e daí eles começou a dar instrução pra ela. Tudo o que eles passaram
255 pra ela, ela fez e quando ele chegou no local, a criança estava saudável e a mãe e os vizinhos, tinha
256 bastante gente ali assistindo. Então, é um grau de instrução muito relevante, o atendimento que esse
257 povo dá a partir do momento que eles atendem a ligação. Mas isso aí entrou na estatística? Essa é a
258 minha pergunta. **Elton (CMS Cascavel)** Eu recebi algumas escalas e a gente observando, as
259 escalas de trabalho dos consórcios de diversos lugares aí a gente observa uma escala totalmente
260 diferenciada de um consórcio pra outro. Eu gostaria de saber se vocês tem algum projeto, algum
261 plano de fazer uma escala uniforme pro Estado do Paraná, porque resumindo fica, Cascavel está
262 trabalhando numa escala exaustiva com uma rotatividade gigantesca de servidores, então, isso é
263 dinheiro público desperdiçado porque a gente observando como até o colega colocou, isso custa,
264 isso tem um custo, um treinamento para esses servidores e a gente tem observado, salvo engano,
265 quatorze testes seletivos no CONSAMU de cascavel, isso em quatro anos. Então, isso é a minha
266 pergunta. Outra, como que vocês vê e como que o Estado vê a situação de ações trabalhistas? Da
267 onde que sai o dinheiro? Cascavel tem inúmeras ações trabalhistas e eu gostaria de saber da onde
268 que sai o dinheiro pra pagar essas ações trabalhistas. Se isso sai do Estado? Se o Estado tem um
269 custo em cima disso também ou sai do dinheiro que vai lá pro consórcio administrar isso dentro da
270 regional. E, a outra coisa, a discrepância de salários observados dentro dos consórcios. Então, um
271 paga mil reais, o outro paga mil e quinhentos, enfim, a discrepância muito grande dentro do Estado
272 do Paraná. Eu gostaria de saber se vocês tem conhecimento disso, se vocês acompanham isso e
273 como que vocês vê essa situação. Obrigado. **Edvaldo (CONAM)** Eu queria saber referente às

274 viaturas que são dadas baixas, como que funciona. Se isso daí é feito pelo Estado? No caso de
275 Londrina, se a décima sétima a responsabilidade é dela? Que a gente sabe que tem muitas viatura
276 dadas baixas lá, que ficam anos e anos abandonados, ninguém toma providência. E, uma outra
277 questão, o porquê dessa diferença entre ligações e atendimentos que dá mais que o dobro. **Beatriz**
278 **(SESA)** Então vamos lá. Você coloca pra mim então o mapinha pra mim, por favor, pra eu tentar.
279 Esse aqui. Então, os SAMUs, eles tem uma configuração regional. Como vai ser a cobertura,
280 quantos municípios, quais regionais vão compor esse SAMU, é uma decisão local. Então é um
281 comitê, é uma análise local de acesso aos serviços de saúde, de serviço de referência, aqueles que
282 tem a mesma identidade. Então, existe essa configuração do SAMU, uma decisão local, regional.
283 Então por exemplo, o SAMU regional campos gerais, ele está planejado para ser um SAMU, uma
284 central de regulação que vai cobrir a terceira, a quarta e a vigésima primeira regionais de saúde,
285 então esse é a composição do próximo SAMU, que eu tenho fé, vai entrar em operação em breve
286 que será o SAMU regional campos gerais. Então ele vai pegar três regionais de saúde. A sexta
287 regional de saúde, ela é uma região que ela vai ser vinculada à segunda regional metropolitana, ao
288 SAMU regional metropolitano, por quê? Porque a referência de serviços dela pra encaminhamento,
289 eles são concentrados aqui na região metropolitana de Curitiba. Então, ele também tá em
290 organização, a gente acredita que em breve também deve ter SAMU, entretanto ele não vai ter uma
291 central de regulação, toda essa região aqui a linha um nove dois vai cair aqui na central regulação do
292 SAMU regional metropolitano. Então, essa configuração foi feita por identidades próprias e conforme
293 o conforto que houve entre gestores no sentido de pactuar ou a entrada num consórcio ou uma
294 pactuação intermunicipal, o Estado acompanha essas decisões regionais mas não impõe, isso é
295 uma decisão local, de conformação dos SAMUs. Terceira, quarta, não sei se te respondi, o que você
296 precisava saber. E, o outro SAMU que vai ficar, vai ser o SAMU regional centro, que atualmente só o
297 município de Guarapuava tem SAMU. A ideia é que também seja expandido pra toda a quinta
298 regional de saúde, mas essa aí a gente ainda não tem uma previsão de implantação. Então, o colega
299 comentou sobre aquela situação de Paiçandu, a criança e a orientação. Então, quando eu mostrei
300 pra vocês aquele *slide* lá da regulação, o médico regulador ele tem obrigação sim de fazer a
301 orientação necessária para o solicitante iniciar algum procedimento de primeiros socorros enquanto
302 ele tá despachando o recurso, porque muitas vezes a pessoa tá com uma hemorragia também, ah
303 caiu e fez um corte importante, tem uma hemorragia importante, então ele já orienta o solicitante,
304 olha pega um pano limpo aí faz uma pressão direta no local que a ambulância está em
305 deslocamento. Então, ou seja, o médico regulador do SAMU não tem só a função de mandar a
306 ambulância, ah sim vou mandar, não, ele tem que fazer uma análise da situação e orientar o
307 solicitante ao procedimento. Então, a desobstrução de vias aéreas naquela criança é uma situação,
308 não vou dizer que é fácil de orientar mas que é possível o médico regulador começar essa
309 orientação para o local, ó vira a criança de costa, bate nas costinhas, deixa a cabeça mais baixa e,
310 na tentativa que isso seja solucionado. Como eu falei pra vocês, situação de emergência é tempo e
311 muitas vezes mesmo com um deslocamento de urgência de uma ambulância, às vezes a gente o
312 tempo necessário pra iniciar os procedimentos de primeiros socorros porque já houve algumas
313 lesões, danos nas células cerebrais, por exemplo. Ah, a pessoa tá em parada cardíaca, olha você
314 sabe fazer uma massagem? Põe a mão no meio do peito, enfim. Então, é papel da central de
315 regulação também fazer orientação ao solicitante daquela situação. E tudo isso, que o colega
316 perguntou, todas as ligações que entram na central um nove dois são gravadas. E, todos os nossos
317 SAMUs que tem sistema, todos entram nessa estatística que a gente apresentou, tudo entra na
318 estatística, que se a gente quiser levantar qualquer situação existe a gravação do chamado, tanto do
319 solicitante quanto a resposta da central de regulação. Não sei se eu respondi pro colega. É
320 importante, né? Ok. Escala de trabalho dos consórcios diferenciadas. Então, conforme eu falei pra
321 vocês, o modelo de gestão de cada SAMU é uma decisão local e cada um, aqueles que fazem
322 opção por consórcio, então, eles fazem a constituição ou adesão a um consórcio. Cada consórcio a

323 sua minuta de trabalho, são diferenciadas, não existe uma uniformidade, você perguntou uma
324 uniformidade, não existe. Então, as escalas, por exemplo, tem SAMUs que os médicos são
325 contratados por quarenta horas outros semanais, outros são vinte e quatro horas semanais. Então,
326 existem modelos diferenciados de contratação, de formação de escala. Condutor de ambulância, da
327 mesma forma, tem SAMUs que contratam doze horas por semana, outros setenta e duas, então
328 depende do modelo contratual que aquele serviço contratante está fazendo. Naqueles SAMUs que
329 não tem consórcio e a tripulação das ambulâncias, por exemplo até da central de regulação, são
330 servidores geralmente municipais. Então, eles atendem a carga horária contratual do município. Não
331 existe essa uniformidade mesmo. Rotatividade do serviço de Cascavel, o colega perguntou. Não é
332 só Cascavel, sabe? Infelizmente a gente observa que a rotatividade dos servidores é alta em todos
333 os SAMUs e não é só privilégio nosso também, o Brasil inteiro, os serviços de emergência tem uma
334 alta rotatividade dos profissionais. Então é uma situação que a gente tem que enfrentar esse desafio
335 e com isso já vou passar praquela outra pergunta, com relação a diferença do salário. Sim, nós
336 temos um cenário diferenciado aqui no Estado, por exemplo, se você pega Curitiba, hoje nós temos
337 um exemplo com relação ao padrão do salário dos médicos, nós temos quatro escolas médicas aqui
338 em Curitiba, formamos mais de quatrocentos médicos aqui em Curitiba, mas a dificuldade de
339 interiorizar esses médicos é muito alta. Então, o salário que a gente oferece em Curitiba, muitas
340 vezes o padrão estadual, é menor do que em algumas regiões, que às vezes a gente tem que
341 aumentar o valor do salário pra que você possa ter adesão para que o profissional vá fazer o plantão
342 numa ambulância que ta sediada num município de pequeno porte. Então realmente existe essa
343 diferença salarial dos serviços, é uma realidade que a gente encontra, esse padrão diferenciado.
344 Então por exemplo um consórcio abre lá um edital, uma licitação pra contratação de RH, conforme o
345 local se ele colocar, ah o salário médio é "x", ele não vai ter, vai ser vazia, enquanto ele colocar esse
346 mesmo salário numa região, por exemplo Londrina, Maringá que tem escolas médicas, você já
347 consegue preencher uma escala. Então, infelizmente isso é uma outra realidade que a gente
348 enfrenta de ter que ter salários diferenciados para as pessoas que prestam o mesmo serviço. Não
349 sei se respondi a sua questão quatro. Questões trabalhistas. Ah, da onde sai o dinheiro. Então, o
350 financiamento do SAMU ele é tripartite, federal, estadual e municipal, isso é definido, por exemplo
351 federal é definido através de portaria. A partir do momento que o serviço cumpre com todos os
352 critérios definidos na portaria, ele entra na habilitação, depois ele pode ser qualificado, conforme
353 habilita qualifica, aumenta o recurso que vem federal. O Estado da mesma forma. Faz um repasse
354 de recursos para manter o funcionamento. E o município, complementa. Então, esse dinheiro que
355 entra para o funcionamento dos serviços é fixo. Dependendo do modelo contratual, se houve uma
356 ação trabalhista, é responsabilidade do ente gestor. Ah, é o consórcio que tem que cobrir essa ação
357 trabalhista? É o consórcio que vai responder por isso. Se for uma pactuação intermunicipal, aí
358 depende de onde o servidor está lotado, ah ele ta lotado em Centenário do Sul, daí a
359 responsabilidade é municipal. Mas não existe recurso que é colocado a mais, quer seja federal ou
360 estadual, para responder a essas ações trabalhistas. Não sei se consegui tirar sua dúvida. Na
361 verdade assim, o recurso é bem direcionado ao funcionamento do serviço. Acho que a próxima é a
362 questão da décima sétima regional, as viaturas que baixam. Então, dentro da portaria ministerial, a
363 responsabilidade por cessão de viaturas do SAMU é federal, então é o Ministério da Saúde quem
364 deve repor a frota, quem deve ceder a frota para implantação do serviço e para renovação de frota.
365 O que a gente enfrenta durante, observando o funcionamento, é que o Ministério da Saúde não dá
366 conta muitas vezes de repor as viaturas conforme a necessidade em função do desgaste mecânico
367 dessa viatura, muitos quilômetros rodados, um desgaste; muitas vezes o Estado então complementa
368 com recursos, como foi a portaria quatro nove sete, enfim, ou com a cessão direta de ambulâncias
369 no sentido de favorecer e manter o funcionamento do serviço. Então, depende da viatura que foi
370 baixada. Se foi uma viatura que foi cedida pelo Ministério da Saúde, pra baixar essa viatura, dizer
371 assim, olha ela não tem mais condições de funcionamento, não vai mais rodar, tem um formulário

372 próprio que o gestor tem que passar pro Ministério da Saúde informando que aquela viatura está
373 baixada e se ela for mudar de finalidade, ela não serve mais pro SAMU, mas de repente ela pode
374 servir pra um serviço administrativo municipal, também ele tem que cadastrar no sistema, ter
375 aprovação, mudar a padronização visual da ambulância para mudança de finalidade. Também não
376 sei se respondi, era isso que você queria? Mais ou menos? Ah, ta. Você coloca lá de novo pra mim,
377 Mauricio? Naquele *slide*. Eu acho que o que você ta perguntando é porque que tem muita mais
378 ligações e atendimentos. O sistema. Isso. Além disso, aquelas situações que o médico orienta, não
379 saiu nenhum recurso, ele fez uma orientação médica, olha essa criança ta com febre mas já está
380 medicada a senhora pode antecipar o horário do antitérmico por exemplo se ele não melhorar daqui
381 a uma hora a senhora liga novamente. Então isso é uma orientação. É, tem. Lá na frente, pode
382 seguir. E aí no sistema, atendimento é quando gera saída de uma viatura, então por isso que existe.
383 Não, aqui é orientações médicas, acho que é o próximo. Mas aqui acho que dá mais ou menos pra
384 ver. Por exemplo aqui ó, houve quarenta e nove mil e oitocentas e uma ligações, entretanto, foram
385 reguladas trinta e cinco, por quê? Muitas dessas ligações que entraram no, sempre que houver uma
386 ligação pro um nove dois solicitando um atendimento de urgência, passa pro médico. Entretanto,
387 muitas pessoas ligam, ah e o numero da Copel? Ou você sabe onde ta tendo vacina hoje no
388 município? Então, gerou uma ligação, mas não uma regulação, por que daí o TARM não vai passar
389 pro médico. O médico faz uma regulação e ele identifica o que precisa, ah precisa realmente mandar
390 uma ambulância? Isso gera um atendimento, então entra em ocorrência, mas às vezes não gerou
391 uma saída, então por isso que o número de atendimento é menor que o número de regulações e o
392 número de ligações. Não sei se ficou claro. Acho que não faltou nada. Não respondi alguma coisa?
393 **Marcelo (CREF9)** Então vamos lá. Próximo bloco. Na fala da Olga nós vamos encerrar as
394 inscrições, pra que a gente possa avançar. **Olga (SindSaude)** Achei importantíssima essa
395 explanação e o documento que eu falei que a CIST não recebeu, na verdade ele foi encaminhado
396 por e-mail no dia vinte e um agora de novembro e se tratava exatamente dessas planilhas que a
397 gente solicitou, com a relação de todos os contratos de todos os trabalhadores, prestadores de
398 serviços para o SAMU. Então, vendo essa planilha a gente percebe que tem aqui uma verdadeira,
399 tudo aquilo que você tem de possibilidades de contratação existe dentro do SAMU. Todas. PJ,
400 quarterização, CLT, CLT provisório e até sem informação; estatutário tem também e até sem
401 informação. Viso assim, um deles, na décima sexta que o médico faz uma carga horária diminuta,
402 que é de dezoito horas, mas no mais a gente tem assim, uma precariedade no contrato desses
403 profissionais do SAMU. Agora justificou pra mim, sabe Bia? O volume de recursos que nós temos
404 despendido na capacitação desses profissionais. Eu não entendia lá na Escola de Saúde Pública, da
405 onde eu trabalho, porque que nós tínhamos tanto recurso pra capacitação da urgência e emergência
406 e tantas pessoas sendo formadas com cursos assim durante todo ano. Agora eu entendi. As
407 pessoas tem uma alta rotatividade, então essa necessidade é colocada em razão disso, ou seja, eu
408 tenho que, pra saber quanto eu tenho de recursos colocados, alocados para o atendimento da
409 urgência e emergência, eu preciso levar em consideração essa rotatividade de mão de obra porque
410 eu tenho um processo de rescisão de contrato, de demissões e o que o companheiro Elton levantou
411 agora, de ações trabalhistas. Esse dinheiro sai todo do financiamento do sistema de urgência e
412 emergência. Então, há uma preocupação bastante forte com relação a essa questão porque é um
413 serviço que conforme foi demonstrado aqui pela demanda da população, que é extremamente
414 importante. Ainda assim, com toda essa precariedade há uma diferenciação, acho que tem que se
415 fazer ressaltar aqui da abordagem do atendimento que se faz pelo SAMU e pelo setor privado. Setor
416 privado não tem toda equipe que o SAMU tem, mas em algumas regiões a gente não tem por
417 exemplo os profissionais que necessitam ter. Então nesse sentido, eu entendo que seria importante
418 também esclarecer o que é essa coisa de sócio, tem aqui tipo de contratação numa das planilhas,
419 Almirante Tamandaré por exemplo tem sócio, Araucária tem sócios, em Pinhais são empresas.
420 Então a quarterização do processo de atendimento. Isso deixa a gente bastante preocupado porque

421 é muito recurso, é muito recurso colocado num consórcio que tem direito privado, a característica
422 dele é de direito privado, todos são privados. Não temos um consórcio intermunicipal que seja
423 público, eu acho que só da quinta regional, que foi apresentado no ano passado, se não me falha a
424 memória, que é público. Mas é o intermunicipal de saúde, não sei se o de urgência e emergência
425 seguiu essa mesma linha. Então, eu recomendo que o Conselho aprofunde essa discussão e desde
426 já gostaria de colocar o nosso posicionamento pela mudança dessa característica dos consórcios
427 dada a importância que ele tem pra população para paranaense e que eles sejam de direito público e
428 que essa contratação seja feita por meio de concurso público pelo estatuto dos servidores. Muito
429 obrigada. **Marcelo (CREF9)** Então, nós temos mais seis pessoas inscritas, então fazer mais dois
430 blocos. Mais três agora além da Olga, respondemos as perguntas e depois os três últimos inscritos.
431 **Lidmar (UGT)** No *slide* vinte, tem um gráfico lá que você falou sobre a transferência, que
432 deveríamos repensar ou aumentar os recursos. Ali, transferências. Isso. Se você pudesse esclarecer
433 um pouco mais, eu fiquei com dúvida. **Palmira (Fesmepar)** Bem, diante da fala da Olga, ela já
434 questionou muitos questionamentos que eu iria fazer, só que eu sou da região oeste, na mesma
435 região de Cascavel na qual o Elton colocou as ações trabalhistas e o que me entristece muito é que
436 a maioria das ações trabalhistas que ocorrem no CONSAMU daquela região é por assédio moral ao
437 trabalho. Então o que acontece? Nem sempre o trabalhador vai no Ministério do Trabalho ou move
438 uma ação trabalhista em relação ao salário. Ele move sim em relação as condições de trabalho
439 diante de chefia. Então daí aquela questão, quando a Olga colocou que minimamente tem que ter
440 um concurso, a nossa região faz através de teste seletivo através de concurso, mas isso não
441 minimiza a questão da chefia fazer o assédio moral ao trabalhador e é esse trabalhador que atende
442 a população. O SAMU, o CONSAMU na nossa região ele atende muito bem, ele atende muito bem,
443 ele tem uma resolutividade ótima só que daí cai naquela questão, o trabalhador é maltratado mas ele
444 atende bem a população. Até que ponto o sofrimento psíquico desse trabalhador não tem preço?
445 Porque aí ele não te tendo preço algum, porque quando uma chefia age da maneira que algumas
446 chefias estão agindo, diante de um trabalhador que ta prestando um bom trabalho pra população, a
447 gente se pergunta, o que nós estamos fazendo quanto SUS que estamos buscando melhoria na
448 saúde? Nós temos ótimos trabalhadores e acredito que a nível de Paraná em toda rede, eu acredito
449 porque já fui atendida aqui pelo SAMU, já fui atendida em outras regiões, sempre muito bem
450 atendida, não é porque a Palmira é conselheira porque ninguém sabe que a Palmira é conselheira,
451 quando eles atendem eles não sabem quem eu sou, eles prestam atendimento. E a questão é, por
452 que, até quando esses profissionais vão estar sofrendo em relação a isso, em relação às chefias?
453 **Fabio (CRF)** Eu só queria perguntar, doutora, se é praxe o médico regulador pedir foto de lesão?
454 Não acatando descrição do médico que ta atendendo, fazendo o primeiro atendimento, mesmo que
455 seja experiente. E, se é critério do médico do hospital regulado ser bonzinho? Porque daí fica difícil,
456 se o médico tiver que ser bonzinho pra aceitar o paciente, de repente nós tratamos com ruinzinho
457 também e daí vai ficar difícil. Que as fotos se você quiser ver eu inclusive tenho aqui também, do
458 paciente, onde ele sofreu lesão e houve ruptura de ligamento. Quando ele precisava ir pro hospital
459 pra fazer inclusive, pra anestesiá-lo, pra poder fazer os procedimentos, o médico disse que poderia ser
460 feito na própria UPA. UPA não tem condições, não temos sala de cirurgia. Então só gostaria de
461 saber se são critérios, né? Sendo que eu já tive, não sei se o prazer ou o desprazer de atender junto
462 com o SAMU uma emergência, acho que em dois mil e dezesseis, acho que até prazer pelo sentido
463 profissional porque é gratificante ver a forma que eles trabalham, é um passeio trabalhar com eles, é
464 incrível. E eu sempre fui muito defensor também do SAMU, como acho que todos aqui, como tem um
465 custo alto como a Olga falou, mas ele salva vidas. Então eu fiquei assim até meio chateado quando
466 me trouxeram esse fato, inclusive o médico que atendeu eu cheguei na hora no hospital e ele foi
467 conversar comigo, me explicou tudo que aconteceu, aí eu pedi inclusive o relato, tenho também o
468 relato da enfermeira que fez também após o contato com o SAMU. Da UPA. É porque o nosso
469 hospital está em reforma ainda. Obrigado. **Beatriz (SESA)** Eu to numa sinuca de bico agora, porque

