

- 1 **Data: 20 de fevereiro de 2020.**
- 2 **Horário: 08h30 às 16h30.**
- 3 **Local: Hotel Caravelle**
- 4 **Conselheiros membros – Gestão 2016-2019**

	Nome		Condição	Órgãos, Entidades e Instituições.
	Gestores			
1	Katya Rafaella Teixeira Carvalho	Ausente	Titular	COSEMS
	Grasiela Pomini	Ausente	Suplente	COSEMS
2	Nestor Werner Junior	Presente	Titular	SESA
	Maria Goretti David Lopes	Presente	Suplente	SESA
3	Joelma Aparecida de Oliveira	Presente	Titular	Fundo Estadual de Saúde
	Any Elly Pavan Mezzomo	Justificativa	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	Presente	Suplente	FEHOSPAR
7	Maria Aparecida Bertoni Cardoso	Justificativa	Titular	FEMIPA
	Rosita Márcia Wilner	Presente	Suplente	FEMIPA
8	Hermes de Souza Barboza	Presente	Titular	UEM
	Evaldo Pereira Lopes	Presente	Suplente	UEM
9	Rita de Cássia Domansky	Justificativa	Titular	UEL
	Vivian Biazon El Reda Feijó	Presente	Suplente	UEL
	Profissionais de Saúde		Condição	Entidade
10	Fabio Stahlschmidt	Presente	Titular	CRF
	Paulo Costa Santana	Presente	Suplente	CRF
11	Graciele de Pintor	Presente	Titular	SINDIFAR
	Nilson Hideki Nishida	Justificativa	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	Ausente	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	Ausente	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	Presente	Titular	UGT
	Lidmar José Araujo	Justificativa	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	Presente	Suplente	MOPS
24	Amauri Ferreira Lopes	Presente	Titular	ANEPS
	Carmen do Rocio Costa da Silva	Justificativa	Suplente	ANEPS
25	Amaury Cesar Alexandrino	Justificativa	Titular	DEFIPAR
	Ricardo Vilarinho da Costa	Ausente	Suplente	DEFIPAR
26	João Maria Ferrari Chagas	Justificativa	Titular	IBDa
	Gabriel Ladeira dos Santos	Justificativa	Suplente	IBDa
27	Custodio Rodrigues do Amaral	Presente	Titular	FAMOPAR
	Joarez Camargo	Presente	Suplente	FAMOPAR
28	Angelo Barreiros	Presente	Titular	CONAM
	Selma Maria Assis Gonçalves	Justificativa	Suplente	CONAM
29	Livia Diniz Lopes Sola	Presente	Titular	FECAMPAR
	Aparecido Rubio de Araujo	Justificativa	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	Presente	Titular	Pastoral da Criança
	Avila Maria Garrett Savi de Andrade	Justificativa	Suplente	Pastoral da Criança
32	Amelia do Nascimento Magrinelli	Presente	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

2.1.1 Assuntos para Deliberação e Discussão Temática

Encaminhamentos Mesa Diretora:

Justificativas

Leitura de Expedientes

Informes da Mesa Diretora

Pauta Única: Plano Estadual de Saúde – PES 2020/2023.

- 8 **3. Informes**

3.1 Informes Gerais.

9

10 **(F1) Rangel (FEHOSPAR)** Bom dia a todas e a todos. Vamos tomar seus lugares pra darmos início
11 à primeira reunião extraordinária do CES, do ano de dois mil e vinte. Mauricio, por favor, conferir o
12 quorum. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Bom dia, conselheiros, conselheiras. Por gentileza
13 mantenham seus crachás erguidos para contagem de quorum. Vinte e nove. Quorum adequado.
14 **Rangel (FEHOSPAR)** Vinte e nove, quorum adequado. Eu só gostaria de fazer aqui. Ontem, eu
15 agradei tanto a todos aí e esqueci de uma pessoa, que normalmente, uma das pessoas mais
16 importantes para gente aqui de apoio, que é o pessoal do som, o Juninho ali representando, ta,
17 desculpa, Juninho, mesmo. Toda gravação, então o áudio da reunião, se consegue fazer o trabalho
18 da ata é porque ele faz um excelente trabalho ali. Obrigado e desculpe. Eu vou pedir aos
19 conselheiros e conselheiras, o doutor João Campos ele está aqui hoje. O doutor João Campos é
20 presidente do INESCO e coordenador do Congresso Paranaense de Saúde Pública Coletiva e eu
21 vou abrir pra ele, se assim vocês permitirem, pra ele falar um pouquinho do quinto Congresso que
22 vai ser realizado de quinze a dezessete de julho desse ano em Londrina. Doutor João, por favor.
23 **João Campos (INESCO)** Bom dia, gente. Agradeço ao Rangel essa oportunidade e para nós do
24 INESCO é uma satisfação muito grande porque desde que nós retomamos o trabalho da
25 organização dos congressos paranaenses de saúde pública, lembrando que o primeiro foi em
26 Londrina no ano dois mil e o segundo só foi acontecer quatorze anos depois no centro de
27 convenções de Curitiba e de lá pra cá a gente tem tido uma parceria muito grande com o Conselho
28 Estadual de Saúde, que teve presente em todos os nossos eventos. A gente fez o terceiro em
29 Matinhos em dois mil e dezesseis e fizemos o quarto lá na PUC, no Prado Velho, em dois mil e
30 dezoito. Então, foi distribuído pra vocês que chegaram, esse *folder* que ta, quem não recebeu, ainda,
31 o Mauricio pode me ajudar aí na distribuição. A gente fez um pequeno cartaz também pra divulgação
32 e agora nós estamos modernos tecnologicamente porque a gente adotou o tal do código QR Code
33 aqui, então, quem tiver um celular e apontar pra esse negocinho aqui, vocês podem baixar o
34 aplicativo no seu celular e ter acesso a toda programação, fazer inscrição, mandar trabalho, etc.
35 Mas, o que eu queria destacar é que na programação, um das atividades importantes que a gente
36 tem sempre são os minicursos e, nessa programação a gente tem o curso vinte e um sobre
37 formação e educação permanente dos conselheiros de saúde que ta aqui o ex-presidente do
38 Conselho, o Antonio Garcez Neto, e que muito provavelmente vai estar entrando em contato com o
39 Rangel, com a nova diretoria do Conselho pra estarem alinhavando. A Joelma que era lá da décima
40 sétima vai estar viajando na época do nosso congresso, não vai poder estar com a gente, mas enfim,
41 toda equipe da décima sétima regional de Londrina ta integrada na comissão organizadora junto com
42 o pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Então, pra nós é uma satisfação muito

43 grande, esse evento vai acontecer de quinze a dezessete de julho, ali no campus da UNIFIL que é
44 um local bem central. O tema central do evento é cuidado em saúde a serviço da vida e a gente tem
45 aqui toda uma programação pra esse evento, a começar aqui pela conferência número um sobre, do
46 cuidado pobre ao cuidado certo, novo movimento pra qualificar o SUS e logo na sequência as
47 possibilidades e caminhos do SUS, uma conferência do professor Nelson Rodrigues dos Santos,
48 coordenada pelo nosso Secretário Estadual de Saúde, o doutor Beto Preto, e com uma temática
49 bastante atual que o Nelsão vai estar trazendo pra gente, que inclusive ta na discussão de vocês
50 aqui, que é justamente a questão da tríade, as Als, a regionalização e os direitos constitucionais qual
51 o seu papel nos eixos estratégicos nacional, estadual e municipal nos trinta anos do SUS. Então, eu
52 tenho certeza que não só esses, mas a gente tem vinte e cinco atividades que vão estar sendo
53 desenvolvidas nos três dias do evento, são bastante estratégicas; tem trinta opções além dessa
54 opção vinte e um do minicurso de educação dos conselheiros. Outros minicursos muito
55 interessantes, como gestão e liderança em saúde, desafios da formação e da sustentação, professor
56 Gonçalo Vecina Neto, tem vários outros temas muitos interessantes. A gente vai ter a presença de
57 três convidados internacionais, de Portugal, que vão estar trazendo uma discussão muito atual da
58 questão da rede de cuidados integrados e cuidados paliativos, que eu acho um pouco elo perdido da
59 reforma sanitária que a gente ta tentando recuperar na perspectiva de construir políticas municipais
60 para terceira idade, não só na perspectiva da rede integrada de cuidados mas também dos cuidados
61 paliativos. A gente, ta confirmada aqui uma, um painel sobre Hospice, hospedaria e as internações
62 de longa permanência, novos termos e novas experiências com a doutora Clarice Yamanouchi que é
63 aqui primeiro hospital com Hospice do Erasto Gaertner e também a doutora Dalva Matsumoto que é
64 do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo que também tem uma experiência muito
65 interessante coordenada pela professora Ana Malik. Enfim, estamos tentando trazer de diferentes
66 ângulos, um enfermeiro muito interessante, Julio Veríssimo falando sobre a experiência de Portugal
67 sobre a hospitalização domiciliar e a doutora Ana Jorge que vai estar falando especificamente sobre
68 cuidados continuados integrados e paliativos em Portugal, necessidades e oportunidades que é uma
69 realidade que já está se colocando de uma maneira muito presente. E, aproveitando a chegada do
70 doutor Abreu, nosso diretor lá da primeira regional, que vai estar me ajudando aí no contato da
71 doutora Yan Yong Yen, médica infectologista do Hospital das Clínicas da USP, que foi buscar os
72 brasileiros lá na China e que a gente também vai estar convidando pra vir fazer uma conferência
73 sobre o coronavírus que me parece também ser um assunto estratégico e que deve entrar na nossa
74 pauta da discussão da saúde pública. Então, queria reforçar o convite pra todos vocês e também
75 dizer uma coisa muito significativa pros conselheiros, que do nosso ponto de vista da comissão
76 organizadora a gente ta dando igual e articulada prioridade às duas mostras, não só as experiências
77 bem sucedidas de funcionamento do SUS, que a gente chamou de relatos de experiência, como as
78 pesquisas para o SUS e todas essas atividades estarão concorrendo ao quinto prêmio nova saúde
79 Paraná. Então, agradecer muito particularmente o apoio da SESA, que é co-promotora do evento e
80 que se vocês olharem nitidamente nessa programação, ela representa em torno de trinta por cento
81 de todas atividades que estão previstas, como também a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
82 e a UNIFIL onde será realizado o evento. E acabei de conversar aqui com o pessoal que ta
83 representando o Ministério da Saúde, que é uma parceria que a gente espera que evolua ainda
84 bastante até o evento, mas a gente já tem confirmada a presença do ministro Mandetta na seção de
85 abertura fazendo a conferência magna do congresso. Então, resumidamente é isso, muito obrigado
86 Rangel, um abraço. **Rangel (FEHOSPAR)** Doutor João Campos, a gente que agradece, todo
87 carinho, a lembrança, do Conselho Estadual de Saúde. Desejo sucesso, como todo sempre aí, todo
88 evento que vocês fazem realmente é um grande sucesso. Parabéns pela iniciativa. Vamos dar
89 continuidade então à nossa reunião extraordinária. Aprovação da pauta, hoje pauta única, plano
90 estadual de saúde, PES dois mil e vinte dois mil e vinte e três. Em processo de votação. Os
91 favoráveis. Por contraste. Contrários. Abstenção. Então, aprovado por unanimidade. Plano estadual