470 ele pediu eu pra resumir as respostas e rápido e as perguntas foram complexas. Mas enfim, Olga, eu
471 acredito que sim, você tem razão. Esse é um quadro de muita diversidade no modelo contratual dos
472 trabalhadores do SAMU, que dependem de uma decisão local. Eu não sei te responder a questão
473 que você falou dos sócios. O que a gente sabe, cada SAMU ele tem a gestão de um serviço que
474 pode ser um consórcio, por exemplo, por exemplo aqui na metropolitana nós temos algumas
475 microrregiões que optaram pelo COMESP, o consórcio da metropolitana. Esse consórcio terceiriza
476 muitas vezes pra um serviço pra ele administrar as ambulâncias e o RH das ambulâncias, inclusive
477 insumos. **Olga (SindSaude)** Só pra ajudar, Bia. O que ta colocado aqui é que esses médicos que
478 prestam serviço para Araucária e para Almirante Tamandaré são sócios do serviço. **Beatriz (SESA)**
479 Isso acontece mesmo. Então por exemplo, tem empresas que são contratadas pelo consórcio, enfim,
480 para prestar o serviço e essa empresa, o dono da empresa, constituído por três médicos e um
481 administrador, enfim, e muitas vezes esse médico entra na escala de plantão. Então ele mesmo
482 como sócio também faz plantão. Não sei se. É isso, né? Isso acontece realmente. Então, nós temos
483 consórcio de direito público e de direito privado. Eu sei que o privado é o maior número, mas tem
484 dois públicos. Público. Público. Entretanto. Não. Tem alguns privados. **Marcelo (CREF9)** Nestor,
485 acho que vamos, senão não fica gravada a fala. Senão daí fica sem gravar a resposta. **Beatriz**
486 **(SESA)** independente do modelo do consórcio, todos tem que fazer um processo seletivo, um
487 pregão, um edital de licitação. Mesmo sendo público privado, não pode ter contratação direta, tem
488 que seguir algumas regras. Acho que é isso, Olga. Com relação a pergunta sobre transferências. O
489 que nós observamos hoje é que o SAMU ta fazendo um número muito grande de transferências
490 inter-hospitalares, então pacientes que estão num hospital de pequeno porte sem resolutividade e
491 que necessita ser transferido pra um hospital maior pra que tenha o seu problema solucionado. Isso
492 mostra pra gente, muitas vezes, então muitas vezes a frota do SAMU não está disponível para o
493 atendimento quando entra porque está fazendo essas transferências. Então uma ação que a gente
494 constatou e que nós temos que trabalhar isso, entender até porque, a que ponto esses hospitais de
495 pequeno porte colaboram ou não com o sistema de saúde já que acaba exigindo sempre a
496 transferência desses pacientes pra ter o seu problema resolvido e que isso é recurso público, atraso
497 do encaminhamento definitivo. Então esse mapeamento aí que mostrou pra gente a necessidade de
498 repensar e entender melhor esses pontos de resolutividade ou não da rede e o uso de ambulâncias
499 em excesso do SAMU que às vezes as tornam indisponível para o atendimento primário, que é
500 aquela ligação que veio da população. E a gente está aumentando a frota e até utilizando a frota dos
501 municípios e fortalecendo frota de alguns hospitais para deixar disponível a frota do SAMU para o
502 atendimento primário. Com relação ao colega lá do oeste, que falou de assédio moral. Então veja
503 bem, serviços de urgência, atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, por si só é uma panela de
504 pressão, todas as pessoas que vão trabalhar em urgência, nas portas de urgência em geral, mas
505 muito mais em atendimento móvel, que eles sofrem uma pressão grande pela própria natureza do
506 atendimento. Isso é, então assim, as pessoas que vão pra esse serviço tem que ter um perfil, uma
507 personalidade própria, não é pra qualquer um, isso a gente deixa bem claro. Um excelente
508 profissional médico do hospital pode não servir para a ambulância, assim como o técnico de
509 enfermagem e o enfermeiro. E o que a gente observa muitas vezes é que esses profissionais não
510 estão preparados psicologicamente, emocionalmente para aquela atividade porque é um estresse, não
511 adianta dizer que não é porque é. Toca o alarme, saída de emergência, vai correndo no trânsito,
512 chega lá você não sabe o que vai encontrar, tem uma população em volta da cena, gente gritando,
513 enfim, então exige das pessoas uma personalidade, um perfil próprio, emocional, de formação, de
514 valores. Então, não to querendo com isso justificar assédio moral e tal. Então, muitas vezes a gente
515 observa, eu fui profissional de ambulância dezoito anos e do SIATE que é um serviço até mais
516 estressante e a gente observa que realmente existe maiores conflitos, o profissional o coordenador
517 do serviço, na correria, no estresse do dia a dia não percebe a fragilidade emocional de um ou outro
518 profissional então a gente ta sujeito a essas situações mesmo. Eu não tinha essa informação de que

519 existe tantas ações trabalhistas por assédio moral, é a primeira vez que está chegando pra mim essa
520 informação, posso até ir atrás disso e entender melhor, conversar com o pessoal do consórcio pra
521 ver se é uma coisa direcionada, pontual, relacionada a algum serviço. Então a única coisa que eu
522 posso justificar é que é realmente um serviço que expões emocionalmente muito os profissionais e
523 que deixam fragilizados muitas vezes. Também não sei se eu respondi exatamente o que a pessoa
524 queria. Então, ela citou sofre maus tratos da chefia. Eu acho que é importante que o profissional, o
525 trabalhador que passou por isso e deixe registrado, claro, se ele sofreu maus tratos, porque assim
526 que a gente pode identificar se é uma coisa pontual, com determinado chefe ou relacionado ao perfil
527 do trabalhador, enfim. O colega aqui falou sobre foto. Veja bem, não é errado o médico regulador
528 quando ele ta, como eu disse, assim, o papel dele é dar um diagnóstico conforme as informações
529 que chegam por telefone, isso já é difícil porque eu fui formada como médico pra olhar pro paciente
530 pra ver como que ta a face dele, ouvir dele diretamente olhando quais são os sinais e sintomas para
531 dar o diagnóstico. O médico regulador tem que fazer isso sem ver o paciente e muitas vezes o
532 paciente não pode falar, é através de um solicitante ainda. Então, ele usa de estratégias e muitas
533 vezes esses solicitantes tem dificuldade de expressar e responder o que o médico ta perguntando
534 muitas vezes. O cirurgião que tava na UPA? Então, como eu disse pra vocês, todas as ocorrências
535 são gravadas, se existiu algum impasse, alguma coisa mal compreendida, tem que solicitar
536 esclarecimentos. Se está um desconforto com a situação, solicite esclarecimentos pro coordenador
537 do serviço, olha dia tal no horário tal foi feito uma solicitação do SAMU o médico foi mal-criado ou ele
538 não respondeu bem ou ele viu um ferimento e queria que fosse feito na UPA. Então, é bom
539 esclarecer, pra evitar que aconteça, se aquele profissional tem uma atitude errada e ele não for
540 cobrado desse erro, ele vai continuar e a única forma que a gente tem de cercar e padronizar um
541 modelo de funcionamento do SAMU é que venham essas, todas as situações. Como a dele
542 elogiando, como outra pontuando um outro profissional que não agiu de acordo. É. Mas eu acho que
543 tem que ir atrás. Mas eu acho que mesmo assim, esclareça. Às vezes a gente vai verificar no
544 esclarecimento de uma situação assim, um primeiro médico fez uma primeira abordagem daí houve
545 uma troca de plantão e o segundo, aí não tinha ambulância disponível naquele momento, aí ele viu
546 que o paciente já tava no serviço de saúde e que de repente poderia receber um primeiro
547 atendimento ali enquanto ele tem uma ambulância disponível pra mandar. Que o médico regulador
548 ele também tem que trabalhar com os recursos que nem sempre estão totalmente disponíveis, estão
549 em atendimento, enfim. Então, se pontua. Isso pode ser retroativo, mesmo que passou faz tempo,
550 você pode solicitar. Coordenador ouve gravação e tudo e esclarece e se houve um erro, vai dar uma
551 catracada no profissional. **Marcelo (CREF9)** Então vamos lá, último bloco. **Amaury (Defipar)** A
552 gente sabe que um grande problema que tem nos serviços telefônicos são os famigerados trotes. Eu
553 não consegui visualizar daqui se tem alguma, a estatística mostra essa situação de trote em algum
554 momento aí? Mas se tem esse controle e quais as medidas que o administrador toma pra inibir os
555 novos casos, tomando atitudes exemplares e mostrar pra população que quem tem esse tipo de
556 atitude sofre consequências. Porque precisa ser mais divulgado pras pessoas não fazerem isso, que
557 a gente sabe o quanto que isso atrapalha qualquer tipo de serviço de emergência. **Luiz Delphim**
558 **(Sindipetro)** Doutora, eu quero parabenizar pela estatística mas nós estamos longe da realidade
559 que a gente quer, é um começo acredito isso, porque o dinheiro do SUS vaza pelos consórcios, não
560 só, mas pelas empresas que administram os consórcios. E digo mais, como teve aquela questão da
561 Palmira, do assédio moral, tem o pessoal administrativo e do consórcio que faz uma sinuca de bico,
562 como a senhora falou aí, que é o seguinte, o meu amigo vai ser o motorista, a minha filha vai ser a
563 enfermeira porque eu sou o médico coordenador. Então, não existe e depois o nosso amigo Nestor
564 vai falar, o CISLIPA é uma canalhice que, por aí. Ta, Nestor? Então, muitos que dizem assim, ah
565 não, é público, não é público. É casa da mãe Joana. Todo mundo quer mamar na teta e depois mete
566 no pau pra ganhar dinheiro do SUS pelo trabalho que às vezes nem fez. Então eu acho que o
567 Governo do Estado, o Governo Federal, podia, o Federal está muito mais longe, mas o Governo do

568 Estado que já ta fazendo um sistema de estatística, fazer um sistema de estatísticas de ações
569 trabalhistas e começar a disciplinar ou aconselhar como deve se portar os consórcios porque senão
570 mais da metade do dinheiro vai pra ação trabalhista. Era isso. Obrigado. **Nestor (SESA)** Bom,
571 primeiro eu queria parabenizar a Beatriz que desde o início da conformação da rede de urgência no
572 Estado do Paraná, das nossas redes temáticas, dentro da rede de atenção à saúde tem trabalhado
573 arduamente andando todo Paraná, trabalhar essa organização da rede de urgência, principalmente
574 no componente serviço de atenção móvel de urgência que é o SAMU. Não é uma questão muito fácil
575 de organizar porque no Estado do Paraná tomou-se a decisão de que não seria o Estado o
576 coordenador da rede, vamos dizer assim, nós não somos o dono do SAMU. O SAMU no Estado do
577 Paraná foi organizado regionalmente, através de consórcios, foi uma opção não só do Governo do
578 Estado mas de todos os municípios em conjunto. Isso é muito importante de falar porque colocamos
579 a Secretaria de Estado da Saúde às vezes num ponto que ela não tem muita gerência sobre o
580 negócio. Não que a gente não tenha responsabilidade, não é isso, mas muitas das coisas às vezes
581 caem pra Secretaria de Saúde e que a gente não tem essas possibilidades de ação, por quê? Ao
582 regionalizar o SAMU e nessa regionalização a opção por consórcios tomada por todo Estado do
583 Paraná, não pelo Governo do Estado somente, mas por todos os municípios, ela coloca o consórcio
584 como o instrumento de gestão, o consórcio não é ente, ente é União, Estado e Municípios; o
585 consórcio ele é uma estrutura, uma autarquia, uma estrutura da administração indireta dos
586 municípios e com isso, na sua coletividade municipal por conta da legislação tem alguns benefícios
587 na hora de fazer administração de determinado serviço público. Isso é o que está na lei dos
588 consórcios, uma lei lá de dois mil e quadro, ela não é uma lei de consórcios da Saúde, ela é uma lei
589 de consórcios genérica. A minha intervenção aqui não é muito pergunta, só mais algumas
590 colocações. E por isso essa organização de consórcios dá a possibilidade dele ser um consórcio de
591 direito público, consórcio público de direito público ou consórcio público de direito privado. Na
592 questão do SAMU, eu acho que ta meio a meio, no Estado hoje. O consórcio de Pato Branco ele é
593 público público, o consórcio do litoral o CISLIPA ele é público público, o consórcio acho que de
594 Umuarama ele também é público público, o consórcio de Maringá também é público público. Então
595 assim, temos uma divisão na natureza jurídica entre público público e público privado. O que não
596 quer dizer que ele é ou melhor ou pior na sua administração, que em administração própria, que tem
597 secretário próprio, presidente que é sempre um prefeito daquela região dos municípios consorciados.
598 Mas isso é uma situação muito complicado de a gente debater aqui. O que eu queria lembrar é que
599 também a gente tem que estimular muito não só o debate aqui mas principalmente o debate nas
600 regiões, nos comitês de urgência que são constituídos pra ter o debate e o controle social tem
601 assento, eu fui presidente de comitê de urgência durante seis anos e todas as vezes o comitê se
602 reunia era chamado o controle social dos municípios que participam daquela região. Então acho que
603 uma discussão muito válida também que o Conselho Estadual de Saúde estimule os conselhos
604 municipais de saúde a participar das reuniões dos comitês aonde se discute basicamente os
605 problemas da região. E também, colocar que a Secretaria ao longo dos anos tem colocado
606 realmente muito dinheiro, mas, muito dinheiro, muito dinheiro mesmo mas com muitos bons
607 resultados. É, a taxa de mortalidade geral, aonde tem SAMU caiu drasticamente, no mínimo trinta
608 por cento, isso de cara na implantação do SAMU e com regiões sem SAMU a gente vê nos números.
609 Em que pese algumas dificuldades, a implantação num serviço não é nenhum mar de rosas mas é
610 muito visível que aonde tem o SAMU a gente tem um melhor serviço, o paciente vai pro lugar certo,
611 do jeito certo, no tempo certo; é essa a constatação que o paciente que precisa do atendimento de
612 urgência ser colocado no lugar certo é que a gente, vamos dizer assim, percebe de uma maneira
613 muito mais objetiva. E, a Secretaria também não vai negar esforços nos próximos anos pra fortalecer
614 esse componente da rede de urgências que é o SAMU, que é muito importante e que tem dado
615 muita resposta praquilo que a sociedade precisa, com atendimento na hora da precisão, no momento
616 em que a gente tem um infarto, a gente tem um acidente, no momento que a gente tem uma tragédia

617 é o SAMU, é o SIATE, é a rede do sistema de urgência que vai lá e resgata as pessoas. Hoje de
618 manhã eu tava vendo jornal seis e meia da manhã tinha um caminhão que tinha entrado numa casa,
619 quem que tava lá? SIATE, SAMU. Seis da manhã, meia noite, três da manhã, não interessa a hora,
620 acho que esse componente é um componente muito importante e tem muito a contribuir pro Sistema
621 Único de Saúde. **Beatriz (SESA)** Então, com relação a trotes eu não sei se em alguma das
622 estatísticas saiu lá, mas o sistema dá sim o número de trotes, que são muitas informações se for lá
623 nas estatísticas acho que tem um *slide* que fala sim. E você tem razão, trote realmente prejudica o
624 funcionamento do serviço, muitas vezes nem o telefonista, nem o TARM, nem o médico conseguem
625 identificar que é um trote, embora existam algumas habilidades específicas pra você conseguir
626 identificar que é um trote, mas a pessoa às vezes é tão esperta que ela consegue passar e isso faz o
627 quê? Dispende um recurso pra se deslocar pra um local que às vezes é longe e próximo pode ter um
628 outro acidente, uma outra pessoa em parada, infarto, e a gente não tem recurso disponível. Então o
629 trote é importante. E assim, os nossos serviços sim, eles fazem alguns movimentos e que a gente
630 observa que diminui os trotes, por exemplo, o maior número de trotes acontece no final do dia, aí
631 começamos a estudar o por quê, ah porque as crianças ou adolescentes chegam da escola no final
632 da tarde e eles vão para o telefone passar trote. Então, todo trabalho que é realizado em escolas por
633 exemplo, palestra, então tem muitos SAMUS que tem uma atividade importante de ir nas escolas
634 fazer palestra pra mostrar como funciona o serviço e o resultado é muito bom, a gente observa que
635 diminui o número de trotes. Então, ações essas junto à comunidade mostrando a irresponsabilidade
636 de você passar um trote no serviço de emergência com certeza sensibilize e diminui e nós temos
637 algumas ações relacionadas a isso sim, não sei se você conseguiu achar lá Mauricio. Não, pode
638 passar, ela é específica aqui, não também. Mas assim, eu posso te afirmar que se você quiser me
639 pedir, ah eu quero saber o número de trotes que foram no serviço eu te passo as estatísticas, é que
640 não tinha como a gente pegar todas as informações aí que são muitas. É, acho que não veio, não tá
641 aí. Mas a gente tem sim. Não, não. Então assim, trabalho junto a rádios, sabe? Os meios de
642 comunicação, é bem importante sim pra reduzir os trotes. Com relação a colocação da Olga, sobre
643 os consórcios, só complementando o que o Nestor falou, lembrando que o Estado não repassa
644 nenhum recurso pra consórcio, todos os recursos do SAMU vão para o Fundo do município, quem
645 repassa para o consórcio são os municípios, então, e o recurso é fixo, ele é padronizado de acordo
646 com o que é, com o que aquele município, ah ele tem uma ambulância avançada, uma ambulância
647 básica; é de acordo com o recurso que ele tem. E reforçando, todas as contratações mesmo de
648 consórcio de direito privado, público privado, tem que ser através de ou um pregão ou um processo
649 seletivo. Então o colega aqui comentou, ah o irmão do médico, o filho do médico; isso é uma
650 situação realmente irregular, porque a contratação de consórcio tem que ser através de um, sempre
651 que o consórcio recebe um recurso público tem que ter um modelo de contratação nesse modelo,
652 processo seletivo ou pregão ou licitação. Então, a contratação direta de um familiar é realmente uma
653 situação irregular, mesmo nessas situações. Eu acho que; mais alguma coisa gente que eu não
654 respondi? **Luiz Delphim (Sindipetro)** Eu gostaria só que se for possível, pegar esses dados e ver a
655 quantidade e o valor das ações trabalhistas, entendeu? Num resumo do histórico a senhora também
656 pode fazer uma parte, né? Que vamos supor, a gente gasta “x” com contratação mas as ações
657 trabalhistas são “x” mais y”. **Beatriz (SESA)** De cada ente contratante? **Luiz Delphim (Sindipetro)**
658 Exato. Muito obrigado. **Marcelo (CREF9)** Agradecer, doutora Beatriz, a sua apresentação. O
659 material a gente pode disponibilizar para que os conselheiros e conselheiras possam apreciar num
660 outro momento também, com mais calma. E, se a gente tiver necessidade da aprofundar o debate,
661 colocar que as comissões pontuem nas suas discussões, que acho que daí na comissão dá pra
662 detalhar mais algumas situações específicas de cada comissão do Conselho e aí com certeza o
663 pessoal do SAMU vem nas comissões e pode trabalhar os itens que vocês estão questionando. **Olga**
664 **(SindSaude)** Então, concordo com o encaminhamento da Mesa e gostaria já de solicitar o seguinte
665 encaminhamento, que a gente receba de informações um quadro do território de abrangência de

666 cada SAMU. Isso. Tipo de organização, se é consórcio próprio, como é o caso de Cascavel, que é o
667 CONSAMU ou se é administrado pelo consórcio intermunicipal de saúde e, a personalidade jurídica
668 de cada um deles. Apresentação sobre o montante de recursos financeiros que são alocados por
669 ação, vai para o Fundo Municipal de Saúde, aí tem mais a educação permanente em saúde que tem
670 um montante bastante importante para essa atividade e a questão de ambulâncias que a gente
671 assiste aí a cada gestão uma farta distribuição de ambulância e a gente ouviu aqui que há
672 defasagem de ambulância, então precisamos saber o que ta acontecendo com essa questão das
673 ambulâncias. Então, de posse dessas informações, eu solicito que a comissão de orçamento paut
674 essa discussão lá pra trazer pro Pleno aqui. Obrigada. **Luiz Delphim (Sindipetro)** Encaminhamento
675 também. Se puder, na próxima reunião nossa, uma apresentação da verba disponibilizada na
676 operação praia. Ah ta. Muito obrigado. **Marcelo (CREF9)** Pessoal, então, novamente agradecer a
677 doutora Beatriz. Então ficamos acordado que o SAMU, a gente vai discutir mais apropriado nas
678 comissões e aí as comissões tendo alguma situação a ser deliberada, solicitar inclusão de pauta no
679 Pleno e a gente pontua novamente aqui no Pleno caso tenha necessidade de alguma deliberação e
680 algum outro encaminhamento aqui deste egrégio Conselho. Cumprindo então ao protocolo
681 regimental do nosso Conselho, intervalo de dez minutos para que possamos ir ao banheiro, tomar
682 um café, tomar uma água, e retornamos às dez e quarenta e quatro. **(F2) Rangel (FEHOSPAR)**
683 Conselheiros e conselheiras, vamos retomar? Carla, por favor, confere o quorum. **Carla (Secretaria**
684 **Executiva)** Conselheiros e conselheiras, mantenham os crachás levantados para contagem de
685 quorum. Vinte e dois. **Fabio (CRF)** Vinte e dois, quorum aprovado. Próximo assunto da pauta,
686 situação da oncologia no Estado do Paraná, atualização de dados, apresentação Juliana. **Juliana**
687 **Eggers (SESA)** Bom dia, sou responsável pela parte de contratualização aqui da SGS, prometo que
688 não vou falar tanto quanto a doutora Beatriz, vou falar um pouquinho menos, até pra gente poder
689 contar um pouquinho de como é que foi a oncologia durante dois mil e dezenove pra nós aqui no
690 Estado e com os municípios e deixar um tempo maior pra gente poder fazer a discussão, responder
691 dúvidas, ta bom? Juliana faz apresentação. **Rejane (SESA)** Bom dia a todos, sou enfermeira, sou
692 responsável pela área técnica de neoplasias que fica na DAV. Então assim, só pra complementar a
693 explanação da Juliana, nós temos disponível já um sistema informatizado que nos dá a informação
694 se o paciente com diagnóstico já confirmado de câncer ele conseguiu acesso ao tratamento, que já é
695 uma lei de dois mil e doze. O INCA junto com o Ministério da Saúde tinha um sistema mas ele não
696 tava efetivo então agora nós temos o painel de oncologia. Nós conseguimos que cada regional tenha
697 uma senha, então vai ser possível monitorar a nível regional e também nos municípios e os
698 prestadores também. Então é possível saber inclusive pelo usuário se ele não acessou o tratamento
699 é possível ir atrás porque às vezes a pessoa tem um diagnóstico no SUS e vai ter um tratamento no
700 particular ou no seu convênio, então aí o gestor ele vai poder monitorar isso, em consequência
701 regional de saúde e nós também. E aí depois a gente vai estar trazendo esses resultados pra vocês,
702 inclusive por região, porque também tem muito essa especificidade, é claro que em algumas regiões
703 o tratamento vai ocorrer muitas vezes em até trinta dias e dependendo do tipo de câncer também,
704 então na sequência a gente vai estar trazendo. A gente fica também à disposição, obrigada. **Rangel**
705 **(FEHOSPAR)** Nós vamos abrir então, Juliana, bloco de quatro, daí faz as perguntas e você
706 responde. **Maria Elvira (Assempa)** Então, eu fiquei muito feliz com a apresentação porque tudo que
707 ela falou aí, nós ouvimos dois dias em Londrina, nós estávamos lá pra umas palestras UNACONS e
708 CACONS de várias partes do Brasil, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas, Santa Catarina, gente, é
709 muito triste. Nós viemos de lá muito tristes com essas, principalmente com essas raras, com esses
710 cânceres raros, gente, eu fechava meu olho porque eu não queria mais ver tanta tristeza. E, as
711 drogas, os remédios muito caro e viemos, eu trouxe sete pessoas comigo da minha região que
712 trabalham UNACONS, CACONS e prevenção ao câncer. Tivemos com prestadores, médicos,
713 gestores, sociedade civil, a maior parte que éramos nós, estávamos lá. Então isso aí começou com a
714 dona Rosalina lá em Londrina, uma conversa que a doutora Mara, ela estava lá, ela foi elogiada pelo

715 diretor do Erasto Gaertner. Gente, foi maravilhoso. Se alguém quiser complementar, a Lívya esteve
716 lá, a colega aqui do meu lado Tetê. Muito obrigado. Estamos muito felizes com tudo que você
717 passou aí. Ah, e saiu de lá a carta Paraná, tinha saído a carta Londrina; nós estamos no terceiro
718 encontro e o quarto encontro e agora nós estamos trazendo a carta Paraná. Obrigado. **Lívya**
719 **(Fecampar)** Eu achei bem interessante, porque assim, nós tivemos um encontro lá do EPCEU, que
720 é o encontro de CACONs e UNACONs, como a Elvira já comentou, e foi muito interessante, a gente
721 teve bastante debate, exemplos de tratamento de câncer em outros estados que foi bem produtivo e
722 nós tiramos a carta do Paraná que inclusive eu gostei de saber que vocês criaram uma comissão
723 porque lá saiu a intenção de criar um comitê, entendeu? Então, é um avanço e acho que seria
724 interessante nessa comissão que você criou, a hora que a gente conseguir entregar a carta Paraná,
725 vocês verem porque assim, a importância de ter o controle social também nessa comissão, porque
726 você tem a visão do usuário, a visão da ponta, a pessoa que ta sofrendo, que ta acompanhando as
727 pessoas que estão sendo tratadas de câncer também. Então, não só do gestor e do trabalhador,
728 mas a visão do usuário é muito importante na hora de fazer o acompanhamento, então seria
729 importante isso. E assim que tiver a carta, a gente vai trazer pra vocês aqui, mas saiu bastante
730 coisas, bastante discussões e foi bem produtivo, mas vamos encaminhar pra cá, pra Secretaria.
731 Obrigada. **Luiz Delphim (Sindipetro)** Só pra você fazer uma explanação como ta lá no litoral, um
732 posto avançado que vai ser aberto em dezembro ou janeiro. Obrigado. **Rangel (FEHOSPAR)** No
733 término da fala da Olga daí eu vou encerrar as inscrições. **Olga (SindSaude)** Juliana, a gente
734 sempre traz essas questões aqui, ta? Não considere-as como sendo de insistência por parte do
735 segmento trabalhadores, na medida em que a gente não consegue ter um avanço. Então assim,
736 informações sobre câncer relacionado ao trabalho, eles não são colocados como informação
737 prioritária e nós gostaríamos que eles passassem a ser. Então, a gente sugere que seja feito
738 cruzamento de informações sobre os dados epidemiológicos de câncer com as regiões de alta
739 densidade de uso de venenos na agricultura e a partir daí realizar o estudo de nexos causal, porque
740 nós temos assim um crescimento exponencial do número de câncer no Estado do Paraná e um
741 número maciço de compra de venenos pra uso na agricultura e com a pulverização aérea de
742 venenos nós temos atingimento de populações que nada tem a ver com isso, como é o caso de
743 crianças que sofrem, escolas que acabam sendo atingidas pelo veneno que é pulverizado pelos
744 aviões. A outra, é com relação à questão de medicamentos. A comissão nacional de incorporação de
745 tecnologias no SUS, CONITEC, ela aprovou a introdução de dois medicamentos pra tratamento de
746 câncer de pulmão, que é o gefitinib e o erlotinib; o afatinib não, não está nesta lista. No entanto, a
747 gente tem informações de que a Santa Casa aqui, que é uma UNACON, não tem disponível esse
748 medicamento. Pelo que eu entendi, no fluxo, UNACON faz inserção desse medicamento pra oferta
749 das pessoas que vão ser atendidas lá e faz a solicitação. E, eu já quero registrar aqui essa demanda
750 de que a Santa Casa não tem esse medicamento pra esse tratamento de câncer de pulmão, embora
751 seja pelos estudos o atingimento aí de oito por cento da população com esse tipo de câncer. A outra
752 questão é com relação ao tempo, desde consulta por generalista até o tratamento, qual é o tempo
753 médio que se tem pra que as pessoas tenham acesso? Porque no caso de câncer a gente sabe que
754 tempo é uma questão de vida e aí quanto mais rápida ela chegar, a pessoa chegar no tratamento
755 mais chance ela tem de ter uma sobrevida maior. E também por último e não é uma questão só do
756 assunto do câncer, da rede do câncer, mas no geral é uma questão que o Conselho vai ter que
757 resolver o quanto antes que a situação de pactuações, lá na CIB, que não são apreciadas pelo
758 Conselho. Isso é ilegal, entendeu? Irregular. Então, a CIB faz uma série de pactuações que não
759 passam pela apreciação do Conselho, então não há a devida aprovação aqui do Conselho Estadual
760 sobre isso. Foi o caso do câncer que você apresentou de forma tão brilhante e tão detalhada aqui
761 pra nós podermos entender. Obrigada. **Juliana (SESA)** Então assim, algumas questões. Não sabia
762 da questão da carta Paraná de oncologia. Legal saber, vai ser uma carta que vai sair reivindicações,
763 é isso? Pra oncologia. Interessante. A questão da comissão, a gente não, eu posso até abrir pra

764 vocês aqui, eu tenho a composição dela, eu não lembro, mas a gente não colocou controle social,
765 mas podemos pactuar na CIB que vocês tem um pedido e incluir, ta? Tem gestor do prestador, tem
766 ouvidoria, tem gestor do município e do Estado na comissão, a gente pode levar pra pactuação na
767 CIB a questão do controle social. Delphim, você perguntou pra mim do posto avançado de
768 Paranaguá. Existe lá uma obra que acho que ta pronta já, o Hospital Erasto Gaertner construiu com
769 parceria com o município pra ter uma unidade ambulatorial. Isso. Mas é uma parceria do Estado com
770 Paranaguá, pra ter uma unidade ambulatorial pra atendimento oncológico do Hospital Erasto
771 Gaertner lá em Paranaguá, no litoral. Em relação a essa unidade, ficou definido na CIB, pactuado
772 pelo gestor o município de Paranaguá vai acessar essa unidade e se tiver uma indicação de fazer
773 algum procedimento, algo pra diagnóstico, algum tratamento mais invasivo, ele vem para o Hospital
774 Erasto Gaertner aqui em Curitiba. Essa unidade já funciona assim em Irati, Irati tem uma unidade
775 nesse mesmo formato. Essa questão dessas unidades a gente tem feito bastante discussão aqui na
776 SESA porque do ponto de vista da portaria existente do Ministério da Saúde elas não são
777 habilitáveis, o Ministério não habilita essas unidades hoje, se ele não habilita ele não coloca recurso
778 de financiamento. Então isso é um assunto que a SESA tem discutido muito, nível SESA, interno,
779 com o Ministério da Saúde, com os gestores porque a gente entende que é claro que é bom pro
780 paciente estar mais perto de casa, isso é inegável, a pessoa já está doente e ter que viajar muito
781 longe pra poder fazer o atendimento. Mas a gente tem que pensar do ponto de vista técnico, legal,
782 de funcionamento, de financiamento, como é que a gente faz para operacionalizar isso, mas eu não
783 sei te falar o prazo de inauguração dessa unidade, eu sei que tem uma. Janeiro? É? Então deve
784 estar quase pronta. Isso. Então tem uma em Irati já que é nesse mesmo molde, mas a gente tem
785 discutido muito aqui na SESA essa questão. A portaria vigente do Ministério fala o quê? Que as
786 unidades, no exemplo essa de Paranaguá ou de Irati, elas tinham que ser um hospital para ser uma
787 unidade que o Ministério habilite e lá não é, uma unidade ambulatorial na mesma forma que Irati. O
788 Estado financia, coloca um financiamento nisso já na, que é o caso de Irati, já tem um recurso que o
789 Estado repassa para financiar mas é algo que a gente tem estudado muito pensando como é que a
790 gente faz pra chegar num modelo que a gente consiga atender bem o paciente e a gente fique dentro
791 do que ta previsto na legislação, nas portarias do Ministério. Então a gente tem discutido muito essa
792 questão. Olga, a questão do câncer do trabalho, a questão da epidemiologia; a gente vai ter que
793 levantar essa informação porque eu não vou saber te falar o número agora. O que a gente percebe
794 muito até pelo trabalho do planejamento regional integrado, que a gente fez no começo do ano pra
795 cá, a gente percebe muito nos diagnósticos regionais que as regiões de saúde que tem muita
796 agricultura na região, caso de câncer elevadíssimo. A região de Irati ali por exemplo, a gente
797 conversou muito com o pessoal da regional, é assustador; você começa a fazer a relação de lugar
798 com muita agricultura, caso de câncer muito maior e má formação congênita também, suicídio
799 também. Então, tem que fazer essa correlação, eu posso pedir pra Rejane depois falar alguma coisa,
800 ver com o pessoal se tem algum dado epidemiológico que a gente possa trazer aqui pra vocês
801 porque eu não vou saber te falar agora. O CEST tem? Isso. Cruzar epidemiologia, né? A questão do
802 medicamento, quando a CONITEC incorpora o medicamento na lista do SUS, o que acontece? Se
803 você for olhar, primeiro que assim, alguns medicamentos Ministério compra de forma centralizada e
804 disponibiliza para os estados, pros serviços e, alguns eles não fazem a compra. Se a gente for seguir
805 o que a portaria fala hoje, a portaria cento e quarenta, o que ela diz? Hoje, o que está vigente, eu
806 não sei se vai mudar depois de publicar a portaria nova, mas hoje o que acontece? O CACON e o
807 UNACON que se habilita, ele é responsável pela integralidade da assistência ao usuário. Então
808 assim ó, o que tem acontecido muito hoje? A oncologia a gente sabe que, estudos que a gente fez
809 no começo do ano pra cá demonstraram um déficit financeiro no Estado do Paraná, não só para a
810 gestão do Estado, mas tanto em municípios também, que é o caso de Londrina, Maringá e outros
811 municípios, pra oncologia de cento e oitenta milhões ano. Então, se a gente fosse puxar assistência
812 oncológica no Estado do Paraná da forma como precisamos, não quer dizer que o paciente não é

813 assistido hoje, ele é; mas os estados e municípios tem colocado muito recurso nessa questão, então
814 existe um déficit aí orçamentário e financeiro muito grande. Os CACONs e UNACONs, quando você
815 pensa que eles tem que fazer a integralidade, quando ele vai abrir lá uma PAC, um documento pra
816 ele poder cobrar o medicamento, tem um limite desse valor, então ele paga lá, a PAC paga
817 novecentos reais por exemplo e medicamento custa dois, três, cinco mil reais; então ele faz a
818 negativa pro paciente, fala não tem pelo SUS e o paciente pega e entra na justiça, judicializa e
819 consegue medicação. Essa é uma questão que a gente tem discutido muito com os CACONs e
820 UNACONs, não sei qual é a postura do Ministério em relação a isso, mas o entendimento do Estado
821 é que se o serviço se habilitou pra fazer um atendimento, ele tem que fazer atendimento conforme se
822 habilitou na sua integralidade. Não sei te falar se esse medicamento aqui do câncer de pulmão, teria
823 que ver com a assistência farmacêutica se é medicamento que o Ministério esta comprando de
824 forma centralizada e disponibilizando para os estados. Se for o Ministério que está comprando e não
825 tiver chego na Santa Casa, aí não podemos culpar o serviço, temos que ver aí quem é o responsável
826 pelo medicamento, teria que ver isso num outro momento. A questão do tempo da consulta com
827 especialista, tem aquela lei que fala que tem que fazer o tratamento em até sessenta dias do do
828 diagnóstico, mas agora tem uma lei nova que fala que trinta dias tem que acessar pra ter o
829 diagnóstico do câncer. Até alguns meses atrás a gente não tinha sistema de informação nenhuma,
830 que nos trouxesse isso, não tinha. Agora o Ministério da Saúde, até porque assim, a gente sabe que
831 o paciente tem dificuldade de chegar no serviço antes, é por isso que a gente pactuou a referência
832 hospitalar e pensou, não a gente tem que pegar e sentar agora e pensar como é que esse paciente
833 caminha na rede, como é que a gente faz pro paciente do câncer de mama lá que ta lá na unidade, a
834 mulher foi na unidade básica de saúde fazer uma consulta com generalista e tem uma suspeita lá
835 que pode ter um câncer, como é que a gente faz pra ela chegar no CACON, UNACON? O teu
836 diagnóstico, a punção mais rápido possível. Então, é nisso que a gente tem debruçado nesse
837 momento aqui na SESA e vamos levar uma proposta pra pactuação. A questão do tempo entre a
838 consulta com generalista, especialista, o diagnóstico, a gente não tinha sistema de informação,
839 agora o Ministério da Saúde lançou um painel de acompanhamento que puxa dados do SIA, sistema
840 de informação ambulatorial, sistema de informação hospitalar, do SISCAN, vai puxar também, acho
841 que a gente pode falar melhor pra vocês, a gente vai ter um cruzamento mínimo assim, se ele fez
842 talvez a consulta não pega ainda, não pega a consulta mas ele vai pegar assim, por exemplo, o
843 paciente fez uma, tem o diagnóstico, laudo anatomopatológico positivo, informado, quando tempo ele
844 demorou pra começar quimioterapia ou fazer a cirurgia, isso vai pegar. A informação em relação o
845 tempo que o paciente ta lá aguardando, fez a consulta na unidade básica de saúde, tem que ir pra
846 oncologista, não tem sistema de informação que puxe essa informação, não existe. Até porque o
847 sistema de informação que trabalha com regulação de consultas, exames dos municípios, são
848 diversos, não existe um sistema único hoje que você consiga falar, não, eu quero saber qual é a
849 quantidade de pacientes que está aguardando hoje no serviço pra fazer consulta de oncologia, a
850 gente não tem essa informação tão clara. Mas sabemos que consulta de oncologia tem muita
851 consulta de oncologia, se a gente for olhar parâmetro do Ministério da Saúde, essa cobertura
852 populacional, o que a gente tem hoje muito? Consulta. Consulta, quimioterapia, cirurgia; gente, é
853 feito muita no Estado. Então, o problema ta nessa entrada do paciente pra chegar na consulta e que
854 hoje, sendo bem clara pra você, a gente não tem sistema de informação que tire. Então acho que
855 quando a gente começa a trabalhar protocolo da linha de cuidado, a gente começa a abordar
856 algumas; começamos com câncer de mama, começamos abordando algumas ações e isso, a rede
857 vai se organizando e as coisas vão acontecendo, mas sistema de informação que puxe isso não sei
858 te falar. Em relação a pactuação da CIB, a CIB é um ambiente que o gestores definem, estadual e
859 municipal, definem o que entendem como melhor de política e do ponto de vista de pactuação, talvez
860 a gente tivesse que ter feito a apresentação antes pra vocês, em relação do que a gente combinou lá
861 na CIB, passar pra vocês antes, falar olha a pactuação que a gente breve é essa mesmo as