92 de saúde, PES dois mil e vinte dois mil e vinte e três, com a palavra o Nestor, diretor geral da SESA.
93 Perdão. Mauricio, justificativas, por favor. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Bom dia, conselheiros e
94 conselheiras, fazendo então as justificativas para esta reunião. Manoel Rodrigues do Amaral, Maria
95 Aparecida Bertoni Cardoso, João Maria Ferrari Chagas, Amaury Alexandrino e Lidmar Jose Araujo.
96 Para esta reunião também não tivemos nenhuma substituição. **Fabio (CRF)** Informes da Mesa. É
97 apenas sobre o horário da van, que sairá hoje do hotel Caravelle para a rodoviária e daí aeroporto,
98 às dezesseis e trinta. Só este informe da Mesa. **Rangel (FEHOSPAR)** Então, pauta única, plano
99 estadual de saúde, PES dois mil e vinte dois mil e vinte e três. O plano estadual foi encaminhado a
100 todos os conselheiros no dia dezoito de doze. É. Dezoito ou dezoito de doze, se não estou
101 enganado. Dezesete? Isso, Marcia? Foi o dia da reunião do Pleno, ta? E, foi dado o prazo até o dia
102 sete de dois, então sete de fevereiro, estendido até o dia dez de dois foi aceito, ta? Isso deu
103 cinquenta e três dias para os conselheiros e conselheiras avaliarem o PES e mandarem sugestões
104 para, é, crítica, o que precisasse, ta? Em relação ao PES, para que a gestão analisasse e enfim,
105 acatar ou não e trouxesse aqui pra gente, pra conversar. Então, foram enviadas algumas sugestões,
106 algumas críticas, alguns ajustes, pedidos de ajustes; a SESA acolheu, o Nestor vai apresentar aquilo
107 que foi acolhido, isso né Nestor? Isso. As áreas técnicas estão aqui, se tiver alguma dúvida em
108 relação do que foi enviado e que foi ajustado, a equipe está aqui pra responder. Então eu vou passar
109 a palavra para o Nestor, que é o diretor geral da SESA e fará os apontamentos. **Nestor (SESA)**
110 Bom, bom dia a todos, bom dia a todas. Com muito prazer a gente ta aqui nessa reunião
111 extraordinária do Conselho pra gente poder colocar a efetiva participação do controle social na
112 discussão de um plano estadual de saúde na mão de todos os nossos conselheiros. Vou lembrar
113 só um pouquinho daquilo que o Rangel tava colocando, que o nosso presidente tava colocando,
114 lembra de como que foi a construção do processo até a gente poder chegar aqui porque isso é
115 importante na hora de a gente ter a perspectiva da análise do plano como um todo. No mês de
116 agosto do ano passado, se não me engano, não me lembro se foi julho ou se foi agosto, na reunião
117 do Pleno de julho ou de agosto, a Secretaria de Saúde trouxe a proposta para o Pleno de que nós
118 pudéssemos fazer de um jeito um pouco diferente a provação do plano estadual de saúde nessa
119 nossa iniciativa propondo um calendário, um cronograma de trabalho, na qual a construção do plano
120 do ponto de vista da Secretaria se daria até o dia dezoito de dezembro e na reunião mensal do
121 Conselho do mês de dezembro nós apresentaríamos o plano e deixaríamos o plano num período pra
122 que todos os conselheiros, todas as entidades pudessem participar, debater, pudessem ir ao
123 encontro de suas bases, pudessem escutar aquilo que todo mundo, de cada entidade, pudesse ter
124 de contribuição, de sugestão, de crítica, de supressão, às propostas que a Secretaria estava
125 apresentando enquanto plano estadual de saúde. E, pactuamos isso naquele mês na reunião senão
126 me engano de agosto, esse calendário. No mês de dezembro viemos aqui, nesta mesma sala, no dia
127 dezoito de dezembro se não me engano, dia dezoito ou dia vinte, eu não vou me lembrar, dia
128 dezoito, Marcia obrigado, e apresentamos principalmente as ações, diretrizes, metas, objetivos e a
129 nossas ações para o plano no quadriênio dois mil e vinte dois mil e vinte e três, deixando a versão
130 preliminar, obviamente, porque é passível de ser ajustada conforme o Conselho decidir, para que
131 todos pudessem então fazer essas contribuições. E, diante disso, a gente abriu um prazo, conforme
132 o Rangel disse. Nós combinamos um prazo até dia sete de fevereiro, estendemos até o dia dez
133 porque entre sexta, receber da Secretaria Executiva as propostas até o fim do dia sete e a Secretaria
134 Executiva poder repassar pra nós na segunda-feira dia dez a gente acabou acatando as propostas
135 que vieram no dia dez, sem problema nenhum. Então foram cinquenta e três dias de prazo pra que
136 todo mundo pudesse analisar, criticar, sugerir, enfim, pudesse participar no que a gente entende
137 como verdadeira participação do controle, todo mundo teve tempo hábil aí, cinquenta e três dias pra
138 fazer essa discussão. E nós recebemos, aqui ta na tela, dois encaminhamentos, dois memorandos
139 da Secretaria Executiva do Conselho com as propostas, com as sugestões, com as manifestações
140 dos conselheiros. Então, na primeira, no primeiro memorando nós recebemos as contribuições da

141 Andréia Baltazar Dias, representante da Federação das Entidades de Portadores de Deficiência
142 Física, da DEFIPAR; do Paulo Costa Santana do CRF e do João Eduardo de Azevedo Vieira do
143 CREFITO8. Na segunda-feira, conforme eu expliquei, o prazo findava no dia sete, mas a Secretaria
144 Executiva encaminhou no dia dez, não tem problema nenhum, as contribuições da Ana Cristina do
145 SindSaude. E, são esses dois memorandos de encaminhamento que nós recebemos. Nós temos na
146 sequência os originais, caso os conselheiros queiram, fiquem à disposição para examinar o que foi
147 mandado, não tem problema, mas nós fizemos um compilado que fica mais fácil de enxergar em
148 tabela, em Excel, com as propostas que foram colocadas. Então nós dividimos nas colunas, o
149 conselheiro, de onde veio, a entidade, a proposta e a justificativa que ele deu no envio dessas
150 colocações, dessas sugestões, dessas contribuições, para a construção do plano. Eu vou passar
151 todas, porque acho pertinente, a gente combinou que seria assim, né? E a gente entende que
152 colocadas essas questões, as áreas técnicas, eu pedi pras áreas técnicas pontuarem elas ou vir na
153 frente pra que a gente dê a perspectiva de acolhimento ou não acolhimento às sugestões que foram
154 feitas e abrir pra que essas questões possam vir ao debate, ta bom? Pode ser assim? Combinado?
155 Então ta bom. Então, a conselheira Andréia Baltazar ela pediu a inclusão no plano estadual de saúde
156 de um centro de especialidades de reabilitação em Curitiba e outro em outras regiões, como Maringá
157 e Londrina, um estudo de soluções para pessoas com deficiência, síndrome de Down, autistas,
158 doenças raras, PCs. Na justificativa, o que ela colocou? Faço parte da Associação Reviver Down
159 Trissomia vinte e um de Curitiba, sou vice-presidente da Federação Paranaense de Associações de
160 Síndrome de Down, recebemos várias queixas sobre a falta de terapias pra crianças com síndrome
161 de Down no SUS municipal e falta respaldo estadual, Curitiba e região metropolitana; em conversa
162 com a SESA, na pessoa da servidora Alini, pontuamos a possibilidade de abrir um CE em Curitiba e
163 outras macrorregiões, Maringá e Londrina por exemplo, havendo CE em Foz do Iguaçu, vide página
164 oitenta e seis, final do plano vinte e três, consta no plano estadual de saúde. Então, essa
165 primeira contribuição. A segunda, também da Andréia, ela pede pra, solicita inclusão no plano
166 estadual de saúde a possibilidade de terapias a população com deficiência intelectual, deficiência
167 intelectual não apenas para fins de saúde como também efeito reflexo, inclusão escolar. Consta no
168 plano que há, o Paraná conta com vinte e cinco serviços na modalidade única e reabilitação física e
169 dezenove da modalidade única e reabilitação auditiva; no Estado não há serviço habilitado para
170 reabilitação visual, havendo apenas quinze serviços habilitados que realizam a distribuição de
171 órteses, próteses e meios de locomoção, OPML. Existe um centro especializado de reabilitação em
172 Foz do Iguaçu, o atendimento em reabilitação intelectual é realizado em trezentos e vinte e três
173 serviços, entre eles associações de pais e amigos dos excepcionais, as APAES; os trezentos e vinte
174 e três serviços de reabilitação intelectual o qual atende Curitiba e região metropolitana sem
175 vinculação a escolas especiais, APAE por exemplo pra crianças e jovens com deficiência intelectual.
176 O CRAID só atende até três anos e o SUS municipal de Curitiba não tem vaga para terapias,
177 encaminhada denúncia pra ouvidoria da SESA e pra prefeitura de Curitiba. A conselheira Ana
178 Cristina de Carvalho Brito, do SindSaude, propõe a retirada do plano estadual de saúde do ponto
179 quatro ponto cinco, parceria público privadas. A justificativa é que considerando que a lei oitenta
180 oitenta já traz a participação de forma complementar. A mesma conselheira propõe a inclusão da
181 qualificação das equipes de atenção hospitalar especializada para o cuidado em saúde mental com a
182 justificativa de considerando que o hospital psiquiátrico está como ponto de atenção da rede. Ainda,
183 a mesma conselheira, solicita inclusão de uma meta específica do atendimento ao autismo, porém,
184 daí sem justificativa. Aí nós temos a contribuição do Conselho Regional de Farmácia, do conselheiro
185 Paulo Santana, aonde, incluir meta, a proposta de incluir meta de qualificação de assistência
186 farmacêutica nos municípios em três eixos de financiamento, três eixos, financiamento, gestão e
187 cuidado farmacêutico, inserindo municípios estratégicos na meta da implantação do serviço de
188 cuidado farmacêutico com foco na avaliação do resultado do tratamento. A proposta, a própria
189 análise situacional da assistência farmacêutica descrita na versão preliminar do plano aponta nos

190 planos do diagnóstico do plano regional integrado, PRI, foram relatadas necessidades de melhoria
191 de estrutura de farmácias, centrais de abastecimento farmacêutico em âmbito municipal, bem como
192 manutenção do repasse financeiro estadual para essa finalidade, além disso foi apontada a
193 necessidade de recomposição das equipes nos municípios e regionais de saúde, de sistemas de
194 informação dos municípios para o gerenciamento de medicamentos e insumos, de protocolos,
195 diretrizes e demais normatizações para nortear o uso racional de medicamentos, garantindo a
196 segurança do usuário. O acesso a médicos especialistas, exames diagnósticos para prestação de
197 tratamento, de condições clínicas previstas no CEAF, componente especial de assistência
198 farmacêutica, assim como a capacitação das equipes municipais e regionais no âmbito da
199 assistência farmacêutica incluindo o cuidado farmacêutico também foram necessidades levantadas
200 nos diagnósticos do planejamento regional integrado. Alia-se a essa questão o fato de que o
201 componente especial da assistência farmacêutica, CEAF, teve descentralizada a dispensação
202 desses medicamentos para trezentos e quarenta e sete municípios, sendo que esses medicamentos
203 são de alto custo para o tratamento de doenças crônicas, representando o maior impacto
204 orçamentário financeiro dentro da assistência farmacêutica ambulatorial no SUS. O processo de
205 dispensação não é mero ato de entregar medicamentos aos seus usuários, pois envolve a
206 orientação do correto uso e conservação, bem quanto ao acompanhamento do tratamento
207 medicamentoso para avaliar a sua eficácia, num conjunto de ações denominado atenção
208 farmacêutica ou cuidado farmacêutico. Envolve esse processo as condições de infraestrutura de
209 armazenamento e gestão de estoque, de forma a evitar perdas desnecessárias e riscos à qualidade
210 do medicamento. A não qualificação desse cuidado põe em risco a eficácia e segurança do
211 tratamento e ao desperdício financeiro investido. Nesse sentido, o apoio do Estado aos municípios é
212 fundamental, indo além do simples processo de aquisição e distribuição dos medicamentos do
213 componente especial da assistência farmacêutica. Outra questão apontada no planejamento regional
214 integrado é citado pela própria SESA no capítulo de avaliação situacional da assistência
215 farmacêutica está relacionada a um aumento de aporte da contrapartida municipal na aquisição de
216 medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica, que tem superado os valores das
217 contrapartidas estaduais e federais, contrariando a pactuação inicial do financiamento entre os três
218 entes, demonstrando a necessidade de maior apoio financeiro do gestor estadual para
219 contrabalancear esse aumento de custo financeiro. É que eu gostaria que todo mundo enxergasse
220 as propostas, daí fica fácil de entendimento, mas a versão do Excel aqui ele não permite aumentar a
221 linha, daí não ta dando pra caber tudo na mesma célula, mas enfim, a gente tem o original, então
222 vamos colocar na leitura do original. Enfim, ta ali. Do custo financeiro do componente básico de
223 assistência farmacêutica por parte dos municípios. Embora as questões acima apontadas pela
224 Secretaria no capítulo de avaliação situacional da assistência farmacêutica da versão preliminar do
225 plano estadual de saúde dois mil e vinte dois mil e vinte e três, para tais problemas não foram
226 apontadas ações para o seu enfrentamento na parte das diretrizes, objetivos e metas do plano.
227 Contudo, as ações de qualificação da assistência farmacêutica referente ao financiamento, gestão e
228 cuidado farmacêutico vinham sendo tratados nos dois últimos planos estaduais de saúde, o do
229 período dois mil e doze dois mil e quinze e do período de dois mil e dezesseis dois mil e dezenove,
230 principalmente nas seguintes metas, incentivo à organização da assistência farmacêutica, IOAF, e
231 capacitação dos profissionais envolvidos na assistência farmacêutica no Estado do Paraná. Por fim,
232 vale destacar duas propostas aprovadas e constantes no relatório final da décima segunda
233 Conferência Estadual de Saúde, a respeito da qualificação da assistência farmacêutica no Paraná.
234 Trinta, garantir o aumento do incentivo federal, qualificação da assistência farmacêutica,
235 QualifarSUS, e estadual, incentivo da organização da assistência farmacêutica, IOAF, para a
236 organização e estruturação da assistência farmacêutica. Sessenta e nove, melhorar a estrutura física
237 da farmácia e o fluxo de dispensação de medicamentos, promovendo o acesso aos medicamentos,
238 principalmente para diabéticos, psiquiátricos e acamados com lesão por pressão e demais

239 demandas. Diretriz três. Segunda proposta, diretriz três, objetivo dois, identificar e monitorar, enfim, a
240 proposta é incluir como meta a execução do plano estadual de vigilância e atenção à saúde da
241 população exposta aos agrotóxicos, PEVASPEA . A justificativa, o Brasil é o país que mais utiliza
242 agrotóxicos na produção agrícola e, como se já não bastasse, nos últimos cinco anos o governo
243 federal registrou mais mil seiscentos e cinquenta e três novas moléculas. Coincidência ou não, os
244 agrotóxicos se caracterizam como a segunda maior causa de intoxicação exógena aguda, sendo a
245 principal causa de óbitos por intoxicação, de acordo com os dados do SINAN. O Paraná, que oscila
246 entre o segundo e terceiro no ranking de consumo de agrotóxicos do país, registrou quatro mil cento
247 e noventa casos de intoxicações no período de dois mil e seis a dois mil e doze e, apenas no ano de
248 dois mil e dezenove registrou oitocentos e dezenove casos; por essa situação que o PEVASPEA foi
249 implantado, com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, para a sua execução no período de
250 dois mil e dezessete a dois mil e dezenove. É um plano inovador, pois reúne todas as áreas da
251 saúde que tem como impacto com a questão dos agrotóxicos, num esforço único, sendo o ponto
252 pioneiro a inclusão da atenção primária à saúde, responsável por avaliar e identificar os problemas
253 de saúde na população relacionado à exposição por agrotóxicos, além disso, o relatório final da
254 décima segunda Conferência Estadual de Saúde apresenta seis propostas referentes à ações de
255 proteção e prevenção de intoxicações no uso e exposição desse tipo de produto, dentre elas a
256 própria continuação do programa PEVASPEA. Embora a SESA Paraná tenha se manifestado na
257 continuação do PEVASPEA para o período de dois mil e vinte dois mil e vinte e três durante encontro
258 com as regionais de saúde no dia três do doze de dois mil e dezenove, de acordo com matéria da
259 agência estadual de notícias publicada no mesmo dia, a inclusão do PEVASPEA no plano estadual
260 de saúde, como ocorreu no ano de dois mil e dezenove é essencial para o fortalecimento do plano
261 com a maior participação e monitoramento por parte do controle social nas ações a serem propostas
262 para esse novo plano. Proposta três, acho que é, né? Incluir como meta o monitoramento de
263 resíduos de medicamentos. Não, vamos continuar como proposta dois. Incluir como meta o
264 monitoramento de resíduos de medicamentos veterinários em alimentos. O capítulo de análise
265 situacional da versão preliminar do PES traz o tópico referente à vigilância dos resíduos de
266 contaminantes em alimentos, detalhando a problemática da contaminação dos alimentos por
267 agrotóxicos e medicamentos veterinários no Paraná e o risco para a saúde da população, todavia,
268 não aponta nenhuma solução para o problema, dada a ausência de meta para esse enfrentamento
269 no capítulo das diretrizes. Como já estou propondo a inclusão do PEVASPEA no PES, a questão dos
270 resíduos de agrotóxicos pode ser tratada no PEVASPEA, como já vinha sendo, mantendo em
271 separado meta para o monitoramento dos resíduos de medicamentos veterinários em alimentos.
272 Bom, essas foram então as contribuições do conselheiro Paulo Santana, do CRF. Passamos para,
273 acho que podemos voltar, consegue voltar lá? Agora a gente vai passar as contribuições do
274 conselheiro João do CREFITO. Essa é a mensagem original, que fica mais fácil da gente ver que o
275 nosso compilado o Excel não se mostrou amigo da compilação. Então, o conselheiro João coloca
276 que na diretriz um da qualificação da gestão em saúde, no objetivo quatro fortalecer as instâncias de
277 regulação e acesso a serviços contratualizados. Na meta um ponto quatro ponto treze, implantar
278 vinte protocolos de regulação de acesso às consultas e exames especializados, na ação implantar
279 os protocolos de regulação de acesso às consultas e exames especializados. Questionamento do
280 CREFITO, quais são os vinte protocolos e quais as áreas serão contempladas com tais protocolos?
281 E proposta, implantação de um protocolo que fortaleça a multiprofissionalidade da atenção primária
282 em saúde, focando em três áreas específicas, saúde mental, envolvendo profissionais de nível
283 superior da área de medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, educação física; saúde
284 funcional, envolvendo profissionais de nível superior da área de medicina, enfermagem, fisioterapia,
285 terapia ocupacional e educação física; e, obesidade, envolvendo profissionais de nível superior na
286 área de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e educação física. Os encaminhamentos para
287 consultas de especialidades médicas dentro das áreas de saúde mental, saúde funcional e

288 obesidade seriam feitas somente com no mínimo três encaminhamento de profissional da APS.
289 Justificativa, a necessidade de solicitação de pelo menos três profissionais encaminhando os
290 pacientes de saúde mental, saúde funcional e obesidade para o atendimento por um profissional de
291 atenção secundária em saúde reforçará o trabalho multiprofissional dentro da APS, forçando que
292 mais profissionais entrem em contato com esse paciente e possam realizar estratégias de
293 atendimento que vão além do simples encaminhamento ao profissional especialista de atenção
294 secundária e saúde associada a medicação. Na diretriz dois do fortalecimento de atenção da rede de
295 atenção à saúde do Paraná, objetivo um, fortalecer as ações de promoção à saúde com foco nos
296 temas prioritários da política nacional da promoção da saúde. Na meta dois ponto um ponto cinco,
297 desenvolver uma linha de fomento às políticas de promoção à saúde através das práticas corporais,
298 prevenção da violência, estímulo à cultura da paz. Na ação, criação de espaços públicos para o
299 desenvolvimento de ações intersetoriais envolvendo os profissionais de atenção primária em saúde.
300 O indicador, equipes multiprofissionais da APS, NASF, nos municípios que mantiveram a política de
301 fortalecimento do acesso e atenção à saúde na APS. Detalhamento da proposta, apesar de um
302 movimento no Ministério da Saúde de focar as ações ao atendimento assistencial médico-
303 odontológico na APS, a SESA/PR fomentaria a continuidade da atenção multiprofissional à saúde da
304 população em parceria com os municípios como uma estratégia de incentivas a promoção da saúde
305 e a prevenção de agravos. Na justificativa, várias são as localidades nos municípios do Paraná que
306 não há para população local nenhum equipamento público que promova o desenvolvimento de
307 atividades corporais ou integrativas, visando a promoção da saúde e a prevenção da violência e o
308 estímulo à cultura da paz. Esta estratégia poderia ainda ser potencializada quando trabalhada em
309 conjunto com profissionais que atendam as secretarias de esporte e lazer e cultura, educação e ou
310 assistência social dos municípios participantes. Fortalecimento da rede de atenção à saúde do
311 Paraná, no objetivo dois, fortalecer a atenção primária em saúde como coordenador do cuidado e
312 ordenador na rede de atenção. Na meta dois ponto dois ponto três, reorganizar o perfil assistencial
313 em vinte hospitais de pequeno porte com equipes multidisciplinares sob a coordenação da APS. Na
314 ação, capacitar equipes multiprofissionais e apoiar a readequação da estrutura física dos
315 encaminhamentos dos HPPs. Questionamentos, entender o funcionamento desta meta e ações e
316 como essa estratégia funcionaria? Justificativa, sabendo-se que os HPPs apresentam uma
317 estratégia de funcionamento focada na atenção materno-infantil, rede Mãe Paranaense, como um
318 centro de atenção psicossocial e no fortalecimento das ações de urgência e emergência, não nos
319 parece claro como estariam organizadas essas ações sob coordenação da APS. Diretriz dois,
320 fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná, qualificar e ampliar a linha de cuidado à
321 saúde da mulher e atenção materno-infantil. Na meta dois ponto cinco ponto três, aumentar para
322 oitenta e oito vírgula sessenta por cento o percentual de gestantes com sete ou mais consultas no
323 pré-natal. Na ação, capacitar profissionais de saúde e gestores e prestadores de serviço. Proposta
324 do CREFITO, intenção de nova ação, promover nos serviços próprios e estimular nos demais
325 serviços a realização de cursos multiprofissional para gestantes nas UBSs, ambulatórios e hospitais
326 com maternidades. Na justificativa, ampliar o vínculo de futuras mães e pais com os serviços de
327 saúde, estimular o acompanhamento pré-natal e oferecer conhecimentos básicos sobre a gestação,
328 parto, prevenção de complicações. Na diretriz número dois, fortalecimento da atenção na saúde do
329 Paraná, o objetivo seis, implementar a linha de cuidado em saúde mental da rede de atenção à
330 saúde. A meta dois ponto seis ponto um, implementar a linha de cuidado em saúde mental nas
331 equipes de APS nas vinte e duas regionais de saúde do Paraná. A ação, qualificar as equipes de
332 atenção primária em saúde para o cuidado em saúde mental e a outra ação, ampliar os incentivos
333 financeiros estaduais para implantação do custeio de serviço. A proposta do CREFITO, inserir,
334 inserção de nova ação, utilizar-se de um protocolo de regulação de acesso e encaminhamento para
335 os cuidados em saúde mental evitando encaminhamentos desnecessários à atenção secundária em
336 saúde especializada mantendo pacientes sob cuidados e monitoramento dos profissionais da

337 atenção primária à saúde. Justificativa, o fortalecimento do vínculo do paciente com os profissionais
338 da APS somado a um olhar multiprofissional conforme proposto da diretriz um, objetivo quatro, meta
339 um ponto quatro ponto três; propõe um modelo de monitoramento mais eficiente à saúde mental do
340 paciente, sendo este encaminhado quando a equipe da APS em conjunto entender que seja
341 necessário, isso reduziria a quantidade de encaminhamentos para serviço de média e alta
342 complexidade em saúde mental, considerando-se um número reduzido de profissionais e
343 equipamentos habilitados para o atendimento. Na diretriz número dois ainda, no fortalecimento da
344 rede de atenção à saúde do Paraná, no objetivo seis também, implementação de cuidados em saúde
345 mental na rede de atenção à saúde. A meta dois ponto seis ponto dois, levantar doze novos serviços
346 de atenção de especializada ambulatorial em saúde mental, CAPS, no Paraná e ambulatorios. A
347 ação, manter e ampliar os incentivos financeiros estaduais para implantação e custeio de serviços e
348 a outra ação, qualificar equipes da atenção especializada ambulatorial para o cuidado em saúde
349 mental. A proposta do CREFITO é inserção de nova ação, inserir ou ampliar a atuação do
350 profissional terapeuta ocupacional na equipe de atenção especializada, seja no SIM Paraná ou nos
351 atendimentos ambulatoriais. A justificativa, segundo o decreto lei nove três oito sessenta e nove, o
352 profissional terapeuta ocupacional é responsável por realizar métodos e técnicas terapêuticas e
353 recreacional com a finalidade de recuperar, desenvolver e conservar a capacidade mental do
354 paciente. Segundo a resolução COFITO oito de setenta e oito, o profissional terapeuta ocupacional é
355 responsável ainda por preservar, manter, desenvolver e restaurar a capacidade funcional do cliente,
356 a fim de habilitá-lo ao melhor desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e
357 na comunidade. Na diretriz dois, ainda no fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná, no
358 objetivo sete, implementar a linha de cuidado da pessoa com deficiência, questionamentos do
359 CREFITO, segundo consta do relatório do plano de saúde, na página oitenta e sete, o Paraná conta
360 com vinte e cinco serviços de modalidade única em reabilitação física e dezenove serviços de
361 modalidade única em reabilitação auditiva. Nos Estado não há serviço habilitado para realizar
362 reabilitação visual, havendo apenas quinze serviços habilitados que realizam a distribuição de
363 órteses, próteses e meios de locomoção. Existe um centro especializado em reabilitação em Foz do
364 Iguaçu, atendimento em reabilitação intelectual é realizada em trezentos e vinte e três serviços entre
365 eles as associações de pais e amigos dos excepcionais, as APAES. Quais os serviços que estão
366 sendo considerados nessa contagem de vinte e cinco unidades de atendimentos de modalidade
367 única em reabilitação física e onde estas estão localizadas? Qual o estado de atividade dos serviços
368 habilitados para confecção e distribuição de órteses, próteses e meios de locomoção? Na diretriz
369 dois, ainda fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná, no objetivo sete também,
370 implementar a linha de cuidado da pessoa com deficiência. A meta dois ponto sete ponto cinco,
371 ampliar os serviços de referência em reabilitação física no Estado adulto e pediátrico, levando-se em
372 conta a densidade demográfica das regionais de saúde. Ação, é planejar e implantar, seja com
373 estrutura física própria ou conveniada aos municípios, serviços e referência em reabilitação física
374 nos municípios de grande densidade demográfica que ainda não os possuem. A justificativa do
375 CREFITO é, considerando o alto índice de indivíduos portadores de deficiência associado às
376 dificuldades de transporte e acessibilidade da maioria dos municípios faz-se necessário implantar
377 novos centros de referência para pacientes adultos e pediátricos, em municípios que possuem
378 demanda para atendimento de reabilitação física, as pessoas com deficiência, seja por traumatismo
379 raquimedular, síndromes degenerativas, acidentes neurovasculares ou qualquer outra patologia.
380 Diretriz dois ainda, no fortalecimento da rede de atenção à saúde do Paraná, implementar a linha de
381 cuidado à pessoa com deficiência, ainda no mesmo objetivo, na meta dois ponto sete ponto seis,
382 uma proposta de meta do CREFITO, implantar serviço de referência para reabilitação visual. A ação
383 proposta é planejar, implantar sejam com estrutura física própria ou conveniada dos municípios
384 serviços de referência em reabilitação visual. A justificativa, o Estado do Paraná não possui nenhum
385 serviço de referência na reabilitação visual. Na diretriz dois ainda, no objetivo oito, implementar a