862 discussões tendo, ressalto mais uma vez, as discussões ocorreram lá nas regiões com os
863 municípios, com os gestores e em nenhum momento foi tomada uma decisão unilateral, tipo, SESA
864 definiu e fez; se a gente fosse fazer isso tínhamos feito em duas semanas lá atrás. Então como a
865 gente decidiu fazer um projeto ascendente, vindo com os municípios, vindo com os gestores, vindo
866 com as regiões; a gente entendeu que pelo fato do processo ter sido feito de forma ascendente que
867 todo mundo estaria contemplado, mas talvez possamos combinar aqui que em próximas, assuntos
868 como esse, por exemplo oncologia, que é algo que mexe com muita gente, que é muito importante,
869 muito denso; que a gente possa talvez fazer algumas conversas anteriores aqui pra vocês se
870 sentirem contemplados também, ta? Você quer falar um pouquinho do painel? **Rejane (SESA)** Então
871 na verdade assim, como eu já falei, são duas coisas. Uma, é essa em relação a acesso ao
872 tratamento depois do diagnóstico confirmado. Então, como essa lei já é dois mil e doze, isso já ta
873 bem estabelecido, então, isso é possível, vai ser possível o gestor visualizar, a gente ta conseguindo
874 ver agora, vamos estar disponibilizando as senhas pra cada regional e aí conseqüentemente para os
875 prestadores que vão conseguir visualizar, por exemplo, o Erasto Gaertner ele vai saber quantos
876 pacientes ele atendeu e qual foi o acesso ao tratamento, se for cirurgia, quimio ou radio, essas três
877 modalidades. E aí, conseqüentemente, também o gestor do município. Então, são ferramentas que a
878 gente vai estar orientando depois trazendo pra vocês o decorrer porque ele, os dados vão estar lá,
879 mas exige um monitoramento. Então a informação vai estar lá mas aí precisa que monitore isso aí o
880 quanto mais localmente, melhor, pra que a gente verifique; depois do diagnóstico confirmado quanto
881 tempo depois está acessando esse tratamento. Então, essa é uma situação. A outra lei que a Juliana
882 traz, é em relação a uma suspeita de câncer, o acesso aos exames para confirmação ou não desse
883 diagnóstico, Então essa lei saiu agora no finalzinho de outubro, ela tem seis meses pra ser cobrada,
884 mas assim, hoje nós não temos um sistema que nos dê essa informação. A gente ta procurando,
885 verificando aqui com a Adelcio, que é uma pessoa da Secretaria que entende bastante do sistema,
886 então da citologia do colo de útero a gente ta achando como verificar resultados alterados que
887 possam dar uma sugestão de uma malignidade mas a gente ainda ta Tateando pra saber de que
888 forma a gente vai conseguir monitorar isso. Então eu vejo assim, por enquanto o que mais a gente
889 deve fazer e também vocês conselheiros, é divulgar essa lei e que por hora cada um seja o seu
890 vigilante, do Conselho também, mas que cada usuário saiba desse direito e que aí procure se isso
891 não for cumprido e também nos ajude, porque a gente não vai ter inicialmente esse sistema de
892 pronto, não vamos ter essa informação pra dizer, não realmente essas pessoas aqui não acessaram
893 esse tratamento ainda, não acessaram os exames pra confirmar ou não o diagnóstico e aí assim, até
894 a questão de ter uma suspeita ou não, ela já percorreu um caminho ali na rede, como a Juliana
895 colocou, a gente ta começando com a linha de cuidado do câncer de mama, começando até, nós
896 temos uma visita no Angelina Caron. É só você se debruçando sobre uma determinada patologia e
897 verificando esse percurso que os usuários estão fazendo pra gente detectar esses nós críticos e o
898 que a gente pode estar fazendo pra que isso não ocorra. Agora, hoje, a gente não tem essa
899 ferramenta disponível, então é bem importante que as pessoas sejam instrumentalizadas nesse
900 ponto, saibam dos seus direitos e também procurem se isso de fato não for cumprido. Agora
901 realmente, a pessoa vai ter um percurso, aí naquele momento ela retornou para atenção primária, foi
902 pra uma consulta especializada e retornou, naquele momento ela tem uma suspeita de malignidade,
903 é ali que começa a contar o tempo. Só que a lei é daquelas, não tem dizendo, ah então qual é o
904 sistema que me diz que é hoje? Que eu estou com suspeita de câncer? E que em até trinta dias eu
905 tenho que ter acesso ao exame para confirmar ou não o meu diagnóstico? Então eu acho que
906 melhor do que ter um sistema, por enquanto é o usuário, que o usuário ou o seu familiar tenha
907 conhecimento disso e que seja seu vigilante, que eu acho que é por enquanto, mas de qualquer
908 maneira a gente ta procurando ferramentas que nos dêem essa informação. **Juliana (SESA)** Só pra
909 complementar um pouquinho do painel do Ministério, que tem a informação de quando você fez o
910 diagnóstico e começou o tratamento, ele é muito interessante, já saiu um documento da SESA pros

911 municípios, pro gestor municipal pra ter uma senha pra acessar esse painel do Ministério e a SESA
912 também vai ter e ele é interessante porque traz um prazo, fez o diagnóstico, o prazo que começou o
913 tratamento e sai o nome do paciente. Então assim, o gestor municipal vai conseguir entrar lá e ver,
914 olha a Juliana não fez o laudo lá e ainda não acessou o serviço de oncologia, porque não acessou.
915 Então isso é muito, acho uma ferramenta muito importante, muito potente pro gestor, ele poder olhar,
916 abrir um sistema de informação e ver lá que da sua população tem “x” pessoas que ainda não
917 começaram tratamento de câncer. O que a gente tem ferramenta hoje é esse sistema, que ele é
918 *online*, puxa dados de processamento, de informação de sistema de produção dos hospitais mas que
919 o gestor consegue entrar lá e ver até o nome do paciente, quando que ele fez o exame, o
920 diagnóstico e se ele não começou o tratamento ainda, pra poder fazer busca do paciente pra poder
921 levar pra marcar avaliação no CACON ou UNACON ou começar a fazer a quimio, a radio, que ele
922 precisa fazer. **Luiz Fernando (Acispar)** Então, parabenizar, Juliana, vocês por essa nova visão na
923 oncologia. E aí com essa nova visão começa a aparecer os problemas, né? Eu queria saber se os
924 serviços oferecidos hoje para oncologia servem a demanda que está tendo ou precisa ser contratado
925 mais serviços e colocado mais hospitais aí na rede de oncologia? Guarapuava, vai ficar a cargo do
926 Erasto Gaertner, administração do hospital de oncologia lá? E, Irati tem uma braço do Erasto que
927 hoje ta sendo como você já falou, muito discutido aqui na SESA pela forma de que ele está lá.
928 Paranaguá também ta querendo colocar o mesmo serviço e assim, nós temos muito problema lá
929 com a questão hoje da demanda dos pacientes indicados para tratamento de câncer no Erasto e a
930 nossa regional lá ficou referenciado para o Erasto aqui que não está tendo as vagas necessárias
931 para a demanda que nós temos. Gostaria de saber como vai ser resolvido isso e se vocês tem
932 alguma intenção de abrir um novo hospital na nossa regional, de oncologia. Obrigado. **Paulo (CRF)**
933 Quería só perguntar como é que ta o plano de expansão da radioterapia do Ministério da Saúde aqui
934 no Paraná em relação aos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, como que ta o andamento e
935 daqueles que ainda não foram implantado, qual o trabalho que as SESA pode fazer pra auxiliar
936 nesse sentido, mas especificamente relacionado ao hospital de câncer de Londrina, se eles já
937 conseguiram a implantação do serviço principalmente em relação à instalação do acelerador linear?
938 E caso não, o que falta pra esse serviço ser implantado, tendo em vista que aquela região tem uma
939 carência muito grande desse serviço de radioterapia? **Juliana (SESA)** Então vamos lá. Luiz
940 Fernando, você perguntou hoje se os serviços atendem a demanda ou não do que se precisa, em
941 relação a população do Estado. Quando a gente começou a estudar oncologia, lá em abril, a gente
942 fez um estudo de produção de todos os hospitais que possuem habilitação, Paraná inteiro, pegamos
943 produção de cirurgia oncológica, quimioterapia, atendimento de pediatria, hematologia, inclusive de
944 produção de consultas médicas especializadas, exames diagnósticos, anatomopatológico,
945 colonoscopia, retossigmoidoscopia, ultrassonografia, todos os exames diagnósticos que envolvem a
946 questão da oncologia pra habilitação do serviço. Olhamos também a questão da radioterapia. Eu
947 posso até trazer pra vocês um dia, se vocês quiserem, a gente fez um estudo pensando em
948 cobertura populacional do Paraná, a gente tem hoje os dados, consulta médica especializada e regra
949 não falta, porque tem uma grande oferta de consulta médica especializada, o problema não é a
950 consulta, a gente percebe que o gargalo é o paciente chegar lá, da atenção primária pra chegar lá; a
951 questão dos exames diagnósticos de média complexidade. O que eu falaria pra você hoje que a
952 gente teria de ação pra fazer e que a gente tem conversado muito? A gente percebe que a gente tem
953 uma dificuldade de diagnóstico do paciente na oncologia, por isso que a gente fala muito que a gente
954 tem que pensar e olhar o caminho que o paciente percorre na rede, se a gente não se debruçar em
955 cima de uma, começar por alguma e começar a olhar, começar a pensar como é que a gente faz pro
956 paciente chegar o mais rápido possível lá, porque os dados nos mostram hoje que os pacientes
957 estão chegando muito tarde, com câncer muito agressivo, muito quimioterapia paliativa. Então isso
958 nos acende um alerta. Então se a gente fosse pensar o que a gente teria, pergunta se falta ou não.
959 Em relação a serviço de oncologia habilitado nós temos muito serviço, mais serviço do que precisaria

960 pela regra da portaria, oncologia clínica e cirúrgica. Que a gente tem menos hoje do que o que a
961 gente gostaria de ter? A questão da radioterapia, radioterapia a gente não tem em todas as regiões
962 do Estado, isso a gente vê como um problema porque o paciente que faz a radioterapia tem que ir
963 todo dia aqui, todo dia fazer sessão, por exemplo, se você mora num lugar muito longe, como é que
964 você deixa a sua família pra ir lá fazer num outro município e deixa o seu filho? Então é um
965 problema, a gente teria um vazio de radioterapia e a questão da pediatria que a gente não tem em
966 todas as regiões. Mas a pediatria o problema não é só na oncologia, ela é um problema do estado do
967 Paraná inteiro em muitas coisas porque a gente não tem especialista em muitas regiões de pediatria.
968 A questão dos exames; a gente tem feito uma conversa muito forte assim com o, o Ministério tinha
969 uma proposta de uma portaria na oncologia que está sendo revista, de não ter nenhum exame de
970 média complexidade dentro do CACON e UNACON, nós somos contra, o Estado do Paraná foi
971 contra. Então vai ser mantido uma programação mínima de exame diagnóstico dentro, tem que
972 manter, o CACON tem que fazer diagnóstico sim, talvez não seja o único serviço mas se não vai ser
973 ele, que outro serviço vai fazer? Como é que nós vamos organizar essa rede? Se temos um vazio de
974 diagnóstico por que vamos tirar o diagnóstico do serviço? A gente tem conversado muito sobre isso.
975 A questão da radioterapia, já respondendo um pouco do que o Paulo perguntou. Pelo HC de
976 Londrina ser o único serviço ali faz radio na macronorte, o HCL mais Maringá faz radioterapia, o que
977 acontece? Acaba tendo uma fila pros pacientes pra atendimento na radioterapia lá em Londrina. O
978 pessoal tem reclamado muito disso. Agora nesse começo de ano, já acho que fevereiro ou março, já
979 inaugura um acelerador linear do programa do Ministério da Saúde lá em Apucarana, no Hospital
980 Nossa Senhora das Graças e dentro de mais seis meses aí, na metade do ano pra frente mais um
981 acelerador na HONPAR, que é o João de Freitas. Então vai ter dois novos serviços lá, próximos, pra
982 fazer radioterapia, o que já é um ganho muito importante pra população lá. O serviço de Umuarama,
983 UOPECCAN de Umuarama, tem o aparelho lá mas não está habilitado. O Estado está bancando, o
984 Estado está pagando por meio do contrato o atendimento de radioterapia em Umuarama, que a
985 gente percebe, vê essa dificuldade, o vazio da radio. Você me perguntou do PRONON, Paulo, eu
986 não vou saber te falar como é que ta a questão do PRONON do HCL de Londrina, não vou saber te
987 falar, teria que levantar essa informação. Voltando aqui pro que o Luiz Fernando perguntou, de
988 Guarapuava, Irati e Paranaguá em relação ao Erasto Gaertner, é como eu falei anteriormente. A
989 portaria vigente do Ministério não é possível habilitar essa unidade como ela está hoje. Não é
990 possível habilitar, não é possível financiar esse serviço lá, da forma como está. Ela permite uma
991 unidade adicional desde que ela seja claramente um hospital, não poderia ser um ambulatório, do
992 ponto de vista pra financiar e dessa questão do paciente. Você colocou pra mim que os pacientes de
993 Irati, que estão acessando Irati estão ficando com demanda reprimida. Isso é uma questão que é um
994 pouco, como é que eu vou dizer pra vocês? Com a abertura da unidade de Irati, lá do Erasto em Irati,
995 o que aconteceu? O Erasto não é referência só para Irati, ele é referência para um conjunto de
996 regiões de saúde, assim como os outros serviços de Curitiba. Curitiba não tem só Erasto Gaertner,
997 tem acho que sete, cinco ou sete serviços na região. Então o que acontece? Quando você coloca
998 uma unidade; o que a gente tem que pensar nisso quando a gente coloca uma unidade num
999 município? Você privilegia o acesso daquela população, daquela região, isso acaba não sem
1000 equânime pra todos que tem de referência pro serviço. O que aconteceu? Os pacientes da quarta
1001 região de saúde tiveram acesso ao Erasto e acabaram; se a gente fosse atender hoje, só pra você
1002 ter uma ideia, se for atender tudo o que aquela unidade de Irati atendeu de paciente pra mandar só
1003 pro Erasto, eu tiraria as consultas das outras regiões de saúde que estão de referência pro Erasto
1004 Gaertner também. Então quando a gente faz, a gente não ta fazendo equidade, a gente ta
1005 privilegiando acesso de uma população em detrimento de outras. Ah tudo bem a população chegou
1006 lá em Irati, na unidade, tem uma indicação, pode ser um câncer, ta bom, o paciente tem que ser
1007 atendido em algum lugar, não tem? Temos mais quatro serviços em Curitiba que poderiam atender
1008 esse paciente. Então assim, a discussão com o Hospital Erasto é que às vezes ele coloca, não, tem

1009 que vir, quero, mas o Erasto se eu for dar consulta pra todos da população de Irati pro Erasto aí a
1010 primeira região de saúde não vai acessar o Erasto, a terceira não vai, sabe? Acaba também não
1011 acessando. Então a gente tem que pensar enquanto gestor como é que a gente faz pra ter equidade
1012 no acesso e é isso que ta acontecendo lá. Quando a gente conversou com a equipe do Erasto, a
1013 gente foi chamado no Ministério Público algumas vezes pra falar sobre isso, a gente tem falado, olha
1014 o Erasto não consegue acessar porque existe uma cota de consultas, existe uma população a ser
1015 atendida mas tem "x" consultas sobrando nos serviços de Curitiba. Eu tenho aqui no Angelina Caron
1016 sobrando consulta. Eu tenha consulta no Hospital de Câncer de Campo Largo, entendeu? Então
1017 assim, ninguém ta dizendo que não vai, que a gente ta querendo prejudicar os pacientes da quarta
1018 regional, mas temos que pensar como é que a gente, é justo com o resto da população que não teve
1019 acesso aquele atendimento? É por isso que eu falo que a gente tem discutido muito isso aqui no
1020 Estado, pensando como é que a gente faz pra chegar num meio termo de que pro paciente fique
1021 bom, porque ele ta perto de casa, e que a gente consiga fazer funcionar a unidade dentro das regras
1022 da portaria, dentro do que é possível. Você perguntou pra mim se a gente pensa num novo serviço
1023 em Irati. Como eu falei pra você, se for seguir regra de portaria não cabe mais um serviço, mas nada
1024 impeça que seja feito estudo epidemiológico da região pra ver se realmente precisa, tem que olhar
1025 pra região e ver o que precisa pra região, até porque um serviço de oncologia, como eu falei,
1026 oncologia é um tratamento muito caro, que dispense muito recurso e se não tiver escala de
1027 atendimento o serviço não se sustenta, não se mantém, não precisa abrir um serviço lá pra fazer
1028 pouco fazendo pouco, porque ele não vai se manter porque tem que ter o médico especialista, tem
1029 que ter o equipamento, se não se mantém. Acho que é isso. Guarapuava. Guarapuava sim,
1030 Guarapuava tem o Hospital São Vicente de Guarapuava hoje lá que é UNACON, que faz oncologia
1031 clínica e cirúrgica adulto, ele é um serviço hoje que não tem uma escala muito grande de
1032 atendimento ali e ta saindo uma obra, o Estado está custeando uma obra no município pra ampliar a
1033 instalação de oncologia lá. Você quer saber o que vai acontecer depois disso? Isso. Ele pode
1034 assumir se ele, ele pode entrar como, ele pode assumir o, o Hospital São Vicente pode contratar a
1035 equipe do Erasto pra tocar lá. Eles podem fazer esse tipo de negociação, esse tipo de contratação, é
1036 possível. Por enquanto, o que a gente sabe, o Hospital São Vicente que tem o serviço habilitado lá.
1037 Eu entendi quando a gente fez o convênio que seria uma ampliação do serviço existente, não era
1038 uma nova habilitação, que seria uma ampliação do serviço pra atender mais a região ali, porque ali
1039 precisa um pouco na quinta região ampliar um pouco o atendimento porque os pacientes estão indo
1040 pra Cascavel ou vindo pra Curitiba, daquela região ali. As referências, tudo pode ser repactuado. Eu
1041 falo muito na reunião da CIB, a gente pactuou uma grade de referência hospitalar agora, mas não é
1042 uma grade que está estanque, parada, que não vai mexer nunca. Abrindo novos serviço, daí quando
1043 abrir serviço de radioterapia lá em Apucarana e Arapongas vamos ter que sentar de novo e ver, olha
1044 temos dois serviços, como é que a população aqui dos municípios quer caminhar? Vocês querem
1045 continuar em Londrina, querem ir pra, pra qual serviço vocês querem ir? E ir ajustando, vai
1046 arrumando, com a carroça andando vai mudando, você vai arrumando e vai ajustando. **Rangel**
1047 **(FEHOSPAR)** Bom, terminou os inscritos. Nós não vamos conseguir entrar no quarto assunto.
1048 Então nós combinamos com a Lucimara uma e meia; a Nathalia ta pedindo pra ela só fazer uma
1049 pergunta. Tem mais alguém inscrito? Porque daí eu vou abrir pra ela e vou pra mais, daí encerra.
1050 Mais alguém? Então Nathali e Delphim e fim, beleza? Então ta bom. **Nathalia (MS)** Obrigada,
1051 Rangel. Eu fiquei interessada e só queria que você esclarecesse um pouquinho sobre o painel de
1052 oncologia do Ministério. Você mencionou que ele dá, o Ministério está dando a senha pro Estado e
1053 tudo. Aí eu fiquei em dúvida se esse painel de oncologia ele ta relacionado ao relatório painel de
1054 oncologia do INCA, ao SISCAN ou ao observatório de oncologia de dados abertos, que junta o MS e
1055 o INCA naquela questão de dados ponto gov ponto br? E também, se teria acesso público. **Luiz**
1056 **Delphim (Sindipetro)** Que queria, já que foi, o amigo lá ajudou, da onde que eu vou sair? Eu vou
1057 sair de um atendimento, lá em Paranaguá, que vai estar congestionado o Erasto, vai continuar a

1058 mesma coisa que não tivesse ou não? Ou eu saio dali automaticamente pra um hospital, há a
1059 possibilidade disso? Muito obrigado. **Rejane (SESA)** Em relação ao painel, ele é uma ferramenta
1060 desenvolvida pelo INCA em parceria com o Ministério da Saúde e aí ele puxa dados do SIA, do SIA-
1061 H, então ele faz do SISCOLO também. Então ele faz uma convergência de dados. Aí tem uma parte
1062 pública também, não é a mesma porque essa dos gestores tem o nome dos usuários, então por isso
1063 que a gente tá sendo bem rigoroso em relação a disponibilização das senhas, inclusive que nos
1064 municípios sejam pessoas que já estejam trabalhando com os sistemas e que nos hospitais sejam
1065 aquelas que cuidam também do registro hospitalar de câncer, mas tem uma parte pública sim, a
1066 gente pode estar enviando ali, tem sim, a gente pode enviar sim. **Juliana (SESA)** Delphim, o que
1067 acontece com, por isso que te falei que a gente tá discutindo porque esbarra nessas várias questões
1068 aí. Primeiro que quando disponibilizo acesso pra uma população pra um serviço to privilegiando ela
1069 em relação às outras. A gente tem que pensar na equidade, pensar no Sistema Único de Saúde. E
1070 depois assim, o Hospital Erasto Gaertner, pra poder acessar o serviço, quero marcar uma consulta
1071 no Hospital Erasto Gaertner, como é que funciona? O paciente tem que pegar a avaliação do seu
1072 médico da unidade básica de saúde e no município pedir a marcação da consulta, é o município que
1073 marca consulta no hospital. Essa unidade não consegue marcar consulta para o Hospital Erasto
1074 Gaertner. Então hoje como funciona na prática? O paciente tá lá em Irati, o que vai acontecer lá em
1075 Paranaguá também, o paciente fez consulta com médico lá oncologista, lá em Paranaguá ou lá em
1076 Irati, o médico falou assim, olha eu acho que você pode ter, tem que fazer uma biópsia, tem que
1077 fazer ultrassom, tem suspeita muito grande de câncer, ele vai te dar uma guia de referência para
1078 marcação de consulta no Hospital Erasto Gaertner, essa sua guia você vai ter que pegar enquanto
1079 usuário lá no município, falar município eu quero marcar uma consulta com o hospital. Essa consulta
1080 vai entrar na fila de todos os outros pacientes da região de saúde que são referência para Curitiba
1081 em alguns serviços. O que a gente tem colocado muito? A gente não consegue definir que a
1082 referência vai ser para o Erasto ou para o HC ou para o São Vicente, porque são vários serviços no
1083 município que tem uma capacidade instalada e não podemos pegar e deixar só pra um serviço e
1084 deixar o paciente esperando, o câncer não pode esperar, não podemos. Então assim, ah Erasto
1085 Gaertner, se atendeu um Paranaguá ou Irati, tenho cinquenta pacientes atendidos, a cota de
1086 consulta pro Estado do Paraná todo pra região, pro Estado, é cento e oitenta consultas, duzentos
1087 consultas por mês, como é que eu vou marcar cinquenta pacientes de Irati ou de Paranaguá e deixar
1088 as outras regiões de saúde que também são referência sem acesso? Então essa é uma discussão
1089 que a gente tem feito. Então assim, o paciente vai ser atendido em Paranaguá ou Irati, ele vai entrar
1090 na fila junto com os outros usuários pra marcar consulta que pode ser no Erasto, como ele tá
1091 pedindo, ou ele pode ir pra um dos cinco serviços do município, não tem obrigação, ele pode
1092 escolher, não quero esperar vou pra outro serviço, a gente discutiu muito nas regiões de saúde. A
1093 gente sabe que a oncologia tem um caminho longo ainda pra trilhar no sentido de qualidade de
1094 serviço, de aproximar o hospital, o próprio monitoramento que o controle social faz, a ouvidoria, os
1095 gestores, tem um trabalho longo, árduo pra fazer, a gente faz no dia a dia, na correria do dia a dia,
1096 marcando reunião, sem reunião no telefone, no e-mail vai fazendo isso e a gente não consegue
1097 garantir que vai chegar no serviço ou no outro, entendeu? Então ele vai ser só uma porta, outra
1098 coisa, pela regra da portaria não poderia ser porta de entrada esse serviço, teria que ser uma
1099 consulta inicial. O que a portaria fala hoje? Que marcar consulta lá no Hospital Erasto Gaertner,
1100 hospital, o hospital fala assim, você tem que fazer uma quimioterapia, tudo bem, onde posso fazer
1101 quimioterapia? Ah eu tenho uma unidade lá em Paranaguá que é mais perto da sua casa, vai fazer
1102 quimioterapia lá. E hoje a lógica de funcionamento das unidades está invertida e por isso que acaba
1103 fazendo essa demanda reprimida, porque o paciente vai lá fazer a consulta com o especialista de
1104 oncologia, consulta com especialista, ah tem que fazer uma biópsia, aí ele tem que entrar pra fila pra
1105 marcar no hospital e eu não posso dar privilégio de acesso pra esse doente que tá lá em Irati ou tá
1106 em Paranaguá porque senão os outros são prejudicados. Por isso que a discussão vai além do

1107 financiamento do serviço, vai além da forma como funciona, é muito maior. Isso é uma discussão
1108 que a SESA tem feito muito em relação a isso, então em resposta ao que você me perguntou, ele vai
1109 ficar junto com os outros, a não ser que ele fale assim, ah o médico me atendeu lá mas eu quero, eu
1110 posso ir pra outro serviço que tem a vaga disponível, aí ele vai pra outro serviço porque consulta,
1111 como eu falei, tem muita consulta hoje de oncologia, principalmente o paciente fica esperando, muito
1112 tempo assim isso não acontece. Não entendi. Como assim? Pra poder habilitar o serviço? Tinha que
1113 seguir a regra da portaria. Pra existir um braço, uma outra unidade adicional, que o Ministério fala
1114 unidade de oncologia clínica adicional ou eles estão chamando de um nome diferente agora, serviço
1115 de oncologia estendido, isso, a portaria nova fala isso, tem que ser, primeiro tem que ser um
1116 hospital, não pode ser um ambulatório, que ele fala que tem que ter centro cirúrgico, unidade de
1117 internação, plantão vinte e quatro horas, por quê? Porque o paciente que está fazendo uma
1118 quimioterapia lá ele pode ter uma intercorrência. Não. Tem que ser um hospital. Tem que ser um
1119 hospital com leito, com centro cirúrgico, com plantão. Isso. Um hospital. Não lembro se tem UTI
1120 agora de cabeça. Mas tem que ter uma estrutura hospitalar. Já começa que não é uma estrutura
1121 hospitalar, é um ambulatório que tem lá. E depois, ele ta fora da região de saúde, se fosse pensar
1122 pela portaria hoje, tinha que ser dentro da segunda regional, tinha que ser na Região Metropolitana
1123 de Curitiba, não podia nem ser em Paranaguá nem Irati. Então, é muito maior a discussão. **Rangel**
1124 **(FEHOSPAR)** Muito obrigado, Juliana e Rejane. Excelente apresentação e discussão aí com os
1125 conselheiros. Parabéns pelo trabalho. Obrigado. Bom, vamos então para o almoço, voltaremos à
1126 uma e trinta, tudo bem? **(F3)** Por favor, conferir o quorum. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Boa
1127 tarde conselheiros e conselheiras, por gentileza mantenham seus crachás erguidos para contagem
1128 de quorum. Vinte e quatro, quorum adequado. Eu tenho que fazer ainda três justificativas. Então
1129 agora para o período da tarde, justificando Nathalia da Silveira Derengowski, Elfi Gusava e Marcia
1130 Zambrim. Obrigado. **Rangel (FEHOSPAR)** Obrigado, Mauricio. Então vinte e quatro, quorum
1131 adequado. Só pra questão de informação, Mauricio. A Marcia, como está? Sabe alguma coisa dela?
1132 Ta em repouso, então, né? Palmira e Amauri também? O Amauri também ta justificado? O Amauri
1133 Ferreira Lopes. Então, dando continuidade à nossa reunião do Pleno, o quarto assunto, avaliação da
1134 implantação da saúde da população negra no Estado do Paraná, a Lucimar. Lucimar, está com a
1135 palavra. Muito obrigado, peço desculpas aí, demos uma canseira em você, né? Desde a outra
1136 reunião. **Lucimar (SESA)** Boa tarde a todos e a todas. Eu trabalho na Diretoria de Atenção e
1137 Vigilância em Saúde, trabalho no departamento de atenção primária e trabalho com as políticas de
1138 equidade em saúde e o nosso objetivo no momento é falar um pouquinho do que o Estado vem
1139 fazendo em prol da saúde da população negra. Lucimar faz apresentação. **Rangel (FEHOSPAR)**
1140 Lucimar, primeiro agradecer, parabenizar a apresentação. Nós vamos abrir agora pra discussão, são
1141 grupos de quatro pessoas, daí elas fazem os questionamentos, apontamentos e você responde daí
1142 em seguida, pode ser? É bom você ir anotando. Inscrição está aberta. **Alaerte (Rede de Mulheres**
1143 **Negras)** Boa tarde. Parabenizar a excelente apresentação da Lucimar. É interessante que a gente
1144 aprende todo dia, sempre. E aí eu queria primeiro a minha fala perguntar aqui quem que tem
1145 descendência de italiano? Então. Então para além de pedir ajuda de todos os conselheiros e
1146 conselheiras presentes, em especial de quem tem descendência italiana, quero dizer pra vocês que
1147 a gente precisa da ajuda de vocês, muito, pra gente resolver de uma vez por todas um dos pontos aí
1148 que a Lucimar acaba de apresentar e que até fiquei meio chocada, de saber que só, e digo só,
1149 oitenta e seis por cento dos municípios tem convênio com a FEPE pra realizar o teste do pezinho e
1150 mais especificamente o teste da eletroforese da hemoglobina. Por que estou me referindo aos
1151 italianos? Porque para a população negra, a doença falciforme é uma doença genética
1152 extremamente complicada que no mínimo é altamente, é alta a morbidade quanto a mortalidade
1153 tanto da mãe quanto da criança, isso falando nas mulheres. Pros italianos, é quase que a mesma
1154 coisa, a única diferença é que a doença se chama talassemia e qual é a única forma de prevenção?
1155 Fazer a eletroforese da hemoglobina. O que acontece então pros conselheiros entender bem? Que

1156 ela falou na apresentação dela? Desde dois mil e um, assim que saiu a portaria nacional, a FEPE
1157 rapidamente já começou a fazer esse teste, por quê? Porque é um teste de alto custo. Então era
1158 feito o teste e só. Ninguém falava lá em dois mil e um em saúde da população negra, era só feito o
1159 teste. O que a gente quer hoje, então? Atrasado que estamos dez anos depois da portaria que
1160 institui a política, a gente quer e inclusive fiz lá em Arapongas, que eu conheci o Secretário de Saúde
1161 e falei pra ele, por favor na próxima reimpressão do protocolo do Mãe Paranaense, escrever lá no
1162 protocolo, principalmente eletroforese de hemoglobina para as negras e pras italianas. Quem sabe o
1163 povo italiano nos ajude então a garantir que esse teste seja feito pra todo mundo e obviamente não é
1164 só o teste, fazer o teste significa capacitar todos os profissionais de saúde da importância de saber
1165 nós não somos todos iguais, cada um tem uma condição genética no seu sangue, assim como cada
1166 um tem seu determinante social de saúde. Enfim, então esse é meu primeiro pedido que eu queria
1167 fazer pra vocês e dizer então que nesse meu retorno agora aqui pro Conselho, com toda certeza
1168 saúde da mulher, saúde da população negra foi o que eu fiz a vida toda, é a maior contribuição que
1169 eu tenho pra dar. Então a gente agilizou realmente já lá em Arapongas o encontro que foi co-
1170 financiado pela SESA, o Secretário estava lá, nós discutimos bastante com associação de doença
1171 falciforme do Estado, eles tem muitas demandas, eles vivenciam muito mais do que eu, dia a dia a
1172 problemática da doença e aí nós chegamos no consenso, independente de já estar pautado aqui no
1173 Conselho pra reunião anterior, pra esta reunião, nós solicitamos uma audiência com o Secretário
1174 Estadual de Saúde, que ta agendado agora para o dia dezessete e aí posso até estar trazendo ou eu
1175 ou a própria Lucimar na próxima reunião o informe de como que ficou essa audiência com o
1176 Secretário, nós vamos pedir pra ele, meu tempo já acabou, mas nós vamos estar pedindo quatorze
1177 ou quinze itens lá que pra nós são essenciais, cruciais, dentre eles essa questão do teste com toda
1178 certeza pra cem por cento dos municípios, o Ministério da Saúde já financia isso, não tem porquê
1179 não fazer. Então nós temos que resolver cada problema, resolver o problema todo da rede de
1180 atenção às pessoas com doença falciforme, é um absurdo uma criança, um adulto que seja, vir lá do
1181 interior do Estado morrendo de dor até Curitiba e não ter capacidade de aplicar morfina lá no
1182 município pólo. Enfim, São quatorze ou quinze propostas, dentre elas e concluo a minha fala nisso, a
1183 gente quer que se reconstitua o que a nível nacional se chama comitê técnico de saúde da
1184 população negra aqui no Estado do Paraná e foi aprovada inclusive, passou aqui por esse Conselho
1185 a implantação da política a que resolveu se chamar grupo de trabalho e neste grupo de trabalho, já
1186 na resolução zero seiscentos e quatorze de dois mil e dez, já tem lá um representante ou uma
1187 representante de Conselho Estadual de Saúde. As reuniões já foram marcadas pro dia do Pleno, às
1188 oito da manhã, numa salinha que é aqui ao lado, pra garantir que esse ou esta representante do
1189 Conselho possa participar da reunião e infelizmente nós não temos tido nenhum, nenhuma
1190 representante. Então se possível, colocar já em votação ou na próxima reunião do Conselho, a gente
1191 gostaria de ter essa representação assim como nós vamos estar pedindo pro Secretário,
1192 obviamente, lá na época, dois mil e dez, era representante da SEDS que tinha no GT e agora é outro
1193 nome, é outro governo, enfim, outra gestão, mudou de nome a Secretaria mas tem uma Secretaria
1194 que trabalha com a comunidade e como ela mesma referiu, tem coisas que extrapolam que a gente
1195 precisa por exemplo uma ponte. Então essa pessoa, esse representante dessa Secretaria é que vai
1196 se virar atrás da ponte, não somos nós especificamente em saúde. Era isso, muito obrigada.
1197 **Edvaldo (CONAM)** Eu queria fazer uma pergunta, assim, de quando são esses dados? Como foram
1198 colhidos? Já que está tendo uma grande demanda de pessoas africanas que vem de outros países,
1199 principalmente ta vindo da Venezuela também pra país vizinho nosso. Então queria saber como foi
1200 feita esse dado e de quanto é e se essas pessoas, que nem, vou te dar um exemplo, Londrina, hoje
1201 o que mais se vê no calçadão de Londrina são pessoas haitianas no calçadão vendendo relógio e
1202 tal, eu queria saber se essas pessoas também estão, se você tem dado se essas pessoas estão
1203 incluídas nesse levantamento que vocês fizeram. **Rangel (FEHOSPAR)** Mais alguém? Só gostaria
1204 de agradecer a presença do Mateus Amaral Mocelin, que é o estagiário da CAOP Saúde do

1205 Ministério Público, obrigado, venha sempre Mateus. Então, eu vou encerrar as inscrições, vou passar
1206 pra Lucimar. **Lucimar (SESA)** Muito obrigada aí pelas colaborações, pelas questões. Alaerte, talvez
1207 eu tenha me expressado mal. Pelo amor de Deus, me arrepiei aqui quando, falei Jesus, falei errado.
1208 A cobertura do programa de triagem neonatal é cem por cento o teste do pezinho, é cem por cento.
1209 Eu só falei a partir dos dados que eu peguei da FEPE, é do teste da mãezinha, oitenta e seis por
1210 cento então dos nossos municípios, claro que nós temos um *gap*, mas o teste do pezinho é super
1211 consolidado, cem por cento. Que esse ruído seja desconstruído aqui mesmo. É claro que o teste da
1212 mãezinha realmente tem que qualificar. Mês passado ainda a moça da FEPE passou pra nós que o
1213 município de Toledo fez adesão ao teste da mãezinha, que são coisas diferentes e que tinha uma
1214 gestante que era então uma migrante haitiana, tinha sido detectado então com a doença falciforme.
1215 Então assim, a gente sabe que temos muito que caminhar realmente com o teste da mãezinha,
1216 então é oitenta e seis por cento dos municípios de acordo com o dado da FEPE, que realmente
1217 precisamos avançar nessa perspectiva realmente de que todos municípios façam adesão e que seja
1218 qualificado, que essa coleta seja em todas as unidades de saúde e que contemple todas as
1219 gestantes. Então eu gostaria de deixar esse ponto muito claro. O nosso comitê técnico realmente
1220 ele, nós nos reunimos a cada dois meses, a Ana participa conosco, enfim, nós temos aí alguns
1221 pares, precisamos realmente potencializar esse comitê mas Alaerte, eu até vejo assim, nós tínhamos
1222 a Célia que era representante do Conselho que tava nesse comitê, acredito que você seja
1223 representante do Conselho, enfim, eu acho que o Conselho tem que definir aí quem é mas eu já tava
1224 até contente que você era representante do Conselho, do controle social na nossa instância de
1225 participação social da saúde da população negra. Na questão da doença falciforme, esse não era o
1226 nosso tema aqui mas nós temos o Hemeplar, nós temos uma equipe que trabalha muito forte
1227 realmente para o acolhimento, eles fazem um trabalho muito bonito da pessoa com doença
1228 falciforme, nós temos realmente pessoa com doença falciforme em todo Estado do Paraná e nós
1229 temos aqui a nossa rede Hemeplar, que ela faz o acolhimento e nós temos aqui o Hemeplar de
1230 Curitiba realmente que ele é referência, que ele é uma matriciador para esse cuidado. Temos um
1231 *gap* realmente, como a Alaerte falou, das pessoas, de estabelecer realmente um fluxo,
1232 principalmente para o atendimento da pessoa com doença falciforme quando ta em crise, que ela
1233 não tenha que vir aqui pra Curitiba pra ser atendida, mas que ela seja acolhida também nesses
1234 espaços, principalmente nos serviços de urgência e emergência. Temos aí um fluxo já desenhado e
1235 que precisa ser realmente fechado pra que a pessoa com doença falciforme chegue num serviço de
1236 referência, num hospital universitário e que seja acolhido realmente de acordo com sua necessidade.
1237 Então isso é um *gap* que a gente tem e que a gente precisa avançar nisso nesse contexto. Eu acho
1238 que eu coloquei mais ou menos tudo. E a pergunta do Viana, realmente, nós temos hoje uma
1239 população muito grande de migrantes, sejam eles haitianos, migrantes de países do continente
1240 africano. Esses dados que eu te trouxe são dados do IBGE dois mil e dez. A nossa maior demanda
1241 de imigrantes começou em dois mil e onze e na PNAD eu não sei dizer realmente se ta, porque a
1242 política nacional por amostragem domiciliar eu teria dificuldade pra te dizer que ta, mas nós temos
1243 uma grande população de imigrantes realmente e nós temos, nós participamos de um conselho de
1244 imigrantes e refugiados e que de dentro de todas as políticas que nós temos, políticas públicas, o
1245 SUS tem acolhido muito essas pessoas apesar de todas nossas dificuldades ainda, essa população
1246 do imigrante tem sido cuidada, a gestante tem feito seus pré-natais, os bebês tem nascido, eles tem
1247 feito teste do pezinho porque a gente tem acompanhado muito isso. As gestantes imigrantes,
1248 principalmente as haitianas e as que vem de países africanos, também tem sido acolhidas e tem sido
1249 também feito o teste da mãezinha. É claro que temos muito que percorrer mas essa população de
1250 imigrante, que é a população negra também, ela tem sido muito acolhida no sistema e tem sido
1251 cuidada, também de acordo aí com as possibilidades e com as fragilidades que nós brasileiros temos
1252 e que também os imigrantes terão. Eu acho que eu encaminhei mais ou menos, me coloco à
1253 disposição. Eu acho super positivo realmente essa agenda com o Secretário, que realmente seja

1254 encaminhado questões e nós nos colocamos aí à disposição. Lembrando gente, eu só gostaria de
1255 falar mais um ponto que, esse exercício que nós estamos falando hoje do plano estadual de saúde,
1256 vários colegas, esse trabalho não acontece com os olhares, com os diversos olhares de colegas da
1257 vigilância, colegas da IST/AIDS, ou seja, são vários colegas, colegas do câncer, que tem realmente,
1258 essa visão da questão da raça, da cor, a gente tem conversado muito, como é que é? Vamos botar
1259 algumas ações? O que vamos colocar? O que temos? O que temos que melhorar? Ou seja, tem sido
1260 assim, esse diálogo tem acontecido, isso é um grande avanço que nós não tínhamos por exemplo a
1261 cinco anos e hoje nós temos. Colega nos perguntando como que vai ser, o que nós vamos colocar
1262 sobre a raça, cor, sobre a população negra, ou seja, sobre as demais populações vulneráveis. Então,
1263 esse é um avanço que eu destaco aqui e é sinal de que os nossos colegas estão aí, que nós
1264 estamos ampliando olhar pras políticas pras populações vulneráveis no Estado. Muito obrigada.
1265 **Maria Elvira (Assempa)** Lucimar, me cede uma parte? Quem? Como que a Ana tava
1266 representando? Ela foi tirada aqui no Conselho? Pra representar. **Rangel (FEHOSPAR)** A Ana não,
1267 a Célia. Sim. **Maria Elvira (Assempa)** Então eu acho que não pode sair daqui agora, a comissão da
1268 saúde da mulher que indica. **Rangel (FEHOSPAR)** Não, tudo bem, vamos pautar isso pra uma
1269 próxima reunião. **Maria Elvira (Assempa)** Eu quero parabenizá-la pelo trabalho, foi muito bom,
1270 excelente, nos esclareceu bem e eu lembro aqui que fazer uma referência do seu Manoel, que foi
1271 uma das pessoas que lutou muito, foi pro Rio de Janeiro participar de umas palestras e tudo mais,
1272 ele voltou bem sensibilizado de lá e ele já tava lutando a muito tempo, muito bom que as coisas
1273 continuem. Obrigada. **Marcelo (CREF9)** Pessoal, eu me lembro que a umas duas reuniões atrás nós
1274 fizemos uma atualização de todas as comissões que são pertinentes à participação do Conselho
1275 Estadual de Saúde, então, nós temos as pessoas já designadas pelo Pleno do Conselho Estadual de
1276 Saúde. Até vou divergir do presidente, mas mês que vêm não acho pertinente a gente discutir essas
1277 indicações visto que dezembro não vai ter mais reunião de nenhum outro órgão, janeiro é férias e
1278 quase todos os comitês, GTs, grupos de trabalho e etc. e fevereiro nós temos a posse de uma nova
1279 gestão. Então, a partir de março nós vamos ter que rediscutir isso porque daí tem outras pessoas
1280 entrando, pessoas que saíram do Conselho, então março a gente faz uma nova avaliação dos
1281 grupos de trabalho, comissões, etc.; que tiver de indicação do Conselho a gente faz novas
1282 indicações que se forem necessárias. **Rangel (FEHOSPAR)** Obrigado, Lucimar. Obrigado pela
1283 apresentação. Concordo com o Marcelo também, então pra março de dois mil e vinte. Dando
1284 sequência, quinto assunto, proposta de agenda mínima dois mil e vinte do CES Paraná. **Mauricio**
1285 **(Secretaria Executiva)** Então, vamos aqui, a Secretaria Executiva junto com a Mesa Diretora do
1286 Conselho Estadual de Saúde está apresentando a partir de agora propostas de agenda mínima dois
1287 mil e vinte do Conselho Estadual de Saúde. Mauricio faz apresentação. **Rangel (FEHOSPAR)**
1288 Inscritos? **Oiga (SindSaude)** A gente não recebeu esse documento antes pra poder avaliar o
1289 período em que serão feitas as discussões, considerando que a gente precisa ter um tempo hábil pra
1290 fazer as propostas a respeito das questões orçamentárias. Então, eu entendo que esse Conselho
1291 aqui já não tem mais gerência sobre isso a partir de vinte de fevereiro, então, a gente vai ter que
1292 discutir isso no novo conselho porque nós não podemos mexer na. Não. O próximo conselho será
1293 empossado no dia vinte de fevereiro e ele tem a prerrogativa de reavaliar a sua agenda. E eu to
1294 falando isso considerando que a sempre fez as discussões em cima do laço, das questões
1295 orçamentárias e aí a gente precisa reavaliar isso. Mas eu to entendendo que a nova gestão fará isso.
1296 Se tivesse recebido antes, esse documento, poderia até trazer já uma proposta pra que todos
1297 pudessem apreciar, como isso não foi feito, não tenho. Obrigado. **Palmira (Fesmepar)** Na quinta
1298 linha, diz apresentação, eu não to conseguindo ler, só que tem ali aprovação, a palavra aprovação.
1299 Só que considerando que vai ser avaliado, nós não podemos colocar aprovação, você tem que
1300 colocar deliberação, porque daí você pode ser aprovado ou não. Porque quando você coloca a
1301 palavra aprovação subentende-se pra quem ta entrando que ele tem que aprovar. **Rangel**
1302 **(FEHOSPAR)** Ta correto. É isso mesmo. Deliberação. **Palmira (Fesmepar)** E tem que colocar