386 linha de cuidado do idoso, a proposta de meta do CREFITO seria uma meta oito ponto dois ponto
387 cinco, elaborar modelo de cuidado nos diferentes níveis de atenção hospitalar e a ação proposta é
388 propor modelo de atenção em cuidados paliativos nos serviços próprios. Outra proposta de meta,
389 que seria dois ponto oito ponto seis, elaborar e implantar programa de estímulo para o
390 envelhecimento ativo e independente funcional. E, ação proposta, elaborar e implantar o programa
391 de estímulo para envelhecimento ativo e treino funcional e prevenção do sedentarismo com ação
392 junto à comunidade. Na justificativa, envelhecimento ativo é a forma menos onerosa no serviço
393 público de promover atenção à saúde da população idosa, além de ser a metodologia que
394 proporciona melhor qualidade de vida à população. Essa ação pode ser, pode e deve ser realizada
395 de forma multiprofissional podendo associar-se na atenção primária à saúde e práticas integrativas
396 complementares. Ainda na diretriz dois, no objetivo dezesseis, garantir o acesso da população em
397 tempo oportuno ao serviço de saúde, outra proposta de meta, seria dois ponto dezesseis ponto
398 quatro, ampliar os pontos de avaliação e oferta de próteses, órteses e meio de locomoção numa
399 ação proposta de regionalizar os serviços de avaliação dos pacientes para construção de próteses,
400 órteses e meios de locomoção seguindo critérios de distribuição demográfica e demanda de
401 serviços. Na justificativa, não há no plano estadual de saúde proposta que aborde tal serviço voltado
402 tanto às crianças quanto aos adultos amputados ou com deficiência. Na diretriz quatro, do
403 fortalecimento da gestão do trabalho em educação permanente em saúde, no objetivo dois,
404 fortalecer a educação permanente em saúde nos processos de construção e disseminação do
405 conhecimento voltados às necessidades do SUS do Paraná; a proposta de meta do CREFITO, seria
406 a meta quatro ponto um ponto nove, capacitação e atualização de fisioterapeutas e terapeutas
407 ocupacionais atuantes no SUS no Estado do Paraná. Proposta de ação seria, formalização de termo
408 de cooperação com o CREFITO, capacitação para avaliação e prescrição de próteses, órteses e
409 meios de locomoção e a atualização dos profissionais para atuarem na atenção primária À saúde,
410 como profissionais de primeiro contato. Como justificativa, o profissional fisioterapeuta é um
411 profissional com formação clínica generalista que atua nas diversas áreas da saúde, dentre elas,
412 saúde do idoso, da criança, da mulher, do trabalhador, da família, entre outras. É um profissional de
413 primeiro contato que avalia, faz diagnóstico fisioterapêutico, prescreve, executa o tratamento e
414 encaminha o paciente à alta ou a outros profissionais se necessário; suas ações desenvolvem-se em
415 todos níveis de atenção à saúde, assim os fisioterapeutas estão plenamente habilitados a atuar na
416 promoção de saúde, prevenção de doenças, na cura e na reabilitação. As ações dos fisioterapeutas
417 trazem diversas melhorias para a saúde da população, além de diminuir a demanda em outros
418 serviços como internações prolongadas e cirurgias. Segundo a portaria da Secretaria de Atenção à
419 Saúde do Ministério da Saúde, número meia meia um de dois de dezembro de dois mil e dez, o
420 Sistema Único de Saúde reconhece a competência dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas
421 ocupacionais na prescrição de órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato
422 cirúrgico. Além disso, o COFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional reconhece
423 como sendo uma atribuição do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, estando estes
424 devidamente capacitados para tal realizar prescrição de órteses e próteses ampliando de maneira
425 significativa o acesso da população a profissionais capacitados e preparados para tais
426 procedimentos, proporcionando melhoria da funcionalidade, da autonomia e qualidade de vida da
427 nossa população. Na diretriz cinco, fortalecimento do controle social no SUS, no objetivo dois,
428 fortalecer e melhorar a qualificação dos conselheiros de saúde, mais uma proposta de meta pelo
429 CREFITO. Na meta, seria a meta cinco ponto dois ponto três, realizar uma conferência regional de
430 saúde em cada macrorregional do Estado do Paraná. E, são duas ações propostas, alteração da
431 legislação do Conselho Estadual de Saúde, lei e regimento interno e organização e realização de
432 conferência regional de saúde em cada macrorregional de saúde. Justificativa seria, assunto
433 discutido várias vezes na comissão de comunicação e educação permanente do controle social;
434 considera-se o fato de muitas propostas discutidas na Conferência Estadual de Saúde serem de

435 âmbito regional, podendo ser discutidas pelos delegados das respectivas localidades com maior
436 capacidade argumentativa de aprovação ou reprovação de propostas, seja do segmentos dos
437 usuários ou do segmento dos trabalhadores. Deve-se observar também as propostas atuais da
438 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná quanto a regionalização no seu planejamento estratégico.
439 E findamos as contribuições do CREFITO. Essas a gente já leu, que são as contribuições do
440 SindSaude, a gente já leu lá na planilha. E foram essas as contribuições. Ta, pessoal? Então, todas
441 elas compiladas, a gente disponibiliza depois, se bem que a Secretaria Executiva tem isso corrido,
442 né? Mas se você quiser, Mauricio, até dá pra disponibilizar depois pra todos conselheiros, a
443 Secretaria deixa essa planilha, que fica mais fácil de ler individualmente do que aqui porque a
444 abertura do Excel não permitiu que a gente pudesse olha rela compilada, que ficaria mais fácil de
445 observar, mas enfim, essas foram as contribuições. O que eu gostaria de dizer é o seguinte, nesse
446 começo, antes de passar aqui pras áreas técnicas que vão fazer a discussão das propostas.
447 Generalisticamente falando, vou falar assim, a Secretaria de Saúde, como eu comentei na
448 apresentação do plano em dezembro, a Secretaria se preocupou em colocar no plano estadual de
449 saúde algumas questões macro do ponto de vista estratégico, lembrando que muitas das coisas não
450 vão aparecer como meta ou como objetivo ou diretriz, mas elas estão contempladas na análise
451 situacional, elas estão contempladas na discussão dos pontos da análise de situação em saúde e
452 também fazem parte de alguns outros instrumentos de gestão. Então a gente vai ver algumas ações
453 que podem estar escritas, detalhadas no corpo do plano de saúde, que a lei determina que ela esteja
454 em algum momento no plano, pode ser que ela não esteja completamente exposta numa ação,
455 numa meta, num objetivo ou diretriz mas ela ta contemplada dentro do plano na parte da análise
456 situacional mas aparece no instrumento de gestão, como no PPA e como no orçamento. Então, essa
457 é só uma lembrança geral porque isso a gente vai discutir conforme vai passando, então, tem uma
458 ou duas questões aí que não aparecem explicitamente como meta, objetivo estratégico mas ela ta no
459 corpo e se refere isso dentro de outros instrumentos de gestão do governo como um todo lá no PPA
460 ou lá no orçamento, como uma iniciativa inclusive. São complementares as coisas, nem tudo vai
461 estar explicitamente como meta. Aquilo que eu falei, objetivo estratégico, eu costumei dar dentro do
462 nosso processo de instrução da construção do plano a orientação de que o seguinte, a gente não
463 precisava detalhar todas as ações que nós faríamos dentro de ações, objetivos, pra não ficar um
464 plano muito grande, com mil ações, mil e duzentas ações; isso até na hora de prestar conta é
465 complicado de compilar e faz um relatório, relatório quadrimestral, relatório de gestão de mil páginas,
466 mil e duzentas páginas; difícil até de entendimento por parte do controle externo, por parte do
467 controle social. Então a gente diminui o número de ações pra que isso pudesse ficar mais
468 estratégico, mas não que algumas situações não estejam contempladas dentro do plano, ta no corpo
469 do plano, isso ta bem descrito, inclusive colocado pelas sugestões; no corpo do plano vê-se isso.
470 Outra coisa que eu queria comentar aqui, presidente, é agradecer as contribuições, a Secretaria de
471 Saúde entende que o controle social, ele tem o seu ápice, vamos dizer assim, o seu topo na
472 presença dos conselheiros indicados pelas suas entidades aqui no Pleno do Conselho, é o lugar
473 soberano das decisões do controle social, mas nós acreditamos que a discussão se dá na base, nós
474 somos representantes, as discussões tem que se dar nas entidades, tem que se dar na
475 representatividade afinal são elas que nos trazem aqui, é por elas que nós somos indicados pra que
476 defendamos as teses, as ideias, a ideologia daquilo que a entidade foi criada pra defender. E nesse
477 sentido, eu gostaria de agradecer realmente as contribuições que foram dadas, eu acho que nunca a
478 gente teve um tempo tão grande de debate interno dado pela Secretaria pra que isso pudesse ser
479 feito nas bases das entidades. O trabalho que o CREFITO traz aqui, é um trabalho assim,
480 profissional, João, tem que dar os parabéns; detalhado, ta muito claro que isso foi discutido, foi
481 avaliado dentro desse processo. Então, a gente acredita que o controle social a gente constrói
482 assim, dando a oportunidade de todo mundo sugerir. É óbvio que o plano estadual de saúde ele é o
483 dimensionamento das propostas do Executivo, da Secretaria de Estado da Saúde submetidas ao