1303 deliberação. **Rangel (FEHOSPAR)** Tem algum outro item com a palavra aprovação? Tem que
1304 sempre seguir a mesma. **Palmira (Fesmepar)** Isso. Seguir sempre como deliberação, porque vai ter
1305 discussão, pode ser aprovado ou não. **Rangel (FEHOSPAR)** Isso mesmo. Obrigado, pela
1306 contribuição. Tudo bem? Mais alguém? É que nós seguimos os calendários que estão nas
1307 legislações, por isso que nós apresentamos aqui. Até entendo, ah mas ta em cima, ta em cima
1308 porque a legislação fala que é nessa data. Pode, claro. **Olga (SindSaude)** presidente, a ressalva
1309 que eu faço é por exemplo, apresentação do projeto da lei orçamentária anual, que é a LOA, ela teria
1310 que ser discutida antes de ela ir para o Legislativo. Nesse ano, nós fizemos uma, nós antecipamos a
1311 reunião pra poder discutir, lembra? **Rangel (FEHOSPAR)** Nós já pensamos nisso daí, no que
1312 aconteceu nesse ano, já antecipamos. **Olga (SindSaude)** E a programação anual de saúde. É, mas
1313 a questão é a seguinte, conselheiro Stalhschmidt, se me permite. A gente que tem que falar sobre as
1314 diretrizes, entendeu? O Executivo apresenta e o Conselho faz a apreciação, mas nada impede que o
1315 Conselho faça a discussão já para indicar essas diretrizes, entende? De posse do plano estadual de
1316 saúde, é o documento que o Conselho tem para se pautar para poder inserir as diretrizes. Sempre é
1317 o plano estadual de saúde que faz esse balizamento. Então é nesse sentido só que eu pondero.
1318 Obrigado. **Marcelo (CREF9)** Até como, complementando. Na verdade esse ano realmente a gente
1319 fez a discussão em abril, pós período de envio. A legislação prevê o quê? Até o dia trinta de março o
1320 Conselho tem que discutir sobre, na verdade, sobre a PAS que é o nosso instrumento de gestão que
1321 fará parte da LOA. Então, o Conselho tem até o dia trinta de março para discutir e em abril é enviado
1322 o material para o Executivo através do Legislativo e os trâmites legais. Então por isso que nós
1323 colocamos já garantindo mês de março, que é o prazo legal que o Conselho tem, isso foi feito já um
1324 acordo com a Secretaria de Estado da Fazenda e com o próprio Ministério Público, onde a gente
1325 teve já uma demanda que partiu da Mesa e também depois do próprio Ministério Público, pra gente
1326 estabelecer esse calendário de ações. Nós já fizemos uma solicitação que a Secretaria da Fazenda
1327 ela envie antes os dados, o quanto antes possível, mesmo que seja de uma maneira um pouco mais
1328 preliminar, porque talvez, a gente pediu pra que em fevereiro já mandem, né Mauricio? Não me
1329 lembro a data exatamente. Porque eles precisam de um prazo pra fazer o levantamento do quanto o
1330 Estado tem de previsão para arrecadação pra depois fazer o orçamento que vai ser destinado à
1331 saúde. Então nós fizemos já uma solicitação e um acordo, está acordado com a Secretaria de
1332 Estado da Fazenda e com o Ministério Público para que o Conselho tenha prazo pra poder apreciar,
1333 nem que seja inicialmente uma versão preliminar, em março daí já uma definição mais concreta pra
1334 que o Conselho tenha a possibilidade de discutir e fazer as considerações necessárias. **Paulo (CRF)**
1335 Só uma questão de esclarecimento. Referente ao plano estadual de saúde, só uma questão de
1336 esclarecimento, ele teria tempo de ser aprovado esse ano? Ou ainda teria que ter, jogar isso pro ano
1337 que vem? Porque ano que vem, qual seria a data? Uma vez que o plano teria que ter uma discussão
1338 mais ampla. Plano estadual de saúde que a gestão vai apresentar como proposta. **Palmira**
1339 **(Fesmepar)** Agora deu um nó. Bem, eu acredito que antecipação pra fevereiro já é um grande
1340 passo, mas esse ano infelizmente tem nova gestão do Conselho. Só que no meu entendimento,
1341 iniciasse a discussão em fevereiro pra bater o martelo em março. É isso? A continuidade vai ser
1342 fevereiro e março. Então no meu entendimento, porque considerando que o prazo final é março, né?
1343 A LDO, se eu não me engano. Abril. Não, ele tem que vir até final de abril vai pra Assembleia. Nós
1344 temos tempo até março pra discutir, então já foi um avanço porque esse ano, se eu não me engano
1345 o que aconteceu? Ele veio em março, nós não conseguimos discutir nada, nós só discutimos depois
1346 que já tava na assembleia. Então quer dizer, só que daí pros próximos anos, já serve como um alerta
1347 pra nós conselheiros, que de repente a gente possa estar antecipando a primeira reunião do ano,
1348 invés de ser lá pro dia vinte de fevereiro, que ela ocorra no início de fevereiro, que daí você vai dar
1349 tempo de você estar discutindo e se houver necessidade de ter uma extraordinária pra estar
1350 discutindo. Então como sugestão. **Rangel (FEHOSPAR)** Então vamos lá. Outra coisa tá. Vamos
1351 fazer o seguinte também, tanto a agenda mínima como o calendário podemos passar pra reunião do

1352 mês que vem, não tem problema nenhum. Isso. Acho que até podemos fazer isso. Em relação ao
1353 que o Paulo colocou, acredito que a gestão mande em dezembro pra aprovar em fevereiro, pra
1354 deliberar em fevereiro. Até pedir já pro Mauricio abrir uma linha ali. Vamos fazer isso, Mauricio.
1355 Vamos encaminhar pra todos conselheiros. A gente retira da pauta e trabalha em; podemos
1356 apresentar só o calendário? Porque daí já dá uma previnha aqui e já faz isso também, já coloca lá
1357 pro mês que vem e o mês que vem é rapidinho, já aponta o que tem que apontar as considerações e
1358 a gente aprova lá. Então ficou a questão da agenda mínima então encaminhar para os conselheiros,
1359 em dezembro vamos pautar novamente, ta bom? Pra deliberar. Ótimo. Vamos lá para o sexto
1360 assunto, calendário de reuniões dois mil e vinte do CES. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Então,
1361 fazendo agora apresentação de reuniões do Conselho Estadual de Saúde para o ano de dois mil e
1362 vinte. Mauricio faz apresentação. **Rangel (FEHOSPAR)** Em relação ao calendário das reuniões,
1363 vocês querem que envie? Já tem alguma sugestão? Mantém a mesma ordem da agenda mínima?
1364 **Olga (SindSaude)** Eu gostaria de solicitar que encaminhe pra nós e aí a gente já traz, conforme foi
1365 colocado anteriormente, pelo presidente da Mesa, que daí a gente já traz as sugestões caso tenha e
1366 aí a gente aprova mês que vem. Obrigada. **Rangel (FEHOSPAR)** Então, também seguindo a mesma
1367 proposta da agenda mínima. O assunto de calendário de reuniões dois mil e vinte do CES vai ser
1368 passado pra dezembro e o Mauricio vai encaminhar pra todos os conselheiros. Obrigado. Sétimo
1369 assunto, política de atenção integral da saúde das mulheres do Paraná. **Carolina (SESA)** Boa tarde
1370 a todas e todos conselheiros. Sou enfermeira obstetra de formação, servidora aqui da SESA e desde
1371 fevereiro eu respondo pela coordenação da área técnica de saúde da mulher, que faz parte da
1372 diretoria de atenção e vigilância em saúde, antiga SAS e SVS, só pra gente se colocar, se situar aqui
1373 na nossa organização. Caroline faz apresentação. **Rangel (FEHOSPAR)** Caroline, eu vou abrir
1374 agora pras inscrições, daí fazer bloco de quatro e daí você vai fazendo suas considerações em cima
1375 e daí resposta. Está aberta as inscrições. **Alaerte (Rede de Mulheres Negras)** Parabéns, Carolina.
1376 Muito boa a sua apresentação, fiquei bem feliz. Eu só fiquei pensando lá quando você fala do
1377 diagnóstico de fluxo, tratamento, enfim, da doença falciforme. Talvez fosse interessante até pelo meu
1378 comentário anterior incluir aí também a talassemia, é uma forma de que começa a sensibilizar,
1379 penso eu, os profissionais pra compreender que as mulheres tem todas uma descendência, primeiro.
1380 Segundo, eu sei que você já está lá no Conselho de Políticas pras Mulheres e acho que é muito boa
1381 participação lá e eu não sei se, até onde andou, parece que não andou, parece que ta meio parado o
1382 Conselho da Juventude. Talvez, pra ajudar a reduzir a gravidez na adolescência e que a gente sabe
1383 que infelizmente a grande maioria acontece nos municípios com menor IDH, é aquele comentário de
1384 sempre, da questão interseccionalidade, não somos nós da saúde que vamos resolver. Nós já temos
1385 todos os métodos contraceptivos, tudo, tudo, tudo. O que falta pra meninada? Meninos e meninas.
1386 Falta escola, falta atividade esportiva, enfim, então eu penso que talvez a SESA podia estar atuando
1387 junto às demais Secretarias que tem a ver e reconstituir e fazer funcionar o conselho aí estadual da
1388 juventude. Da minha parte, acho que seriam essas duas sugestões. Parabéns. **Edvaldo (CONAM)**
1389 Eu senti falta de um assunto aqui, que eu até tava comentando com a Ana, que é sobre a
1390 laqueadura. A gente sabe que existe o processo, mas que é de difícil acesso. A gente sabe que o
1391 médico, por exemplo, que vai atender uma mulher que tem lá trinta, trinta e dois anos mas já está
1392 com cinco, seis filhos, ele tem uma série de burocracia que ele tem que seguir. Eu queria saber
1393 assim, se não seria caso de vocês terem um projeto que facilitasse mais pra quer essas mulheres
1394 fossem operadas, porque assim, eu acho que é muito, desculpa até o que eu vou falar, é muito
1395 melhor você gastar com uma operação do que você ter aí uma mulher que vai ter um filho a mais,
1396 que já ta com cinco, vai ter o sexto, o sétimo, e que até talvez indesejado, até não é planejado e que
1397 isso vai ser um gasto maior pro Estado lá na frente. Então acho que assim, a própria Secretaria
1398 deveria até fazer um incentivo pra que quando essas mulheres fossem procurar o médico pra serem
1399 operadas, que tivesse um acesso melhor de ser acessado pra que fosse esse problema. **Ana**
1400 **Cristina (SindSaude)** Carol, um grande desafio que a gente tem ainda é promover o cuidado, a

1401 saúde materna de mulheres com transtorno mental. Então assim, a realidade que eu trago, na época
1402 de hospital psiquiátrico era assim, principalmente as mulheres que faziam abuso de álcool e outras
1403 drogas, então eram submetidas a internações compulsórias por três, quatro, às vezes seis meses e,
1404 a maior dificuldade que a gente tinha era quando elas vinham em condição de gestação mesmo, pra
1405 garantir esse pré natal, então não sei se você tem alguma informação da retomada desse fluxo que
1406 tava bem frágil ainda na época, no Aداuto Botelho, agora estando em outra regional, então, a gente
1407 tem outro equipamento também que atende não só mulheres mas adolescentes, então, eu não faço
1408 ideia de como isso ta, sabe? Então, a pauta que era importante retomar, fortalecer e garantir esse
1409 cuidado a esse público que a gente sabe que é uma luta retirá-los da segregação mas permanece
1410 segregados por vários pontos da rede de cuidado. Obrigado. **Carolina (SESA)** Então, primeiro
1411 agradecer a Alaerte, a todas as colocações super pertinentes, pra mim é uma grande referência, fico
1412 muito feliz. Sabe que o primeiro lugar que eu queria trabalhar aqui na SESA quando fui escolher
1413 minha vaga, nem falava o lugar, eu falava que queria trabalhar com a Alaerte, aí o pessoal da
1414 segunda regional falou, se você for pra lá não é garantia que você vai trabalhar com a Alaerte, eu
1415 falei então vou pra outro lugar, mas ela ta se aposentando, então eu não vou pra lá mesmo. Então,
1416 agradeço muito essas colocações, Alaerte. Viana, em relação à laqueadura, tem algumas questões
1417 assim, uma é porque ela é diferente dos outros métodos, ela é um método definitivo, então de fato a
1418 gente tem um protocolo de acesso bem restrito, isso é uma coisa assim discutida nacionalmente que
1419 a gente não consegue mudar. O que a gente tem que eu vejo assim de maior obstáculo é o que os
1420 profissionais aleatoriamente, particularmente colocam a mais, documento do marido, registro no
1421 cartório, pasmem, acontece. Entendeu? Então assim, são essas coisas e por isso também concordo
1422 com a tua colocação e acato de forma assim que de repente nesse material que a gente ta fazendo
1423 de planejamento sexual reprodutivo entre isso. A gente tem inclusive na quinta regional uma
1424 experiência exitosa em relação a isso, eles fizeram fluxo, uma nota técnica lá porque os profissionais
1425 realmente tem dificuldade. A gente tem uma questão assim de idade mínima, número de filhos, se é
1426 o segundo filho quer fazer laqueadura, mesmo a vasectomia, tem que esperar o bebê fazer seis
1427 meses, tem algumas questões assim até por todo histórico, a gente não pode nem ir lá, nem cá
1428 porque a gente sabe que às vezes a pessoa quer naquela hora mas depois separa, casa de novo,
1429 então por isso que acabou se estabelecendo todas essas regras. O que a gente tem que lutar
1430 mesmo é pelas regras particulares que os profissionais colocam aí e eu acho que realmente, vale um
1431 capítulo especial aí no nosso material de planejamento sexual reprodutivo. E Ana, em relação ao
1432 transtorno mental, ainda é uma fragilidade, transtorno mental, especialmente pras gestantes. Aqui a
1433 gente tem uma situação mais confortável junto com Aداuto Botelho, com todo já um fluxo assim de
1434 elas serem atendidas pela atenção primária da região e tudo que não deixa situação perfeita, a gente
1435 sabe que mesmo assim a gente ainda tem dificuldades mas tem sido uma conversa constante,
1436 inclusive dentro do Centro Psiquiátrico Metropolitano, dentro do Complexo Médico Penal, as
1437 mulheres em situação de privação de liberdade que se juntam e muitas vezes essa privação de
1438 liberdade ou por uso abusivo de álcool ou por; que leva a uma ação. Então, realmente ainda é uma
1439 dificuldade. Outra dificuldade é que muitas mulheres em tratamento engravidam e os profissionais
1440 fazem interpretação de que tem que interromper o uso da medicação, que é uma das dificuldades
1441 maiores que a gente tem no trato dessas mulheres que tinham uma situação de saúde mental e que
1442 engravidam. Então, são várias frentes de trabalho, eu sei que aqui ainda ta acontecendo mas a
1443 gente precisa regionalizar isso, porque daí muitas vezes a gente precisa que a mulher venha lá do
1444 interior pra cá, especialmente pela unidade Flor de Liz que não tem essa particularidade em outros
1445 lugares, enfim. Então ainda é um desafio assim, por isso que, assim, o que eu coloco que eu peço
1446 ajuda, Alaerte, não sei, dentro das suas leituras aí. Eu tenho tido junto com a equipe muita
1447 dificuldade, muita dificuldade de achar indicadores que falem sobre a qualidade de vida das
1448 mulheres e que não sejam indicadores materno-infantis, vou dar um exemplo prático aqui pra vocês,
1449 a gente está construindo o PES, que vai vir aqui também pra análise de vocês, então assim, a gente

1450 tem lá número de consulta de gestantes, sífilis por causa da gestante, números de parto, gestante de
1451 novo. Que dado que me fala e que eu possa achar em banco de dados? Porque ele tem que ser
1452 depois medido, não adianta eu pegar um dado que depois não vou conseguir achar ele, que fala da
1453 qualidade de vida das mulheres e não das mulheres grávidas e não dos bebês? A gente tem
1454 quebrado a cabeça com isso, tem tido dificuldade e daí que a gente percebe porque também que a
1455 gente faz saúde só pro período gravídico puerperal, porque todo nosso processo inclusive de
1456 avaliação disso, de indicadores de saúde trata só de período gravídico puerperal. E, a gente não vai
1457 desistir de achar esse indicador, nem que a gente tenha que inventar um indicador o bando de dados
1458 pra isso. Me ajudem. **Rangel (FEHOSPAR)** Então, acho que é isso. Muito obrigado. Parabéns pela
1459 apresentação. Ótimo trabalho lá. A gente mantém então regimento, dez minutos de intervalo. **(F4)**
1460 **Mauricio**, por favor conferir o quorum. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Conselheiros e conselheiras,
1461 por favor mantenham seus crachás erguidos. Contagem de quorum. Vinte e quatro. Quorum
1462 adequado. **Rangel (FEHOSPAR)** Vinte e quatro, quorum adequado. Foi solicitado um item de pauta,
1463 a resolução CES Paraná sobre a portaria dois nove sete nove barra dois mil e dezenove. Gostaria só
1464 de fazer uma inversão. Pessoal do MENPSUS? MENPSUS, quem vai apresentar? Você? Depois do
1465 MENPSUS. Por quê? Não tem problema, já vamos colocar. Não, Olga, já faço a inversão. Já coloca
1466 agora. **Olga (SindSaude)** Posso falar já? **Rangel (FEHOSPAR)** Peraí, só deixa eu fazer a inversão.
1467 Então, pessoal, só pra fazer a inversão. O próximo assunto então seria resolução CES sobre a
1468 portaria vinte nove sete nove barra dois mil e dezenove, daí depois o assunto da Mesa Estadual de
1469 Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde Paraná, MENPSUS Paraná; o outro assunto,
1470 operação verão dois mil e dezenove dois mil e vinte e o próximo assunto relatório quadrimestral de
1471 prestação de contas da FUNEAS e depois comissões. Então, em processo de votação da inversão
1472 de pauta. Por contraste. Favoráveis. Contrários. Abstenções. Aprovado. **Olga (SindSaude)** Na
1473 reunião da comissão de orçamento ontem, nós, na verdade na terça-feira a gente fez o curso, a
1474 oficina e discutimos questões de orçamento e financiamento, acho que depois na hora da comissão
1475 a gente faz uma avaliação da oficina e ontem a gente fez a discussão sobre a dois nove sete nove e
1476 decidimos que a gente traria aqui pro Pleno para apreciação de um documento pra encaminhar para
1477 o Conselho Nacional de Saúde, que vai fazer esse debate no dia cinco. Por essa razão então que a
1478 gente pediu essa inversão de pauta pra que tivéssemos tempo hábil pra isso. Então vou passar a
1479 leitura. Posso, presidente? Só ta faltando aqui a data do documento que o Mauricio da Secretaria
1480 Executiva vai nos passar depois na relação de documentos dele, né Mauricio? Então é assim, o CES
1481 Paraná encaminhou lá na data "x" documento em que manifestou preocupações relativas à nova
1482 proposta de financiamento da atenção básica e solicitou o acesso às informações necessárias à
1483 análise e a compreensão da proposta apresentada para o Paraná no dia quatro de outubro próximo
1484 passado, no entanto esse documento não nos foi enviado e para nossa surpresa, a proposta foi
1485 publicada no dia dois de novembro como portaria de número dois nove sete nove pelo Ministério da
1486 Saúde sem que o CES Paraná tivesse o acesso solicitado para que devidamente instrumentalizado
1487 pudesse entender sobre a proposta e se pronunciar com base técnica sanitária e sob ponto de vista
1488 do controle social e assim se posicionar a respeito da proposta. Nesse sentido, entendemos que o
1489 Ministério da Saúde deixou de observar disposto no artigo dezessete da lei complementar número
1490 cento e quarenta e um de dois mil e doze do qual deriva as diretrizes para definição dos critérios de
1491 rateio para essas transferências fundo a fundo e a competência das instâncias de controle social do
1492 SUS para deliberar sobre a proposta pactuada nas comissões intergestoras referente a esse tema,
1493 além disto, outros dispositivos da lei complementar cento e quarenta e um da lei oito mil cento e
1494 quarenta e dois e do decreto sete mil quinhentos e oito, em especial aqueles que atribuem como
1495 competência das instâncias de controle social do SUS, a deliberação sobre a política de saúde sobre
1496 aspectos da natureza orçamentária e financeira e sobre as diretrizes para o estabelecimento de
1497 prioridades que devem constar no plano nacional de saúde, programação anual de saúde, na lei de
1498 diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual em cada esfera de governo, deixaram de ser