484 controle social, mas a participação do controle tem que ser amplamente garantida e a gente garantiu
485 isso dando democraticamente o espaço pra que todo mundo pudesse manifestar, tanto pro bem
486 quanto pro mal, questionando inclusive como todo mundo fez, por que essa proposta t aqui? Qual
487 que é a intenção disso aqui estar aqui? Por que determinada situação não estava se tava pra lá? É
488 isso que a gente veio aqui fazer hoje, colocar claramente o porquê que a gente colocou algumas
489 coisas ou porque que não colocou outras e acolher e, ou não acolher as sugestões que foram
490 colocadas e deliberar sobre essas sugestões com todos vocês aqui no Pleno. Então, agradeço
491 imensamente, de novo, as contribuições que foram colocadas por todos os conselheiros que
492 puderam fazer essa contribuição. Então agora vamos passar pra parte técnica do negócio. Começa
493 contigo, Deise, então? A Deise vai fazer em relação a assistência farmacêutica, depois a Goretti vem
494 em relação às questões de assistência e vigilância e eu fecho com as questões de gestão.
495 Lembrando que eu só queria fazer essa também, esse parênteses, presidente, se o senhor me
496 permite. Nós vamos fazer uma resposta pra cada entidade que encaminhou; aqui é a explanação em
497 função do plano, mas nós vamos encaminhar pra cada entidade a resposta tal qual nós estamos
498 colocando aqui hoje, acho que também é um ato de respeito à entidade que se manifestou nesse.
499 Não fizemos antes porque tava pra ser exposto aqui hoje, mas a gente vai fazer essa devolutiva com
500 toda explicação pra todas as entidades que se manifestaram. **Deise (DEAF/SESA)** Bom dia todos.
501 Sou da coordenação de assistência farmacêutica. Nós fizemos então uma justificativa em relação
502 aos pontos que foram relatados pelo Paulo Santana, que representa o Conselho Regional de
503 Farmácia. E daí pra estruturar melhor, a gente já deixou descrito e como o Nestor falou, depois a
504 gente pode encaminhar isso pro Conselho formalmente. É isso, né Nestor? O texto que o Paulo traz
505 tem bastante característica técnica do componente, eu sei que a gente não tem, vou tentar ser mais
506 objetiva possível e já me coloco à disposição pra qualquer dúvida que vocês tenham, ta? Então o
507 que a gente pontuou em relação ao que foi colocado? Primeiro pontos, os serviços de cuidados
508 farmacêuticos que foram levantados. Então, os serviços de cuidado farmacêutico, acho melhor eu ler
509 lá; desenhados para o âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica envolvem
510 serviços focados no processo do uso do medicamento e na avaliação dos resultados clínicos para
511 oferta de serviços consistentes e sustentáveis é necessária a implementação gradativa desses
512 serviços. O componente especializado hoje, conta com oitenta e quatro protocolos clínicos distintos e
513 complexos e que envolvem a disponibilização então de duzentos e trinta apresentações diferentes
514 de medicamentos. O primeiro serviço implantada nas vinte e duas farmácias regionais de saúde foi o
515 serviço de primeiro atendimento com o objetivo de orientar o paciente para o uso correto do
516 medicamento e pra adesão ao tratamento. Quem participa aqui da comissão de acesso verificou que
517 ao longo desses últimos anos a gente vem trazendo pra vocês todo a gradativa da implantação
518 desse serviço, então, até a gente discutiu ontem que a gente fechou o serviço do cuidado
519 farmacêutico de primeiro atendimento nas vinte e duas regionais de saúde, pra isso a gente levou
520 praticamente os quatro anos pra fazer isso, porque a gente tem que desenhar, tem que implementar,
521 tem que verificar se está ocorrendo de forma correta, então a gente fechou essa primeira etapa
522 desse serviço de primeiro atendimento. Esse serviço cuja implantação foi recentemente concluída
523 nas farmácias das regionais em dezembro de dois mil e dezenove, que é o que eu dizia, deverá ser
524 estendido aos usuários que retiram os medicamentos do CEAF em farmácias municipais. Uma
525 possibilidade que começa a ser estudada é o agendamento do serviço de primeiro atendimento na
526 farmácia da regional de saúde para esses usuários. Outra possibilidade, que obviamente dependerá
527 da estrutura da farmácia municipal e disponibilidade farmacêutico será o atendimento no próprio
528 município. Então, esse é um dos serviços desenhados que a gente acaba de implantar nas nossas
529 regionais e que a gente ta dizendo o seguinte, é possível também a regional fazer o atendimento
530 desse paciente que está recebendo a dispensação no município. A gente está falando de oitenta e
531 quatro protocolos clínicos diferentes, de tratamentos de média e alta complexidade. Estamos
532 preparando os nossos farmacêuticos das regionais pra ter esse olhar, subsidiando inclusive esse

533 serviço com desenvolvimento de fichas de atendimento, a gente podia ter trazido uma, mas a gente
534 pode incluir na resposta. Então assim, é extremamente complexo esse serviço, só esse serviço de
535 primeiro atendimento. Então, a gente tá nessa fase de capacitação dos nossos profissionais pra
536 fazer isso. Em relação ao serviço, e aí é um outro serviço dentro do cuidado farmacêutico. Serviços
537 com foco na avaliação de resultados clínicos que essa é a meta que a gente colocou no PES pra
538 dois mil e vinte dois mil e vinte e três. Esse serviço será baseado no modelo *Data Driven* em que a
539 seleção dos pacientes será orientada pelas informações extraídas dos processos de avaliação no
540 componente especializado e registradas no sistema de informação SISMEDEX, nesse momento o
541 sistema ainda está sendo modelado para receber essas informações clínicas, quando conclusão da
542 modelagem do sistema, da parametrização dos oitenta e quatro protocolos clínicos e da alimentação
543 dos dados, tanto os pacientes que hoje recebem os seus medicamentos nas farmácias das regionais
544 de saúde quanto das farmácias municipais, poderão ser selecionados pra receber esse serviço na
545 sequência. Não sei se fica claro pra vocês, uma coisa é o primeiro atendimento, que é um serviço
546 que a gente se preocupou em oferecer a todo paciente que entra na farmácia pela primeira vez, na
547 sequência nós vamos computar o resultado do acompanhamento desses tratamentos que a gente
548 recebe todos os exames quando acontece a renovação dessa solicitação e esse segundo serviço vai
549 se basear no resultado desses exames. Netão, serão selecionados os pacientes pra esse segundo
550 serviço, também de alta complexidade em que a gente precisa preparar tanto o sistema pra coletar e
551 pra selecioná-los como os farmacêuticos pra fazer esse atendimento. Então no nosso entendimento
552 a solicitação pra inclusão de municípios pra esse trabalho, Paulo, ainda é precoce, isso não está fora
553 do nosso horizonte, mas a gente entende que a gente precisa preparar a regional como um ponto
554 bastante fortalecido nesse serviço pra depois estender a possibilidade do serviço ser feito pelos
555 farmacêuticos dos municípios, não privando os pacientes que são do componente especializado
556 também de receber esse serviço na regional de saúde. Então a gente quer implementar esse serviço
557 com segurança, eu volto a dizer pra vocês ele não é simples e aqui acho que a gente cumpriu uma
558 das nossas, das premissas do plano que nos foi colocada como desafio que é trazer indicador que
559 seja mais voltado a resultado e não só processo. Então, não só dizer pra vocês quantos comprimidos
560 a gente distribuiu, nem isso tem muito foco no atendimento do usuário e implementação de serviço
561 não é simples, quem trabalha com isso sabe, é mais fácil a gente fazer estruturação, a gente mudar
562 mobiliário e a gente ter outras atividades; agora implementação de serviço, capacitação, são
563 processos continuados e que a gente tem que ter bastante investimento. Então aqui a gente defende
564 a manutenção desse serviço dentro das regionais pra consolidação nem num próximo momento
565 avaliando a necessidade e a possibilidade do farmacêutico municipal assumir mais essa tarefa não
566 está descartada. A gente já tem regional onde os farmacêuticos municipais se interessam por ter
567 essa atividade, então a gente vai deixar isso como uma opção mas não trazer na premissa de incluir
568 uma meta onde a execução é do município e não é da SESA, acho que isso é uma outra coisa que
569 precisa ser reforçada. Então o primeiro ponto era esse, em relação ao segundo ponto, que era a
570 sugestão do aumento dos valores das contrapartidas federal, estadual do componente básico da
571 assistência farmacêutica, temos a informar que o mesmo já foi pactuado através da portaria trinta e
572 um noventa e três de nove de dezembro de dois mil e dezenove onde o Ministério da Saúde pactua
573 na CIT a correção da base populacional e também o aumento do valor por habitante por ano. O
574 repasse pela União será de valores que hoje, hoje é cinco e cinquenta e oito, só pra gente lembrar,
575 a União então vai repassar de cinco e oitenta cinco a seis zero cinco por habitante ano e também
576 trouxe uma classificação dos municípios pelo índice do desenvolvimento humano municipal, IDHM,
577 conforme a tabela. Então, os municípios foram classificados em índice de IDHM muito baixo, baixo,
578 médio e muito alto e de acordo com essa classificação eles vão receber de cinco e oitenta e cinco
579 até seis zero cinco, então tem um aumento importante nessa contrapartida federal, a base
580 populacional foi corrigida pra onze milhões seiscentos e cinco mil duzentos e três habitantes, sendo
581 que o novo valor anual da contrapartida federal será de sessenta e oito milhões quatrocentos e

582 quarenta e nove mil novecentos e nove reais e sessenta centavos. O aporte financeiro em relação a
583 atual contrapartida federal do componente básico no Paraná será de quatro milhões novecentos e
584 quarenta e sete mil duzentos e oitenta e três e doze centavos. Da mesma forma e seguindo essa
585 lógica do Ministério, a Secretaria está propondo um aumento do valor da sua contrapartida, a
586 proposta será apresentada na CIB, já temos um esboço dela pra pactuação no próximo mês. A gente
587 ta estimando aí algo em torno de um aporte de dois milhões e quatrocentos mil reais seguindo
588 aquela mesma lógica de escalonamento que o Ministério fez por IDHM e aumentando a nossa
589 partida, hoje ela é de dois e oitenta, lembrando que na portaria ele é dois e trinta e seis, então a
590 gente já tem dois e oitenta e a gente ta propondo de dois e oitenta e cinco até três e vinte e cinco, a
591 gente vai escalonar da mesma forma. Então também vai ter um aporte importante, então acho que
592 essa é uma sugestão que a gente prontamente acata, isso já está previsto inclusive no orçamento de
593 dois mil e vinte pra esse repasse. O terceiro item, a questão do incentivo. Então, apesar de não mais
594 constar como meta no plano estadual de saúde, o incentivo da organização da assistência
595 farmacêutica continua sendo uma ação a ser cumprida pela SESA, uma vez que consta no
596 orçamento de dois mil e vinte o projeto atividade meia um sete dois na ação quatrocentos e sete,
597 transferir recurso financeiro pra qualificação da assistência farmacêutica dos municípios. Estão
598 sendo previstos nessa ação, para transferência fundo a fundo para os municípios após análise da
599 execução dos recursos e pactuação na CIB, dois milhões e quatrocentos mil reais para despesas de
600 custeio, iguais dois milhões e quatrocentos mil reais para despesas de capital. Importante ressaltar
601 que de dois mil e doze a dois mil e dezenove foram destinados pela SESA Paraná aos municípios do
602 Paraná, em uma iniciativa inédita no país, os senhores sabem disso, a gente tem relatado isso na
603 comissão, vinte e nove milhões seiscentos e um mil pra auxiliar na estruturação da assistência
604 farmacêutica municipal. No entanto, no acompanhamento feito pelo departamento de assistência
605 farmacêutica, considerando dos valores repassados até dois mil e dezoito, demonstra que o referido
606 recurso ainda não foi executado pela grande maioria dos municípios. É necessária um bom
607 diagnóstico e planejamento por parte do município para execução desse recurso de forma
608 adequada, o que tem sido orientado pelas regionais de saúde. Aqui, então a gente diz que essa é
609 uma ação que a gente pode ter tirado da meta mas ela não sai do nosso planejamento, consta no
610 orçamento e acho que mais importante do que ter recurso é o acompanhamento e a execução. Não
611 adianta o município ter só recurso, ter recurso e ter recurso e não gastar. Acho que isso fica não só
612 pro incentivo da assistência farmacêutica como pros outros incentivos e importante, os senhores
613 enquanto conselho municipal de saúde também acompanha essa execução e muitas vezes a
614 dificuldade está no planejamento do município, então, do que eu vou gastar? O que é prioridade.
615 Não é tanto recurso, se pensar trezentos e noventa e nove, mas a gente nunca repassou tanto
616 recurso fora, sem que seja destinação de compra de medicamentos na área da assistência
617 farmacêutica. É uma sugestão que está praticamente mantida, ela só não consta como meta no
618 plano. Da nossa parte era isso, se você tiverem alguma dúvida, eu estou à disposição. **Rangel**
619 **(FEHOSPAR)** Obrigado. Vamos fazer o seguinte, vamos abrir um momento de discussão, agora.
620 Primeiro seria a Goretti, mas não estou vendo ela. Nestor, pelo que entendi, a Deise e a Goretti iam
621 apresentar uma parte e você uma parte, isso? Vocês preferem fazer uma discussão única no final ou
622 por apresentação, área técnica? Vamos fazer por ordem de área técnica? Acho que fica melhor,
623 porque daí já ta com o microfone, pode ser? Então ta, eu vou abrir as inscrições. Daí depois a Goretti
624 vem e faz a parte dela e depois o Nestor. Olha, então eu vou ser bem objetivo, no término da fala do
625 Paulo Santana eu vou fechar as inscrições. **Olga (SindSaude)** É uma questão de dúvida com
626 relação ao método. Nós vamos partir direto pra discussão das diretrizes já por área ou nós podemos
627 fazer uma avaliação global do plano, como que a Mesa encaminha? **Rangel (FEHOSPAR)** É que
628 assim, quando nós abrimos, você não estava presente ainda. Então, teve todo aquele período de
629 avaliação pelos conselheiros, que deu aí aproximadamente cinquenta e três dias, de contribuições.
630 Então, foram encaminhadas as contribuições. O SindSaude encaminhou, CREFITO, CRF, DEFIPAR.

631 Teve aí acho que quatro contribuições. Essas contribuições a SESA acolheu, cada área técnica está
632 apresentando. Então assim, a gente entende que todas as outras situações estão resolvidas, todo
633 mundo avaliou, então nós vamos trabalhar em cima daquelas contribuições. Então, a Deise fez
634 apresentação, eu vou abrir por área técnica, então ela vai responder aquilo que apresentou agora,
635 depois vai vir a Goretti falar, eu vou abrir novamente e assim vai. Entendo que aí depois de todos,
636 sanando essa dúvidas, essas discussões, se tiver mais alguma coisa que pode ir colocando. O que
637 nós vamos fazer? Vamos partir pra aprovação. Tudo bem? **Olga (SindSaude)** Se me permite, a
638 questão não é essa, até porque, senhor presidente, se me permite a observação, nós é que
639 definimos essa metodologia no ano passado. Então, o que aconteceu, as contribuições foram
640 encaminhadas e hoje foram apresentadas em *slides*, eu não sei se todo mundo aqui, mas eu tenho
641 uma necessidade de ter o documento escrito pra poder olhar no plano, olhar as contribuições que
642 vieram, qual é o impacto dela no nosso entendimento pra poder fazer uma avaliação porque eu
643 conheço as propostas que vieram do sindicato, mas não conheço as outras propostas. **Rangel**
644 **(FEHOSPAR)** Ta sendo apresentado. **Olga (SindSaude)** Conheci hoje, assisti a todas mas é o que
645 eu to colocando, nós entendemos que não está resolvido no sentido de que nós que queremos
646 conversar sobre elas, inclusive sobre a própria apresentação do plano, tem algumas observações
647 que precisam ser feitas na apresentação do plano. No plano, na apresentação dele. Como ele foi
648 colocado pra nós. **Rangel (FEHOSPAR)** Mas você apresentou naquele prazo que foi dado. **Olga**
649 **(SindSaude)** Sim, mas não é isso, presidente. A forma como o plano foi. Ah, entendi o que você ta
650 falando. Mas é uma sugestão para que ele possa na metodologia entender o que é necessário com
651 relação a meta, linha base, indicadores e ações. No todo. E, algumas questões que vieram com
652 necessidade de revisão. **Rangel (FEHOSPAR)** Ta. Então vamos fazer o seguinte, pra ser
653 democrático. Vou colocar então em votação se o plenário quer discutir somente aqueles
654 apontamentos que foram colocados, porque no entendimento já foi lido por todos, maciçamente, teve
655 dois meses aí de tempo pra ler e contribuir. Ou, gostaria só de analisar aquelas contribuições e as
656 colocações que foram feitas, que vão ser apresentadas pela SESA em cima daquelas contribuições
657 enviadas. **Edvaldo (CONAM)** Eu queria que a conselheira Olga fosse mais clara no questionamento
658 dela, porque aqui ta falando uma coisa e eu to entendendo que ela quer outra. Então, queria que a
659 conselheira Olga, por favor, fosse mais explícita e esclarecesse o que realmente ela quer. **Ana**
660 **Cristina (SindSaude)** Veja, realmente não estávamos aqui no início da discussão da metodologia
661 mas como já de hábito nesse Conselho, a discussão de metas por seus respectivos objetivos e
662 setores, isso vem ao encontro porque esse Conselho ele tem uma formação bem heterogênea. Eu
663 acho que o plano também tem uma linguagem técnica o fato de termos acesso a todas informações
664 em cinquenta dias não significa a compreensão total. Eu acho que as áreas estão aqui pra
665 esclarecer como é que se chegaram a essas metas, os indicadores. Eu acho complexo assim,
666 considerar apenas a leitura e vir hoje pra uma aprovação. A gente encaminhou as contribuições, mas
667 essa discussão eu acho pertinente, então nesse sentido eu faço a defesa de que seja discutido as
668 metas. Hoje é o dia pra discussão e aprovação do plano estadual. É isso. **Nestor (SESA)**
669 Presidente, se me permite, eu não vejo problema de a gente fazer discussão, de maneira nenhuma.
670 Eu só queria lembrar que a gente deixou, pelo que eu pude perceber, prazo suficiente e tempo pra
671 discussão de situações que foram muito concretas de serem colocadas inclusive no sentido de dizer
672 isso aqui não é bom, isso aqui é ruim, né? Das contribuições que foram claramente colocadas aqui.
673 A Secretaria não se furta a fazer qualquer tipo de discussão técnica ou de apresentar dados e
674 situação, mas nós nos preparamos praquilo que foi colocado. Tem muita coisa que talvez queira ser
675 colocado que não tem a questão do material teórico, que foi suscitado. Então a gente pode, não tem
676 problema nenhum, abrir pra uma discussão posterior mas eu gostaria de respeitar aquilo que
677 combinamos por duas etapas aqui neste próprio Pleno, no mês de agosto e no mês de dezembro,
678 que as contribuições que foram colocadas aqui sejam colocadas à prova, sejam discutidas ponto a
679 ponto e que após isso se permanecer alguma dúvida a gente não tem problema nenhum de fazer

680 qualquer tipo de defesa, argumentação. Não há problema nenhum. Mas gostaria de registrar de
681 novo, nós deixamos o tempo aberto, acho que todo mundo tinha entendimento que poderia ser feito
682 de uma maneira muito concreta e democrática. Não tolhamos o direito de ninguém de dizer o que
683 quisesse dentro das propostas ou das sugestões ou das contribuições que pudessem vir, no sentido
684 de tire isso do plano, não coloca isso aqui no plano, isso aqui ta ruim, isso aqui não ta bom, ah isso
685 daqui está excelente. Então acho que teve tempo suficiente pra fazer essa discussão pra gente
686 poder fazer. E, até em respeito a quem mandou, acho que a gente pode fazer ponto a ponto das
687 áreas técnicas e depois se tiver uma outra coisa, a gente pode colocar em discussão. Essa é o
688 encaminhamento da Secretaria. **João Eduardo (CREFITO)** Dando continuidade á fala do Nestor,
689 então o que a gente poderia propor seria de cada proposta ser discutida, ser debatida pra
690 questionamentos, pra novas propostas, as dúvidas; com as respectivas áreas técnicas que estão
691 aqui, que foram preparadas porque leram o material. E aí, não sei se por bloco ou ao final, dentro de
692 um bloco geral, os questionamentos que cada entidade tem a trazer ainda, possam ser discutidas;
693 desde que fique claro e pontuado quais são esses questionamentos porque senão a gente vai ficar
694 aqui discutindo eternamente esses pontos. **Rangel (FEHOSPAR)** Não. Ta ótimo. Acho que a
695 proposta do João bem condizente. Então vou colocar em votação a proposta apresentada em
696 conjunto com o João e o Nestor. Então, apresentar a área técnica, discutir ali as contribuições,
697 finalizando isso, se tiver alguma instituição que tenha mais alguma contribuição, apresente mas a
698 gente não leria todo o plano. Todo PES. Tudo bem? Não, só deixar claro. Só deixar claro, Olga.
699 **Nathalia (Ministério da Saúde)** Não, eu entendi o que a Olga falou. A questão é na escrita, no
700 indicador, tem normas técnicas, mas assim, é pouca coisa, não tem nada de mais, sabe? Depois a
701 gente pode sentar, conversar. Mas é isso, só. **Nestor (SESA)** Nathalia, perfeito. Só que eu acho que
702 isso poderia ter vindo por escrito já anteriormente, que facilitaria muito o trabalho, teve todo o tempo
703 pra fazer essa contribuição, até pra ajudar. Assim, nós não somos perfeitos. O plano tem várias
704 coisas. Inclusive, por isso o prazo de tantos dias pra fazer isso, senão a gente vai ficar um dia, dois
705 dias. **Nathalia (Ministério da Saúde)** Não, eu concordo em número gênero e grau. Não, mas porque
706 assim, eu como gestão. Na verdade assim, o meu papel é sempre contribuir. E, realmente, eu perdi
707 o prazo. Mas enfim, isso aí é de menos. **Nestor (SESA)** Mas a Secretaria não tem problema nenhum
708 de fazer a discussão depois. **Rangel (FEHOSPAR)** Então, vamos avançar. Vamos só colocar em
709 processo de votação, a forma que foi apresentado pela proposta do conselheiro João. Por contraste.
710 Em processo de votação. Os favoráveis. Contrários. Abstenções. Aprovado. **Olga (SindSaude)** Só
711 por uma questão de ordem. Nós gostaríamos que fosse contato os votos, como foram ontem. Todos
712 os votos. Obrigada. **Rangel (FEHOSPAR)** Então vamos lá, novamente. Em processo de votação. Os
713 favoráveis. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Por gentileza então, conselheiros e conselheiras.
714 Fazendo a contagem. Vinte e quatro votos. **Rangel (FEHOSPAR)** Contrários. Abstenções. **Mauricio**
715 **(Secretaria Executiva)** Contando abstenções. Cinco. **Rangel (FEHOSPAR)** Cinco. Ta ok. Muito
716 obrigado. Só registrar a presença do nosso Secretário de Saúde, doutor Beto Preto. Obrigado por se
717 fazer presente. Por favor, se quiser fazer parte aqui da Mesa, sinta-se à vontade. Então ta bom.
718 Obrigado pela presença. **Paulo (CRF)** Bom dia todos. Em primeiro lugar eu queria colocar aqui,
719 Nestor, que como representante do Conselho Regional de Farmácia no CES, ao receber o plano eu
720 encaminhei para a presidência do Conselho Regional de Farmácia por e-mail, conversei
721 pessoalmente com ela e também fiz uma conversa com o Fabio Stahlschmidt que é o meu titular
722 aqui. E, nós compartilhamos a nossa avaliação, portanto e aí eu quero parabenizar por essa
723 proposta porque uma outra coisa que precisa ser considerada é o momento, o período de final de
724 ano, dando pras entidades se reunir e fazer uma discussão. Por exemplo, na minha entidade, o
725 Conselho de Farmácia, teve troca de gestão então não tinha como ter uma reunião de conselho pra
726 fazer essa discussão. **Nestor (SESA)** Por isso o tempo alargado, quase dois meses. **Paulo (CRF)**
727 Mas mesmo assim, teve as dificuldades e eu parabenizo aí, Nestor, por esse teu entendimento.
728 Relacionado à proposta aqui da assistência farmacêutica, eu quero parabenizar a proposição da

729 SESA nesse trabalho de ampliar a meta do cuidado farmacêutico para as vinte e duas regionais de
730 saúde. Eu acho que dessa forma assim a assistência farmacêutica no Paraná tem evoluído cada vez
731 mais, dentro do processo da qualificação das estruturas das farmácias com a questão também do
732 incentivo, da organização da assistência farmacêutica nos municípios e todo processo de
733 capacitação que tem sido feita, a questão do mestrado, isso também foi muito importante pra
734 assistência farmacêutica e tem avançado cada vez mais na assistência farmacêutica. Quando a
735 gente coloca com as coisas do plano, é justamente que a gente tem algumas dúvidas. Eu acho que a
736 gente coloca até pra aí também ser sanado aqui. É nesse sentido. Eu acho assim, Deise, eu acho
737 que isso nos conforta no sentido de saber que a SESA tem essa proposta de avançar no cuidado
738 farmacêutico, inclusive para os municípios. Eu acho extremamente importante a descentralização do
739 componente especializado porque todo mundo sabe aqui que você tem que pegar o medicamento,
740 ter que ir na farmácia na regional de saúde, às vezes viajar de município para o município sede, isso
741 causa um transtorno pro usuário e essa descentralização tem facilitado o acesso. Então, eu entendo
742 que por mim, me sinto contemplado nessa questão. Se o Fabio, representante aqui, quiser fazer
743 alguma fala complementar e se outros conselheiros quiserem falar, mas eu me sinto aqui
744 esclarecido. Quero aqui parabenizar a assistência farmacêutica da SESA por esse trabalho.
745 Obrigado. **Rangel (FEHOSPAR)** Olga? Você tinha pedido. Então era aquela inscrição inicial? Então
746 ta bom. **João Eduardo (CREFITO)** Diante dessa questão da assistência farmacêutica, uma coisa
747 que eu discuto muito, que é a aplicação da lei treze zero vinte e um de dois mil e quatorze, obriga,
748 que a obrigação da existência de um profissional farmacêutico nas farmácias. Eu gostaria de saber
749 como que a SESA vê a distribuição de medicamentos nas unidades de saúde sem a presença de um
750 farmacêutico, em que muitos municípios acabam chamando esses locais não de farmácia mas de
751 dispensário? Então, eu gostaria de saber o posicionamento e aí diante desse posicionamento, saber
752 qual o encaminhamento. **Deise (DEAF/SESA)** Veja, essa é uma questão que se discute a bastante
753 tempo, né João. Existe, até o Paulo possa enquanto Conselho Regional de Farmácia. Existe essa
754 obrigatoriedade da presença do farmacêutico para a questão do armazenamento, para a guarda e a
755 dispensação dos medicamentos; a gente entende que particularmente hoje, acho que o Paraná é um
756 dos Estados que tem isso como melhor regularizado em relação a número de farmacêuticos por
757 município. Então a gente tem alguns instrumentos, por exemplo, a compra no consórcio Paraná
758 Saúde dos medicamentos sobre controle especial só se dá se o município tiver um farmacêutico
759 devidamente inscrito no Conselho Regional de Farmácia. Isso acontece a cada três meses quando
760 da programação. Então algumas exigências que trazem esse nível de algumas exigências que
761 trazem esse nível de organização. A gente também tem que pensar que, eu particularmente, não
762 acho que é viável a gente ter um farmacêutico em cada posto de dispensação, em cada unidade
763 básica de saúde. É o desejável? Sim. Mas acho que a gente ta num processo de evolução e
764 construção. O Conselho Regional de Farmácia tem trabalhado, tem a liberação novecentos e
765 quatorze, se eu não me engano, que é de uns dois anos atrás, onde se aproximou dos municípios e
766 pediu pros municípios um plano de ação pra que essa legislação seja cumprida. Então, o que a
767 gente vê? Realmente a necessidade do profissional ser quem faz a gestão da assistência
768 farmacêutica no município, mas também a possibilidade de você manter acesso dos usuários. No
769 caso por exemplo de pacientes em unidades rurais, unidades mais distantes, onde o usuário é
770 cadastrado pra receber medicamentos de programas de hipertensão, diabetes; isso você pode ter
771 um outro profissional fazendo essa entrega e fazendo a dispensação sob supervisão de um
772 farmacêutico. Então, na minha opinião é assim, a gente ta num processo, ta avançando, ta
773 organizando, acho que essa lei nunca foi cumprida na exigência de se não tiver, não tem acesso ao
774 medicamento, acho que uma coisa muito radical dizer se não tem o profissional farmacêutico o
775 medicamento não chega. Há entre os medicamentos, uma categoria dos medicamentos controlados,
776 medicamentos que tem uma característica diferenciada por exemplo mesmo os medicamentos dos
777 componentes especializados, esses sim estão em unidades, farmácias municipais sob guarda e