1499 considerados pela publicação da portaria dois nove sete nove. A referida portaria, que instituiu o
1500 chamado programa previne Brasil, foi publicada sem que estudos técnicos fossem elaborados pelas
1501 instâncias de gestão do SUS, que fundamentam o novo modelo de financiamento de atenção
1502 primária e não considerou que o congelamento dos recursos da saúde previstos na EC noventa e
1503 cinco terá como consequência diminuição gradativa dos investimentos, o que invariavelmente
1504 prejudicará o atendimento dos princípios da universalidade de acesso e integralidade no tratamento
1505 pelo SUS. Considerando ainda que o novo modelo de financiamento de atenção primária prioriza a
1506 assistência em detrimento da promoção e prevenção, prejudicando as políticas relacionadas a
1507 vigilância em saúde, diante da lógica de alocação de recursos alheio ao número de habitantes de
1508 cada região, o CES Paraná entende que haverá redução do financiamento federal do SUS pois
1509 desde que foi promulgada a EC noventa e cinco em dois mil e dezesseis já se verificou queda real
1510 dos recursos federais alocados para o SUS. O piso per capita, referência para disponibilidade
1511 orçamentária, passou de quinhentos e setenta e quatro reais e oitenta e cinco centavos em dois mil e
1512 dezesseis para quinhentos e cinquenta e três em dois mil e vinte, ambos apreços de dois mil e
1513 dezenove. Em termos da proporção da receita corrente líquida da União, a despesa empenhada
1514 passou de quatorze ponto noventa e seis em dois mil e dezesseis e quinze ponto setenta e sete por
1515 cento em dois mil e dezessete para cerca de quatorze por cento. Em outros termos, houve queda na
1516 alocação de recursos federais por habitante para a saúde e uma proporção menor da receita
1517 corrente líquida tem sido gasta por Governo Federal em saúde. Ressaltamos ainda que terá redução
1518 de recursos fundo a fundo para estados e municípios considerando que a portaria não prevê
1519 compensação para perda de recursos decorrente de mudança estrutural da política de atenção e do
1520 respectivo financiamento. Por exemplo, a extinção do PAB fixo, proposta no novo modelo de
1521 financiamento de atenção primária em saúde, representará uma redução de despesas do Ministério
1522 da Saúde de aproximadamente três ponto quatro bilhões em dois mil e vinte, equivalente aos oito
1523 meses de maio a dezembro e anual de cinco ponto um bilhões a partir de dois mil e vinte e um,
1524 recursos esses que eram integralmente transferidos fundo a fundo para estados e municípios.
1525 Programa médico pelo Brasil, aprovado pela Câmara Federal por meio do projeto de lei de
1526 conversão vinte e cinco dois mil e dezenove no último dia vinte e sete de novembro, reduziu as áreas
1527 atendidas. Portanto, população coberta, o que significa uma redução de despesas de três ponto
1528 cinco bilhões para dois ponto três bilhões, queda de trinta por cento. Em outros termos, somente
1529 considerando esses dois exemplos, os municípios terão que alocar adicionalmente, em conjunto,
1530 recursos próprios de seis ponto três bilhões anuais para manter os serviços que já estão sendo
1531 prestados para a população por causa dessa redução do financiamento federal. Ressaltamos que
1532 essa proposta não foi encaminhada para apreciação na décima sexta Conferência Nacional de
1533 Saúde, instância máxima de deliberação das diretrizes a serem atendidas para formulação das
1534 políticas públicas em saúde em território nacional. Assim como também não foi encaminhada para
1535 deliberação do Conselho Nacional de Saúde, afrontando princípio constitucional da participação da
1536 sociedade no SUS, bem como dispositivo da lei complementar cento e quarenta e um que em seu
1537 artigo dezessete parágrafo primeiro prevê que a metodologia para definição dos critérios de rateio
1538 que servirão de referência para transferência de recursos do Ministério da Saúde para os Estados,
1539 Distrito Federal e municípios, será pactuado na CIT, deverá ser submetida aprovação no Conselho
1540 Nacional de Saúde. Nesse sentido, o CES Paraná resolve; artigo primeiro, recomendar que o
1541 Conselho Nacional de Saúde rejeite o novo modelo de financiamento de atenção primária em saúde,
1542 instrumentalizado pela portaria número dois nove sete nove, considerando a ausência de amplo
1543 debate com a sociedade, além de indicativos e consequente ocorrência de retrocessos social e
1544 inequívoco prejuízo à atenção da saúde da população. Artigo segundo, que essa recomendação seja
1545 encaminhada para todos os conselhos municipais de saúde do Paraná, ao Ministério da Saúde, a
1546 Secretaria Estadual de Saúde, ao COSEMS Paraná, ao Ministério Público Estadual, ao Ministério
1547 Público Federal e a Comissão de Saúde da Assembleia legislativa do Estado do Paraná. Artigo

1548 terceiro, esta recomendação entra em vigor na data de sua aprovação. Então, a proposta vem em
1549 forma de resolução, para, recomendando, resolve recomendar para o Conselho Nacional de Saúde
1550 essa rejeição. É esse o teor da discussão que a gente fez ontem na comissão de orçamento. **Rangel**
1551 **(FEHOSPAR)** Bom, eu vou abrir pra discussão. Os inscitos? **Paulo (CRF)** Concordo com o fato de
1552 que o Ministério da Saúde deveria ter feito debate dessa proposta do financiamento da atenção
1553 primária ao Conselho Nacional de Saúde. E concordo também que o financiamento do Ministério da
1554 Saúde ele tem que, ele tem nos últimos anos diminuído cada vez mais o repasse aos estados e
1555 municípios, tornando cada vez mais difícil essa gestão do Sistema Único de Saúde. Mas eu acho
1556 que realmente tem que ser feito um debate, eu concordo que o Conselho Nacional de Saúde tem
1557 que se manifestar em relação a aprovação da portaria antes de um amplo debate, isso eu concordo.
1558 E realmente e de fato como a conselheira Olga ta falando, essa política ta reduzindo investimentos
1559 em outras áreas do Ministério, por exemplo, atenção média e de alta complexidade, eu acho que
1560 esse dinheiro tem que ser repostado, até porque historicamente o Ministério d Saúde vem diminuindo a
1561 sua participação no financiamento. Mas o que ocorre é que, porém, eu entendo que a proposta da
1562 portaria vinte e nove sete nove de financiamento à atenção primária ela é uma proposta boa, ela
1563 avança na questão de priorizar a atenção primária em saúde e de cobrar um financiamento com
1564 base em territorialização, com base em risco de vulnerabilidade social. Eu acho que uma coisa é a
1565 proposta da atenção primária que é boa e outra coisa que eu concordo com a Olga, no sentido de
1566 que não se pode perder investimentos e acho que tem que abrir sim um debate amplo com o
1567 controle social pra ter uma melhor avaliação da proposta apresentada e da mesma forma acho que
1568 aqui no Conselho Estadual a gente vê o próprio gestor da SESA fazendo pactuação tripartite sem
1569 passar aqui por um amplo debate nosso, como é o caso aí da rede de oncologia que a gente viu hoje
1570 de manhã. Seria só isso. **Angelo (CONAM)** Eu tenho algum conhecimento relacionado com essa
1571 PEC, portaria vinte e nove setenta e nove, a informação é a seguinte, o Conselho Nacional já está, já
1572 rejeitou essas portaria, ela não concorda com essa portaria, inclusive é tema de debate agora no dia
1573 cinco e dia seis de dezembro, o Conselho Nacional estará debatendo com o Ministro da Saúde e
1574 estará *online*, todos poderão ter acesso a essa audiência que ta sendo realizada lá em Brasília. O
1575 fato é o seguinte, a portaria ela fere o controle social, inclusive a Constituição Federal, a lei oitenta e
1576 um quarenta e dois e a lei um quatro um. Então é em cima disso, está tirando o direito, se trazendo
1577 prejuízo para a população. Em síntese o resumo é isso. A portaria já está publicada, entrar no
1578 Google você já vai descobrir ela, pode ler, mostra uma coisa e a pregação é outra, estão só
1579 aparecendo *slides*, né? Mostrando que há vantagens, mas as vantagens estão obscuras, a gente
1580 não vê uma vantagem nisso, vê prejuízo, não vantagem. Essa é a minha fala. **Santo (Sindinap)**
1581 Nesse caso aí que já publicaram, o que se fará? **Olga (SindSaude)** Nós já tomamos duas medidas,
1582 uma delas é fazer esse trabalho em âmbito nacional, conselhos estaduais e conselhos municipais já
1583 estão mandando para o Conselho Nacional pedindo que rejeite a proposta. Em termos de legislação,
1584 nós entramos em contato com a comissão de saúde da Câmara Federal e o deputado Padilha ele já
1585 propôs um projeto de decreto legislativo, ta com o número setecentos e um, sustando o efeito da
1586 portaria dois nove sete nove. E, também, fez um requerimento, que é o três cinco um, para
1587 realização de seminários estaduais pra debater a portaria. Então em todos os estados a Câmara
1588 Federal vai fazer essa discussão. E, o decreto legislativo se aprovado for, já vai sustar
1589 imediatamente o efeito da portaria e o Conselho Nacional vai fazer esse debate aberto que o Angelo
1590 colocou aqui pra nós. Então, não tem qualquer chance de fazer isso. O COSEMS São Paulo e o
1591 COSEMS Rio de Janeiro fizeram um estudo do impacto da portaria dois sete nove com o próprio
1592 endereço eletrônico que o próprio Ministério da Saúde disponibilizou pra fazer o cálculo desse
1593 impacto e todos foram negativos. Então o COSEMS São Paulo e o COSEMS Rio de Janeiro já se
1594 manifestaram lá. Nós, enquanto SindSaude, encaminhamos um documento para o COSEMS Paraná
1595 solicitando que eles façam a mesma coisa aqui, estamos aguardando a resposta, acho que não tem
1596 ninguém do COSEMS aqui, mas a gente entende que é papel do COSEMS também fazer esse

1597 estudo aqui, ta no próprio estatuto do COSEMS Paraná. Então, é assim, a gente tem que primeiro
1598 entender o que vai acontecer, ver que vai ter de fato perda porque provimento de médicos não tem,
1599 fato é que eles aprovaram agora esse programa que chama médicos pelo Brasil e ele já tem, não
1600 tem previsão orçamentária, então vai ficar a encargo do município? Não tem dinheiro. Não tem
1601 dinheiro novo e médio e alto custo não vai ter, se preocupe porque não vai ter dinheiro pra pagar
1602 mesmo. Obrigada. **Marcelo (CREF9)** Na verdade acho que até a proposta que a comissão discutiu
1603 não é necessariamente contra todo teor da portaria, mas sim contra a perda de investimento em
1604 saúde e o que aconteceu é que o Ministério da Saúde lançou a portaria sem discutir com as outras
1605 bases. Discutiu, pelo que a gente tem de informação, na CIT, fez uma pactuação e o resto das
1606 representações da saúde não participaram dessa discussão, inclusive um ressalvo que a portaria
1607 também não traz, ela não fala mais da atenção das equipes multiprofissionais que atuam na atenção
1608 primária, principalmente as equipes de NASF-AB, que são as equipes multiprofissionais que hoje
1609 fazem um trabalho em todo Estado do Paraná, pra gente não falar dos outros estados que não nos
1610 pertencem neste momento, mas acho que dos trezentos e noventa e nove municípios nós temos
1611 equipes de NASF nos trezentos e noventa e nove municípios. E não ta contemplado explicitamente
1612 na portaria o financiamento das equipes como é hoje. Tudo bem que a gente sabe que o valor do
1613 financiamento do Ministério da Saúde pra uma equipe de NASF não é condizente com a
1614 necessidade dos municípios, o valor é bem pequeno perto da demanda de custeio dessas equipes
1615 porque não é só a questão salarial, mas também a questão da condição pro trabalhador desenvolver
1616 as ações, principalmente de promoção e prevenção em saúde, e essa portaria não deixa isso
1617 contemplado. Eu conversei com alguns secretários municipais que tem NASF, pela fala dos
1618 secretários é que se vai manter o trabalho, não vai se acabar, até porque os servidores já estão
1619 contratados, grande maioria concursados, porém da onde ele vai tirar recurso pra custear tudo isso?
1620 Essa é uma questão que a gente precisa discutir, precisa debater e acho que é importante o
1621 Conselho tomar um posicionamento nesse momento e deixar claro que, não é que o Conselho
1622 Estadual é contra toda a portaria, a gente é contra a forma que foi feito sem um estudo que nem já
1623 foi feito pelo COSEMS São Paulo e pelo COSEMS do Rio, que se o financiamento for pra reduzir aí
1624 claro que todo mundo vai ser contra o teor da portaria. Agora se mostrar que o investimento vai no
1625 mínimo se manter inicialmente e posteriormente vir a aumentar, o que a gente acha que vai ser
1626 muito difícil com o congelamento, com a PEC noventa e cinco ainda em vigência. Então acho que a
1627 gente precisa ter um posicionamento pra que o Ministério realmente faça a discussão com as bases,
1628 apresente dados que comprovem como vai ficar esse investimento e aí a gente tomar uma
1629 posicionamento. Somos totalmente contrário à portaria e ao desfinanciamento do SUS ou se nós
1630 vamos ser favoráveis, mas acho que esse momento, o encaminhamento que a Olga trouxe é
1631 pertinente pra discussão e deliberação deste Conselho. **Evaldo (CONAM)** Só um questão de
1632 sugestão de encaminhamento, Angelo, Olga, saber como está o posicionamento dos outros
1633 conselhos estaduais do restante da Federação, que uma coisa que nós aprendemos naquela oficina
1634 é que temos que unir forças. O Conselho Estadual aqui fazer o seu papel, notificando todos os seus
1635 conselhos municipais e eu não sei se seria através do Conselho Nacional ou através do Conselho
1636 Estadual, nós tentamos envolver o restante dos conselhos estaduais da Federação pra que todo
1637 mundo se posicione nesse momento. **Olga (SindSaude)** A gente pode incluir aqui nessa
1638 recomendação que vá para todos os conselhos estaduais de saúde sim, Viana. Obrigada. Vários
1639 conselhos já se manifestaram. **Rangel (FEHOSPAR)** Vamos só avançar então, senão não vai dar
1640 tempo. Pelo menos nós temos que vencer a pauta do MENPSUS. Todo mundo esclarecido? Tem
1641 alguma dúvida? Então, em processo de votação. Os favoráveis. Por contraste. Contrários.
1642 Abstenções. Então está aprovado o texto apresentado, por unanimidade, o texto apresentado pela
1643 conselheira Olga referente à resolução CES Paraná sobre a portaria dois nove sete nove barra dois
1644 mil e dezenove. Obrigada. O nono assunto, Mesa Estadual de Negociação Permanente do Sistema
1645 Único de Saúde do Paraná, MENPSUS Paraná. Osmar estará apresentando. **Osmar (MENPSUS)**

1646 Boa tarde aos senhores conselheiros, senhoras conselheiras, todos aqui presentes. Eu sou servidor
1647 público aposentado do Ministério da Saúde e também faço parte da Mesa Estadual de Negociação
1648 Permanente do SUS Paraná. Bom, nós estamos aqui pra fazer uma pequena, uma breve
1649 apresentação a respeito da Mesa porque nós acreditamos e todos os senhores e senhoras,
1650 conselheiros, tem conhecimento das Mesas. Nós temos a Mesa Nacional de Negociação
1651 Permanente do SUS e tem as Mesas Estaduais e também tem as Mesas Regionais, no Paraná por
1652 exemplo nós temos só a Mesa Estadual que foi criada no município de Curitiba e também acho que
1653 se não me engano em São José dos Pinhais, Mesas municipais; não sei se continuam em
1654 funcionamento. Osmar faz apresentação. **Schirley (SESA)** Boa tarde. Então, a gente vem dando
1655 continuidade ao trabalho da Mesa Diretora, a gente vem dando continuidade apesar de que a Mesa
1656 Diretora pela portaria que o colega mostrou aí, ela foi, a Mesa Nacional foi extinta. Então, uma vez
1657 extinta a Mesa Nacional, não que não haja possibilidade da continuidade à Mesa Estadual, mas
1658 talvez não no formato como estava posta uma vez que a portaria que regia a Mesa Estadual era a
1659 Nacional. Então, existe uma necessidade de reorganizar o processo. Como essa Mesa, pelo que eu,
1660 pelo que a gente compreendeu, nós todos lá do grupo, ela foi solicitada pelo Conselho a instituição
1661 do MENPSUS aqui no Paraná. A gente entende que quem coordena o processo é o Conselho, na
1662 verdade, as reuniões estão sendo realizadas no GRHS até pela proximidade do espaço físico, nós
1663 estamos fazendo as reuniões um dia antes sempre das reuniões do Conselho pra facilitar a vinda
1664 dos colegas que já vem talvez para serem delegados no Conselho. Nós temos feito, ouvido, aqui na
1665 SESA as informações trazidas pelos sindicatos; nós fazemos o que é possível pra nós, SESA,
1666 fazemos em relação às demandas que os sindicatos nos trazem, mas a gente não tem tido o
1667 Conselho efetivamente na reunião, inclusive o membro do Conselho na reunião da MENPSUS é o
1668 Secretário Executivo, que muitas das vezes não está conseguindo se fazer presente. Então a Mesa
1669 ta sendo, está esvaziada na questão da presença desse Conselho e de todos os outros membros
1670 também, né? Recentemente eu recebi uma informação, o Conselho aqui pediu pra todos os
1671 representantes enviarem os nomes dos seus representantes, a Secretaria de Estado mandou os
1672 nomes, então hoje posso dizer que faço parte do MENPSUS porque até então a gente estava
1673 organizando as reuniões e eu não fazia parte do MENPSUS, a gente fazia o que tinha que fazer
1674 porque nós não podemos deixar acabar um trabalho bacana como estava sendo feito, então a gente
1675 vinha dando continuidade ao trabalho. Não é função também do GRHS a coordenação desse
1676 processo, a gente é só membro do MENPSUS. Então, precisa aqui delinear que vocês do Conselho
1677 organizem o processo porque ele partiu daqui e é função desse Conselho fazer com que ele
1678 aconteça se é também do interesse do Conselho de que ele continue acontecendo. A gente, essa
1679 questão da nomeação dos novos representantes que foi feito, foi uma demanda do próprio
1680 MENPSUS, que a gente solicitou ao Conselho, o Conselho então encaminhou através da Secretaria
1681 Executiva as correspondências para os sindicatos que faziam parte, que fazem parte do MENPSUS.
1682 Também aqui dentro da SESA foi enviado um ofício também pro nosso Secretário pra que ele
1683 nominasse as pessoas. Então nós estamos nesse pé hoje. É isso. **Rangel (FEHOSPAR)** Eu vou
1684 abrir as inscrições, então. **Edvaldo (CONAM)** Só a título de esclarecimento, no caso ali, eu não sei
1685 se passou meio rápido eu não consegui ver, o segmento usuários não é contemplado e se não é, o
1686 porquê que não tem a participação do segmento usuário. **Olga (SindSaude)** Só esclarecendo que a
1687 Mesa Nacional de Negociação do SUS, ela está com as atividades suspensas, ela não foi extinta.
1688 Então, o Ministério da Saúde inclusive informou publicamente que ta trabalhando na elaboração de
1689 uma nova portaria pra retomada das atividades da Mesa, de acordo com critério definido no artigo
1690 sexto do decreto nove sete cinco nove de onze de abril de dois mil dezenove. Com relação a
1691 participação, Osmar, na verdade, volta lá nos componentes por gentileza. Então, nós não tivemos a
1692 comunicação de ausência, o Osmar está pelo Siniprevs, né Osmar? Ah, de dois mil e doze. Não,
1693 tudo bem. Então é, acho que tem que renovar mesmo. Mas não tem a representação do Conselho
1694 Estadual de Saúde, essa é a retificação que eu faço, porque assim, não há nesta Mesa, Osmar, a