778 responsabilidade e dispensação do farmacêutico. Eu acho que é um processo de organização em
779 evolução mas que também por outro lado e aqui ouço muito meus colegas do COSEMS trazendo
780 essa questão, que a gente não pode impedir o acesso do paciente a um medicamento por vezes por
781 falta dessa estrutura. Repito que o Paraná tem uma resolução do Conselho Regional de Farmácia
782 que está sendo executada, onde os municípios foram convidados a apresentar esse plano de ação
783 pra contemplar essa legislação, então, acho que a gente tem um crescer e esse crescer tem que ser
784 com essa responsabilidade. Acho que é isso. **Nestor (SESA)** Só pra completar, isso não é, o que eu
785 vou colocar aqui é importante porque a Secretaria teve o cuidado na construção do plano de
786 respeitar muito dentro daquilo que ela vai propor de meta, diretriz, objetivo, a autonomia dos entes,
787 sabe João? Isso é uma coisa que tem um limite muito complicado de a gente colocar algumas coisas
788 em função daquilo que o Estado não vai executar, os municípios vão executar, né? A Deise colocou
789 isso na fala anterior dela e falou agora do COSEMS que hoje infelizmente a Grazi e a Georgia não
790 estão aí, não vi elas, se elas estiverem, elas podiam até se manifesta. Mas que isso tem um
791 componente muito próprio da condição da gestão municipal, embora nós na gestão estadual
792 tenhamos responsáveis técnicos farmacêuticos em todas nossas farmácias, a grande ampliação da
793 estratégia de saúde da família, a expansão da política nacional da atenção básica com as várias
794 unidades de atenção básica pelo Brasil nas suas diversas modalidades cai justamente nisso que a
795 Deise falou e que o Paulo colaborou, uma problemática que foge um pouquinho da questão do
796 exercício profissional e cai muito na questão do acesso ao medicamento. Então, essa é uma
797 dinâmica que precisa ser observado, precisa, acho que o Conselho de Farmácia ta acompanhando a
798 par e passo isso, a Secretaria também acompanha, mas é uma questão que a gente tem que colocar
799 muito não esquecendo da realidade dos municípios nessa discussão. **Elton (CMS Cascavel)** Eu
800 gostaria de muito bem, a apresentação sua foi fantástica quando você fala do farmacêutico
801 entregando as medicações de alto custo e medicações principalmente controladas, acho isso
802 importante dentro do município. Gostaria de saber como a Secretaria ta pensando de estruturar
803 essa, as farmácias do Estado que hoje não tem esse farmacêutico entregando esses medicamentos.
804 Como é que vocês colocaram isso no plano? Pra tentar melhorar esse fornecimento que acontece
805 hoje nas farmácias especiais de todo Estado do Paraná, onde estão sendo colocados técnicos de
806 enfermagem e outros profissionais na dispensação desses medicamentos de altíssimo custo e nós
807 como usuários também a gente tem essa preocupação que como esse medicamento ta chegando,
808 importante o que você falou, que não é simples, o Nestor também colocou antes numa proposta, não
809 é simplesmente entregar o medicamento e o usuário vai embora com esse medicamento de alto
810 custo. Então gostaria de saber como que vocês estão pensando de também não só cobrar do
811 município e estruturar com farmacêuticos as farmácias do Estado. **Deise (DEAF/SESA)** Elton, assim,
812 eu acho que a gente ta fugindo um pouco do tema, mas eu tenho o maior prazer em te responder.
813 Todas as farmácias do Estado, todas as centrais de abastecimento farmacêutico do estado, isso a
814 gente contando as vinte e duas regionais, tem responsável técnico. Nós temos pelo menos três
815 farmacêuticos servidores de carreira em cada uma das vinte e duas regionais que dão conta de
816 supervisionar as atividades, sejam elas de recebimento, de armazenamento, de distribuição e de
817 dispensação de medicamentos. O ato da entrega, ele tem que acontecer sob supervisão de um
818 farmacêutico. É inviável a gente ter e é desnecessário a gente ter farmacêuticos entregando os
819 medicamentos pra todos os pacientes, isso é uma questão que nem o Estado nem o município vai,
820 isso não vai acontecer e não é necessário. O que é necessário? Uma equipe sim de assistentes, de
821 técnicos, de auxiliares que fazem essa tarefa da entrega sob supervisão do profissional
822 farmacêutico. E por isso Elton, eu não sei a quanto tempo você acompanha, daí a gente tem trazido
823 pra esse Conselho toda essa proposta da construção do cuidado farmacêutico que foi o que eu
824 comecei a fazer a explicação. Então, muito mais importante do que a entrega, é a orientação. Por
825 isso que os nossos usuários hoje, dentro das farmácias das regionais de saúde são orientados por
826 um farmacêutico numa consulta farmacêutica de primeiro atendimento que leva em média vinte

827 minutos e ele sabe que medicamento ele está levando, qual é a proposta daquele tratamento, quais
828 são os riscos com aquele medicamento e o que a gente espera como resultado desse tratamento.
829 Isso é inovador no país, assim, dentro do componente especializado e a gente tem colhido muitos,
830 assim, a satisfação dos usuários é muito grande porque por vezes ele tem um tratamento de
831 altíssima complexidade e que ele não sabe utilizar. Então, eu te asseguro com tranquilidade, que eu
832 não defendo farmacêutico pra fazer dispensação. A gente tem que ter uma equipe capacitada, uma
833 equipe sob supervisão e o farmacêutico tem que estar nessa orientação mais especializada e na
834 condução desse tratamento desse paciente que é o que a gente colocou ali no início. Então, uma
835 coisa é o responsável técnico, uma coisa a supervisão, a outra coisa é o ato da entrega e outra coisa
836 é orientação. Fui clara? Mais ou menos? **Rangel (FEHOSPAR)** Deise, obrigado. Então, em relação à
837 discussão da área técnica que a Deise apresentou, findou. Vou passar a palavra pra Goretti e vou
838 pedir, pessoal, pra gente ater sempre à discussão, não fugir do ponto ali de discussão, ta? Porque
839 senão, lógico, eu sei que tem contribuições, nós temos necessidade e vontades, mas daí vamos ficar
840 muito tempo discutindo outras situações. Então, se ater sempre àquilo que vai ser discutido
841 pontualmente. Tudo bem? Vamos fazer. Já é dez e meia, acho que a gente precisava fazer o
842 intervalo nosso que é regimental. Pode ser? Então, dez minutos de intervalo. **(F2)** Retomar nossos
843 trabalhos. Mauricio, por favor, conferir o quórum. **Mauricio (Secretaria Executiva)** Conselheiros,
844 conselheiras. Por favor, mantenham seus crachás erguidos para a contagem de quórum. Iniciando
845 novamente a reunião. Contando. Vinte e quatro. Quórum adequado. **Rangel (FEHOSPAR)** Vinte e
846 quatro, quórum adequado. Vou passar a palavra então para a conselheira Goretti. **Maria Goretti**
847 **(SESA)** Bom dia, presidente, demais diretores, todos os conselheiros, conselheiras, todos os
848 profissionais presentes. Nos organizamos, senhor presidente, para dar tratamento e análise de todos
849 os pontos apresentados pelos conselheiros, em relação à nossa área de atuação na Diretoria de
850 Atenção e Vigilância em Saúde. Nós estamos com toda equipe aqui, nossas coordenadoras e chefes
851 de divisão, para que possamos atender a qualquer questionamento do Plenário. Vou chamando por
852 área técnica para facilitar e fico junto também a disposição para qualquer questionamento. Ok? O
853 primeiro ponto projetado é o da conselheira Andreia Baltazar Dias, da Federação das Entidades de
854 Portadores de Deficiência Física do Estado do Paraná, que na verdade não fez uma, fez várias
855 questões, vamos respondê-las em bloco. Então, passo para Aline, que é nossa chefe de divisão de
856 atenção à pessoa com deficiência. **Aline (SESA)** Bom dia a todos. Sou responsável pela divisão de
857 saúde da pessoa com deficiência. Então eu vou ler ali a proposta e vou fazer a justificativa nossa.
858 Em relação ao CER então, nós temos já implantado no Estado do Paraná dois centros
859 especializados em reabilitação, CER quatro em Foz do Iguaçu que foi habilitado em dois mil e
860 quinze, então ele trabalha com quatro tipos de deficiência, intelectual, visual, auditiva e física. E, no
861 final do ano passado foi habilitado o Hospital de Reabilitação como um CER três, ele só não trabalha
862 com deficiência intelectual, mas os outros tipos de deficiência estão contemplados. Para habilitação
863 de um centro especializado em reabilitação, quem faz essa habilitação é o Ministério da Saúde e o
864 Ministério da Saúde ele usa como um documento oficial um plano estadual de saúde da pessoa com
865 deficiência. Então todos os Estados trabalham esse plano, nesse plano ele tem toda linha de cuidado
866 da pessoa com deficiência, então ele define todos os pontos de atenção e tem um histórico de como
867 está hoje a linha de cuidado no Estado e quais serviços a gente pretende pleitear junto ao Ministério
868 da Saúde. Então esse plano ele ta sendo atualizado, ele parte de um plano que vem das regionais,
869 então as regionais fazem o plano regionalizado e depois a gente analisa tudo que veio e faz o plano
870 estadual. Esse plano estadual ele tem que passar tanto pela anuência do grupo condutor, o grupo
871 condutor foi homologado ontem na SESA, na CIB, com a nova atualização dele, composição e
872 também ele tem que ser pactuado em CIB. Como é também um serviço que a gente depende de
873 habilitação do Ministério, a gente acha meio complicado colocar como proposta de indicador no CER
874 porque a gente não tem como garantir indicador no PES porque a gente não tem como garantir que
875 isso vai ser habilitado ou quando vai ser habilitado. Daí o próximo, então, incluir no plano estadual de