1695 representação do Conselho Estadual de Saúde, embora a Mesa de Negociação seja ligada a
1696 Conselho, o Conselho não tem nenhuma participação enquanto instituição na Mesa, são
1697 representantes de sindicatos e de conselhos representantes de trabalhadoras e trabalhadores, é
1698 isso. Então eu sugiro que novamente se encaminha a solicitação e da parte patronal, eu também
1699 estou sentindo a falta da parte dos consórcios. Você tem. Isso. Femipa, consórcios, consórcios de
1700 SAMU também, são dois consórcios, consórcio intermunicipal de saúde, consórcio de SAMU que
1701 algumas regiões tem, em outras o SAMU é ligado ao consórcio intermunicipal de saúde; a gente até
1702 pediu hoje uma atualização desse diagnóstico pra nós. Então é isso, ta faltando a entidade patronal
1703 ali também, mas de trabalhadores e trabalhadoras eu acho que é isso, sabe Viana? Que você
1704 colocou antes, eu não entendi que no decreto não tem a inclusão de usuários. Eu acho que não.
1705 **Osmar (MENPSUS)** É que assim, na verdade, a Mesa, quando do momento, no momento em que
1706 ela foi criada, é claro que tem umas questões que são constitucional, por exemplo, o Conselho em si
1707 constitucionalmente é de fato não participa. A Mesa ela ta ligada no Conselho, ela é como se fosse
1708 uma comissão do Conselho, mas quem participa são as entidades. Então. Exatamente. Ta no
1709 regimento interno, inclusive a questão, por exemplo, eu tava até vendo aqui no regimento interno
1710 aonde fala que a coordenação da Mesa de fato é da Secretaria Estadual de Saúde. Então, até o que
1711 a gente queria assim que esse Conselho ele observasse o regimento, se houver a necessidade de
1712 fazer algum adendo ou mudança, eu acho que deve e pode ser feito mas o que ta posto desde o
1713 princípio, até inclusive com base na Mesa Nacional de Negociação é que nos estados também são
1714 instaurada e instituída, enfim, de acordo com o regimento da Mesa Nacional, aí também o regimento
1715 das Mesas estaduais, enfim, municipais ou regionais, enfim. **Olga (SindSaude)** Também estou
1716 verificando ali que tem a falta dos trabalhadores do setor privado. Não tem representação ali,
1717 nenhuma. Então é importante acho que a gente vai ter que. **Rangel (FEHOSPAR)** FEHOSPAR.
1718 **Olga (SindSaude)** FEHOSPAR é patronal. Eu to falando dos sindicatos dos trabalhadores privados.
1719 **Rangel (FEHOSPAR)** Perdão. Entendi. **Olga (SindSaude)** Então nesse sentido, eu acho que era
1720 importante a gente fazer a reformulação mesmo. Se o regimento permite a gente fazer essa
1721 reformulação, eu proponho que na próxima reunião do Conselho a gente volte com propostas para
1722 reformulação dessa Mesa de Negociação, pode ser? **Osmar (MENPSUS)** Eu to aqui dizendo
1723 relacionado a essa formação aí da Mesa e as entidades que estão aí presentes, foram as entidades
1724 que estavam presentes naquele momento e que reivindicou a participação na Mesa, inclusive
1725 naquele momento houve o desejo, até inclusive no primeiro momento que participou os conselhos
1726 profissionais, como CRM e outros conselhos, mas depois a Mesa Nacional disse que esses
1727 conselhos profissionais não poderiam participar, eles deveriam fiscalizar e não participar. Isso. E aí
1728 então, a representante da Mesa Nacional esteve aqui em Curitiba e a gente conversou e tal,
1729 inclusive eles a partir ali então, eles saíram e continuou nas suas atividades. Então, acho que esse
1730 Conselho tem que observar mesmo o nosso requerimento e ver a possibilidade e viabilidade de fazer
1731 as devidas mudanças se for o caso. Mas que a gente não queria que te fato, como a colega Olga
1732 disse, que a Mesa Nacional ela não foi extinta, tem ali a lei do Presidente, mas ela foi suspensa.
1733 Então, até porque ele deve querer moldar do jeito dele. **Schirley (SESA)** Então colegas, na verdade
1734 quando eu entrei no GRHS, que eu fiquei sabendo que a gente deveria dar continuidade eu pedi a
1735 este Conselho que nos balizasse com relação às normativas, a organização do MENPSUS e recebi
1736 a documentação do Conselho, incluindo aqui a resolução CES Paraná zero zero cinco de dois mil e
1737 doze que aprova o regimento interno da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS Paraná
1738 – MENPSUS. E nesta, no início do regimento interno diz o seguinte, a Mesa Estadual de Negociação
1739 Permanente do SUS – MENPSUS Paraná instituída e vinculada ao Conselho Estadual de Saúde
1740 mediante a resolução do Conselho zero vinte e quatro de dois mil e oito de vinte e nove de outubro
1741 de dois mil e oito publicado no diário oficial do Estado de sete oito quatro cinco de sete de novembro
1742 de dois mil e oito, tem por objetivo estabelecer um fórum permanente de negociação entre os
1743 empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado do Paraná sobre

1744 todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. Bom, além disso, na página três, tema a
1745 constituição do MENSPSUS, cláusula quinta, Mesa Estadual de Negociação do SUS – MENPSUS é
1746 constituída por gestores públicos, gestores de serviços privados, conveniados ou contratados do
1747 SUS, entidades sindicais estaduais, representatividade de trabalhadores garantindo-se a paridade;
1748 integram a Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS Paraná a Secretaria de Estado da
1749 Saúde, Administração, Ciência e Tecnologia, Planejamento e Coordenação, Núcleo Estadual do
1750 Ministério da Saúde, Conselho Estadual de Secretários Municipais – COSEMS, entidade patronal do
1751 setor privado da saúde com duas representações, sindicato dos trabalhadores e serviços públicos
1752 estaduais dos serviços de saúde – SindSaude, Conselho Regional de Enfermagem – COREN,
1753 sindicato dos médicos, outros sindicatos de trabalhadores da saúde no âmbito estadual com uma
1754 representação, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Farmácia, FESSMUC,
1755 Conselho Regional de Medicina Veterinária, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
1756 Ocupacional, Conselho Regional de Assistência Social. Então, ele ta bem organizadinho o processo,
1757 eu acho que falta esse Conselho conhecer um pouco mais porque as demandas desse Conselho
1758 são altíssimas, a gente entende, conhecer um pouquinho mais sobre a legislação e a forma como
1759 este mesmo Conselho desenhou a Mesa Estadual de Negociação SUS do Paraná. Aí, a partir daí eu
1760 creio que uma vez o Conselho conhecendo um pouco mais sobre isso, a gente possa então voltar a
1761 discutir de que forma a gente deve continuar levando essa atividade. Eu entendo assim, que a gente
1762 não pode encerrar neste momento as atividades, eu entendo assim, não sei se o Conselho vai
1763 concordar, porque é uma atividade que vem sendo elaborada e nós temos inclusive, vamos fechar o
1764 ano sem cumprir a meta que são dez reuniões no ano, nós estamos fazendo o que é possível mas
1765 nós tínhamos que fazer dez reuniões, acho que nós fechamos em sete, né colega? Enfim, nós
1766 estamos fazendo o que é possível pra que a gente não extinga ela definitivamente mas eu gostaria
1767 muito que o Conselho conhecesse um pouco mais sobre isso e depois disso voltasse a nos chamar
1768 pra gente poder discutir eventualmente alguma mudança que vocês entendam necessários. **Rangel**
1769 **(FEHOSPAR)** Schirley, agradeço aí sua contribuição. Aproveitando da sua fala aí, nós estava até
1770 discutindo aqui, conversando com a Olga, com o Angelo, dentro dessa proposta, viu Olga? Se assim
1771 você permitir, a gente então pautar na comissão da CIST e RH, porque daí já faz esse
1772 aprofundamento e traz pro Pleno o que podemos fazer durante essa análise aí, rediscussão, não sei
1773 como que vai ser encaminhado. É convocar as instituições, fazer uma ação à parte, fazer uma
1774 convocação, porque eles não estão participando, então lembrar eles que eles tem que participar
1775 enquanto isso vocês trabalham nas comissões. Pode ser assim? Então vamos encaminhar. Pois
1776 não? **Jhulie (CRN)** Inclusive pro ano que vem a nova gestão está vindo com outras categorias de
1777 trabalhadores que ainda não estão no Conselho. Acho que a gente precisa até repensar como que
1778 vai ser posto isso. **Rangel (FEHOSPAR)** Vamos encaminhar assim, acredito que não deva terminar
1779 essa discussão agora em dezembro, provavelmente vai levar aí umas duas, não sei Olga na sua
1780 experiência, aí pelo menos umas duas reuniões aí de discussão, então eu vejo isso daqui lá pra
1781 março, já ta entrando nova gestão de Conselho, nova Mesa Diretora, provavelmente mais alguns
1782 membros aí entrando na comissão também, ta bom? Então vamos encaminhar dessa forma, ta ok?
1783 Osmar, muito obrigado. Obrigado mesmo. Peço desculpas aí por demorar. E, Schirley, muito
1784 obrigado por nos cutucar. Precisa, né? Obrigado mesmo. É dessa forma que a gente avança, as
1785 pessoas identificando algumas necessidades e trazendo demanda. Obrigado. Falta cinco minutos
1786 pra terminar a nossa reunião. Operação verão, nós vamos ter que deixar pro próximo mês e relatório
1787 quadrimestral da FUNEAS também. As comissões tem alguma com urgência? Porque assim ó, ta as
1788 comissões inscritas orçamento, educação permanente, saúde do trabalhador e vigilância DST/AIDS.
1789 Vamos fazer o seguinte, vamos aprovar então uns dez minutinhos de prorrogação, acho que dá pra
1790 gente matar em quinze minutos, pode ser? Então, dez minutos aí de prorrogação, processo de
1791 votação. Os favoráveis. Por contraste. Contrários. Abstenções. Aprovado. Comissão de orçamento.
1792 **Angelo (CONAM)** Nós tivemos apresentação de uma demanda que nós já vínhamos pedido a algum

1793 tempo desde o início, que foi a presença da Secretaria da Fazenda do Estado aonde ele veio fazer
1794 algumas explicações sobre a desvinculação das receitas, sobre a DREM e houve assim algumas
1795 discussões, alguns parâmetros e ficou formado lá uma comissão composta pela conselheira Olga e o
1796 conselheiros Hermes da UEM para que juntos com a Fazenda no dia nove de dezembro às quatorze
1797 horas, uma reunião lá na Secretaria de Fazenda pra chegarem a um, ter um argumento, de ver como
1798 é que pode-se fazer pra não sobrecair a retenção da DREM nos recursos enviados para os hospitais
1799 universitários. Então, já ficou agendado já com o senhor o qual esteve presente, João Giona, já ficou
1800 acertado então tem o encaminhamento aqui que pra Secretaria Executiva pra que a possibilidade de
1801 providenciar a passagem do conselheiro Hermes de Maringá para esta reunião no dia nove do doze.
1802 As demais aqui seriam sugestões que a conselheira já, a conselheira Olga já falou. Seria essa
1803 resolução da vinte e nove sete nove e falar sobre a oficina da qual nós participamos, aqueles que
1804 não participaram perderam uma grande oportunidade de ter maior conhecimento a respeito, mas que
1805 fica pra uma próxima. Era essa a minha posição. **Hermes (HU-UEM)** Só complementando, a DREM
1806 não é só sobre os recursos dos hospitais universitários. Ela tem retenção sobre recurso do Fundo
1807 Estadual de Saúde também. **Livaldo (MOPS)** Beleza, mais alguém? Então, a comissão de
1808 orçamento apresentou o seu relatório, tranquilo. Educação permanente. **Rita (HU-UJEL)** Da nossa
1809 reunião, a gente só vai colocar duas coisas aqui pra gente discutir pra que seja trazido pra Mesa, é
1810 que já foi solicitado outrora assessoria jurídica pra atuação exclusiva no CES, bem como assessor
1811 de comunicação porque a gente não pode ficar refém de um profissional da SESA e a
1812 disponibilidade dele. E, a gente precisa disso porque o próprio Ministério Público tem cobrado
1813 algumas coisas da questão transparência no portal do Conselho e etc. A segunda coisa é que eu fui
1814 representar o Conselho em duas atividades, numa atividade em Brasília no qual foram selecionados
1815 cinco cidades nas cinco regiões do Brasil, São José dos Pinhais foi a cidade escolhida no Paraná e a
1816 comissão de educação permanente do Conselho mais a SESA mais a Escola de Governo foram
1817 junto com o pessoal lá de São José pra Brasília pra discutir o programa piloto do Governo da
1818 intersectorialidade na discussão da violência. Então, é o programa enfrente Brasil é uma coisa que a
1819 gente ta tocando em educação permanente. E a segunda é que fui no Rio de Janeiro numa reunião
1820 convocada pelos, coordenadores de comissão de educação permanente, no qual foi feito o relato da
1821 primeira fase da capacitação de conselheiros, aquela capacitação nacional que aconteceu por meio
1822 da comissão de educação permanente do Conselho Nacional de Saúde e que eles apresentaram
1823 também nessa reunião a segunda fase, no qual eles planejaram de acordo com a população e o
1824 número de municípios, um número de oficinas. Então, serão cinco oficinas no Paraná, uma pra
1825 acontecer em abril, duas em junho e duas em julho no Paraná. Então a gente discutiu ontem na
1826 comissão e achou pertinente a data e a gente vai bater o martelo com essa comissão. São essas as
1827 informações da comissão de educação permanente. **Livaldo (MOPS)** Muito bem, Rita. **Rangel**
1828 **(FEHOSPAR)** Saúde do trabalhador. **Olga (SindSaude)** Nós temos avançado no processo de
1829 diagnóstico de situação da saúde do trabalhador e ontem a gente entendeu que precisa ter enviado,
1830 ter sido enviado, o Conselho Municipal de Saúde e Cascavel uma solicitação pra participar no Pleno
1831 do CES de dezembro porque a gente entende que o Conselho Estadual de Saúde precisa conhecer
1832 qual que é o trabalho e como que a gente pode fazer a junção do trabalho da saúde do trabalhador
1833 na atenção primária em saúde, nas unidades básicas de saúde. E, Cascavel tem um trabalho
1834 bastante importante e vai passar aqui pra nós essa experiência pra que a gente possa discutir lá nas
1835 nossas regiões sobre como fazer. Ele é da equipe de vigilância em saúde do trabalhador do
1836 município de Cascavel, é Vano o nome dele gente? Acho que é Vano. Depois eu passo o nome dele
1837 certinho. E aí a gente manda o convite pro Conselho Municipal de Saúde solicitando a participação
1838 dele aqui no Pleno de dezembro pra poder expor o programa de saúde do trabalhador que eles tem
1839 lá e que eles fazem um trabalho nas unidades, isso tem melhorado o diagnóstico e o envolvimento
1840 da vigilância em saúde com a atenção que é uma luta que a gente tem a muitos anos pra que isso
1841 aconteça. E a outra, é convidar doutora Margarete de Mattos do Ministério Público Federal do

1842 Trabalho do Paraná pra apresentar o PROERA e a questão da pulverização de venenos,
1843 pulverização aérea de venenos. A gente fez a discussão lá na comissão de saúde do trabalhador
1844 com relação ao aumento substantivo do número de casos de câncer e de intoxicações e suicídio,
1845 então a gente entendeu que deveria voltar a carga na discussão desse programa de redução de uso
1846 de agrotóxicos no Estado do Paraná. Então é isso. **Rangel (FEHOSPAR)** Comissão de Vigilância.
1847 **Custodio (Famopar)** A Olga já antecipou, porque aqui tem um pedido que nós faz a reunião todo
1848 mês em conjunto, vigilância e saúde do trabalhador, e a Olga fez um pedido pra que a coordenadora
1849 do fórum para uma explanação e que se faça um documento para o PROERA. Então, eu vou deixar
1850 pra Olga complementar e o Paulo também. **Paulo (CRF)** Sobre a questão do ponto de pauta
1851 permanente PVASPEA, eu coloquei a importância da atenção primária fazendo exposição pelo
1852 menos lá na comissão sobre a ficha de rastreio da população exposta ao agrotóxico, que foi
1853 executada em cinquenta e três municípios, que se verificou um número considerável da população
1854 com sintomas ou com problemas de saúde em função da exposição, mas que agora está numa
1855 discussão de qual encaminhamento vai ser dado pra essa população. Então é importante que a
1856 atenção primária vá conversar lá com a gente, pra gente fazer uma discussão sobre qual que vai ser
1857 o encaminhamento, porque não adianta nada fazer o rastreio da população e depois não saber o que
1858 vai fazer com aquela população. Essa é uma questão. A outra é colocar, a questão da segunda
1859 regional de saúde, o GT regional da segunda regional que a gente já tem colocado aqui umas três
1860 reuniões, até agora esse GT não se efetivou, pelo menos ele não voltou com suas atividades e
1861 lembrando que a região metropolitana é região que tem o maior número de intoxicações no Paraná,
1862 de agrotóxicos. Então é por isso que é importante a reativação desse GT. Então, a gente até colocou
1863 e reitera aqui de novo e colocamos que se pra, no mês que vem esse GT não tiver reativado a gente
1864 traz aqui uma proposta de encaminhar um documento pro Ministério Público caso a SESA não se
1865 agilize de ativar esse GT lá. E uma outra coisa que pontuar, que a gente tinha pedido LACEN fazer
1866 uma fala sobre a ação do LACEN no plano, que a ação do LACEN está extremamente pequena e
1867 não apareceu ninguém do LACEN lá pra falar isso. Então é importante que a SESA e o GT
1868 agrotóxico da SESA verifique os encaminhamentos que a comissão de vigilância tem dado para
1869 explanação desse GT. E a gente, eu coloquei lá também a importância da participação da gestão da
1870 SESA, principalmente da questão dos coordenadores, um ou outro, esteja lá pra verificar o que está
1871 sendo debatido porque às vezes as chefias de divisão acabam não dando conta do encaminhamento
1872 que é colocado lá nas discussões. Seria isso aí. **Marcelo (CREF9)** Só uma parte, Paulo. Já tem uma
1873 previsão de pauta pra dezembro que a gente não conseguiu pautar para esse mês de novembro
1874 porque era a questão dos venenos utilizados na agricultura do Paraná, que era uma pauta que já
1875 havia solicitado, acho que contempla em partes a tua sugestão. Então acho que essa solicitação
1876 dessa pauta, até pro Pleno, já ta garantida. A conselheira Olga coloca duas situações de inclusão de
1877 itens de pauta pra dezembro, não sei se vai conseguir ser garantido isso, inclusão de pauta mais pra
1878 dezembro porque eu já tenho anotado pelo menos nove, já temos uma previsão inicial de nove itens
1879 de pauta pra dezembro. Porque a gente fica na reunião, não aprova um documento, fica, não aprova,
1880 fica. É. Ou a gente começar a ser mais deliberativo na nossa reunião. Mas aí a Mesa vai se reunir
1881 daqui a pouco, vai discutir a questão dos itens de pauta, não sei se chegou mais algum item das
1882 comissões também. **Paulo (CRF)** Só pra esclarecer. Eu não estou pedindo pauta pro Pleno, na
1883 verdade que alguém da atenção primária fosse conversar lá na comissão. Mas se; agora que você ta
1884 me informando que vai ter essa discussão aqui, então eu acho que vai contemplar de certa forma.
1885 **Marcelo (CREF9)** É que já tinha sido pedido uma pauta para o Pleno desse assunto, então daí só
1886 pra dar um retorno. **Paulo (CRF)** Perfeito. Fazer a cobrança também no Pleno da questão da
1887 segunda regional. Obrigado. **Rangel (FEHOSPAR)** Bom, então, acho que vencemos todas as
1888 comissões, fechou já? Vencemos o dia. Ficaram dois assuntos aqui já para dezembro que é
1889 operação verão e relatório quadrimestral da FUNEAS. Então, vamos encerrar. Agradeço aí a todos,
1890 hoje foi um dia realmente muito produtivo, muito bom. Peço desculpa por não ter vindo nos outros

1891 dois dias, que eu realmente por problemas pessoais e profissionais e, hoje cedo atrasei por causa da
1892 questão do voo. Desejo um ótimo retorno pra casa de cada um. Um beijo aí no coração dos
1893 familiares. Ótima viagem pra quem vai viajar e bom descanso. Um abraço. O áudio desta reunião
1894 está disponível para consulta na Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Paraná –
1895 CES/PR, bem como as apresentações feitas nesta reunião estão disponibilizadas no *site* do CES/PR
1896 (www.conselho.saude.pr.gov.br).