876 saúde a possibilidade de terapias à população com deficiência intelectual, daí não apenas para fins
877 de saúde, mas também como efeito reflexo de inclusão escolar. Então a gente já vem trabalhando
878 isso no Estado, a gente tem os pontos de reabilitação intelectual habilitado. A gente tem serviço de
879 modalidade única e dentro dos serviços existe equipe multidisciplinar, existem as terapias. Então
880 isso já vem trabalhando nos serviços, a gente já faz, os serviços já fazem esse tipo de terapia
881 conforme proposto ali para deficiência intelectual. Hoje, no Estado, a gente tem trezentos e vinte e
882 três equipamentos, a maioria deles são as APAEs que trabalham com deficiência intelectual. Então
883 assim, já existe, já vem sendo trabalhado. Autismo, incluir uma meta específica de atendimento ao
884 autismo. Então, a pessoa que tem transtorno do espectro autista, ela é considerada por lei, isso
885 desde dois mil e treze, uma pessoa com deficiência intelectual. Então o autismo, a gente trabalha já
886 também na linha de cuidado da pessoa com deficiência, então todos os pontos de atenção, todas as
887 ações que a gente tem voltado à deficiência intelectual estão contempladas às ações para o autismo.
888 Isso não significa que a gente não pense em ações diferenciadas, a gente tem um programa do
889 autismo no Estado já, mas assim, não tem como a gente ficar segregando em todas as temáticas,
890 em todas as áreas para trabalhar, então a gente trabalha com as deficiências intelectual, visual,
891 auditiva e física. Então, a meta ali do autismo, ela ta sendo contemplada junto com as deficiências
892 intelectual. **Rangel (FEHOSPAR)** Então, são essas sobre pessoas com deficiência. Você prefere
893 que faça por área agora, área técnica? Então está bom. Vamos fazer assim. Isso. Ótimo. Então
894 vamos abrir inscrição, nesse momento, correspondente à essa área técnica. Então, no término da
895 palavra da Ana. Pois não, João? **João Eduardo (CREFITO)** Só um momentinho. É que na verdade
896 tem algumas propostas nossas também que estão relacionadas à parte de pessoa com deficiência.
897 Então não sei se você quer trabalhar junto ou se vai fazer por proposta ou por área? **Rangel**
898 **(FEHOSPAR)** Vamos fazer todos já. Melhor. **Aline Jarschel de Oliveira (SESA)** A quatorze é
899 inserção de ação da meta inserir e ampliar a atuação do TO na equipe de atenção especializada,
900 mas essa não é voltada mais para o SIM Paraná que você perguntou? **João Eduardo (CREFITO)**
901 Na diretriz dois, objetivo sete, tem ali a questão do objetivo relacionado à pessoa com deficiência,
902 que seria a meta dois ponto sete ponto seis, que nós solicitamos a questão da reabilitação visual,
903 informações sobre reabilitação visual já que no plano consta que não há. E, a dois ponto sete ponto
904 cinco, em que nós solicitamos a discussão de uma nova, uma proposta de uma nova meta com a
905 sua respectiva ação que seria ampliação do serviço de referência de reabilitação física no Estado
906 adulto e pediátrico. E. **Aline (SESA)** A dezenove, né? **João Eduardo (CREFITO)** Ainda, no objetivo
907 sete, nós temos alguns questionamentos com relação a um texto que está no plano estadual de
908 saúde, na página oitenta e sete, que seria quais os serviços que estão sendo considerados na
909 contagem de vinte e cinco unidades de atendimento de modalidade única de reabilitação física e
910 onde estão localizadas e qual o estado de atividade dos serviços habilitados para confecção e
911 distribuição de órteses, próteses e meio de locomoção. E aí se a gente for pensar na questão de
912 órteses, próteses e meio de locomoção como pessoas para deficiência, a gente teria mais um
913 questionamento com relação a esse tema. **Aline (SESA)** Então, vamos lá na dezesseis, que é
914 ampliar os serviços de referência de reabilitação física de Estado adulto e pediátrico levando em
915 conta a densidade demográfica das regionais de saúde. Então a gente já tem os dois centros
916 especializados em reabilitação habilitados, como eu já falei e isso tudo ta sendo estudado no plano
917 estadual da pessoa com deficiência. A gente ta fazendo essa revisão, a gente ta vendo quais são os
918 serviços que estão querendo o pleito, a gente ta fazendo, levando em consideração o PRI, que é o
919 planejamento regionalizado integrado, que a gente vem trabalhando. Então a gente está fazendo
920 isso, mas dentro do plano estadual de saúde da pessoa com deficiência. Implantar um serviço para
921 referência de reabilitação visual. A gente tem dois serviços implantados, a gente tem o CER quatro e
922 o CER três. O CER quatro trabalha com todas as deficiências, no texto, quando se refere, no texto
923 do PES, que não tem nenhum serviço de modalidade única implantado, mas o centro especializado
924 em reabilitação tem deficiência visual e o nosso plano, que a gente vai revisar e tem outros serviços

925 que querem pleitear habilitação para reabilitação visual. Ampliar os pontos de avaliação e oferta de
926 próteses, órteses e meios de locomoção. Então a gente não tem nenhuma oficina ortopédica que faz
927 a dispensação desses produtos habilitado, mas no Estado do Paraná a gente tem os serviços de
928 reabilitação física, que esses serviços têm que fazer dispensação de órteses, próteses e meios de
929 locomoção. Então assim, existem os serviços, estão sendo feitos e também existe o pleito psra
930 outras oficinas para que sejam feitas oficinas ortopédicas no Estado e isso também está dentro do
931 plano estadual da pessoa com deficiência. E, o vinte é a capacitação, atualização de fisioterapeutas
932 e terapeutas ocupacionais no SUS, isso? Esse entra também? Educação Permanente? **João**
933 **Eduardo (CREFITO)** Sim, ele entra, na verdade ele é misto. Mas ele ta abrangendo também a
934 questão da saúde da pessoa com deficiência. Porque na verdade ali a proposta está relacionada à
935 prescrição de próteses e órteses pelo fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional. Então a gente tem
936 uma demanda grande, porém a gente percebe que falta um pouco de capacitação dos profissionais
937 e aí entraria essa cooperação junto com o CREFITO para nós estarmos trabalhando junto aos
938 nossos profissionais pra que eles possam estar prescrevendo as próteses, órteses e meio de
939 locomoção. **Aline (SESA)** Certo. Isso é uma das funções do centro especializado de reabilitação em
940 fazer também essas capacitações para os profissionais, então, isso ta dentro da política mesmo da
941 pessoa com deficiência, mas sim, a gente faz as parcerias, a gente ta em parceria com o CREFITO
942 em relação a construção do protocolo da oxigenoterapia que a gente vem mexendo. Eu só, na minha
943 visão, colocar um Conselho específico como meta, como indicador, eu acho complicado porque a
944 gente trabalha com a equipe multidisciplinar, a gente tem o fono, a gente tem o TO, a gente tem o
945 fisio, a gente tem o nutricionista, que são tão importantes quanto e fazem parte do processo. Então,
946 se for aceitar essa proposta, a gente tem que avaliar e colocar como uma equipe multidisciplinar.
947 Pensando que na educação permanente a gente já prevê, não sei, tem uma série de cursos que já
948 estão descritos que vão acontecer, de qualificação, de capacitação de profissional. Então, eu acho
949 que não cabe. **João Eduardo (CREFITO)** Aline, desculpa, eu não entendi. **Aline (SESA)** O que você
950 não entendeu? **João Eduardo (CREFITO)** A questão que você falou que por ser específico. É que a
951 prescrição, eu to falando especificamente da prescrição de próteses e órteses. **Aline (SESA)** Mas
952 quando a gente trabalha com a pessoa com deficiência, isso que eu to te dizendo, não é só a órtese
953 e prótese que a gente tem que capacitar, tem que capacitar a equipe multidisciplinar. A gente tem
954 que capacitar todos os profissionais. No nosso indicador que a gente propôs no PES, a gente fala de
955 implementação do plano estadual como ação principal. O PES está mais enxuto e a gente colocou
956 uma ação principal que vai englobar tudo o que a gente quer da pessoa com deficiência. Então lá ta
957 bem descrito, implementação do plano estadual da pessoa com deficiência, porque no plano está
958 detalhado tudo que a gente tem que fazer e qualificação dos profissionais e da equipe
959 multidisciplinar. Então a gente já ta contemplando isso, mas não pensando só numa categoria
960 profissional, mas pensando em todos que fazem parte do processo. **Rangel (FEHOSPAR)** Mais
961 algum ponto? **Ana Cristina (SindSaude)** Eu não fui contemplada na inscrição. **Rangel**
962 **(FEHOSPAR)** Peraí. Vamos só ver se tem mais alguma situação que a Alini precisa. É? Então vou
963 abrir para discussão. Não. Eles só tavam. Agora eu vou abrir mesmo. Então, vamos lá então, abrir a
964 discussão. Mais alguém? Então na fala da Ana, no término da fala da Ana eu fecho as inscrições.
965 **Ana Cristina (SindSaude)** Se puder voltar lá na proposta que o SindSaude fez então, não sei, então
966 é uma questão de esclarecer mesmo. Eu vou me referir ao objetivo sete, que é implementar a linha
967 de cuidado à pessoa com deficiência. Foi baseado então nessas quatro metas que eu pontuei lá,
968 incluir uma meta específica de atendimento ao autismo, deveria complementar ali a questão da
969 deficiência intelectual. Todas essas metas, Alini, elas fazem parte da triagem neonatal. Aí a resposta
970 que são as ações, ta dizendo implementar o plano estadual de saúde. Então, você ta dizendo que a
971 implementação, realmente, o plano estadual de saúde ele contempla tudo isso, mas enquanto meta
972 a gente não tem nada direcionado à deficiência intelectual ou enfim, quaisquer outras coisas, a gente
973 tem meta relacionada à triagem neonatal. Então ali, o indicador crianças que realizaram o teste do

974 pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha, sabe? Então em que momento que isso vai ser
975 contemplado? Não sei se a gente criaria uma meta específica, sabe? Então, é nesse sentido que eu
976 propus a inclusão do autismo mas pode aí ler-se deficiência intelectual, a ideia não é fazer nenhum
977 tipo de segregação, entendeu? Mas realmente é que seja contemplado esse tipo de deficiência.
978 **Aline (SESA)** Ana, quando a gente fala da pessoa com deficiência, a gente não tem banco de dados
979 que nos dê informação da pessoa com deficiência. Primeira coisa, a gente trabalha com estimativa,
980 então a gente não sabe dizer quantas pessoas com deficiência tem no Estado do Paraná, isso tudo
981 são dados que a gente tem uma estimativa do IBGE, de que a gente imagina quantos são. Para
982 gente ter o indicador que a gente consiga fazer o monitoramento, desenvolver a ação, a gente
983 precisa ter um banco de dados confiável, não pode ser que eu vou criar uma coisa lá e vou
984 acompanhar. Então a gente. Porque a gente escolheu o teste de triagem neonatal? A triagem
985 neonatal tem que ser realizada, que entre os testes da orelhinha, do pezinho, do coraçãozinho, todos
986 os testes que bebê faz, porque a gente consegue prevenir as deficiências. Então dependendo do
987 quanto antes diagnosticado, antes ele vai ser tratado e aí a gente consegue fazer a prevenção. E,
988 como ação, a gente colocou implementação do plano de saúde, da pessoa com deficiência, porque a
989 gente tem lá, a gente tem todas as metas, tudo o que a gente precisa fazer para que a gente
990 trabalhe a linha de cuidado da pessoa com deficiência. Então por isso que, agora pensando no que
991 você colocou, autismo ali, né? Não tem como trabalhar o autismo, a síndrome de Down e outras
992 tantas deficiências, não tem como trabalhar segregado isso, não vai ter plano que a gente agente
993 trabalhar, ações relacionadas. Então a gente tem que se ter uma ação global e aí pensar, talvez em
994 programas específicos pra isso, mas assim, o autismo por exemplo veio uma demanda e gente teve
995 que trabalhar o programa do autismo e ta sendo trabalhado e a gente tem isso. Mas a gente tem que
996 trabalhar as deficiências, então, visual, intelectual, auditiva e não específico de cada área. **Ana**
997 **Cristina (SindSaude)** Bem, eu só reforço mesmo, se a meta que ta bem específica, com indicadores
998 específico à meta, vai contemplar tudo isso, ok. Não sei se é tão tranquilo assim de se compreender.
999 Não sei se me fiz entender, gente. Mas é que ta muito claro aqui a questão da triagem. E, o indicador
1000 também, então penso que são essas metas que a gente vai avaliar, a gente estar trazendo outros
1001 públicos, aí tem a APAEs, tem tantos outros serviços que dependem disso que tem recurso
1002 acoplado, tem o processo de descentralização desse serviço que eu não to vendo contemplado aqui
1003 no plano estadual, sabe Alini? Eu não sei te dizer agora como é o nome dessa meta, mas eu não sei
1004 se a triagem neonatal contempla isso. É só isso que eu queria registrar. Obrigada. **João Eduardo**
1005 **(CREFITO)** Então assim, na página sessenta e sete do plano estadual de saúde, tem um quadro que
1006 fala que trata da produção físico-ambulatorial por complexidade e aí tem uma série de
1007 procedimentos, tem oito procedimentos e aí dentro do sétimo procedimento é órteses, próteses e
1008 materiais especiais e tem alguns índices zerados ali. E aí diante disso, eu fiz um questionamento ali
1009 nas nossas propostas que seria qual o estado de atividade dos serviços habilitados para confecção e
1010 distribuição de órteses, próteses e meio de locomoção, no sentido de entender qual é o real estado
1011 da distribuição desses produtos, da realização desse serviço que não é simplesmente entregar mas
1012 é fazer as medidas, fazer os moldes e tudo mais, então é um serviço super individualizado pra cada
1013 paciente e o que a gente percebe, tem uma fila muito grande e são pacientes que, pegando um
1014 exemplo da situação de órtese, a órtese que é prescrita ele faz uma avaliação com uma determinada
1015 configuração e aí pelo tempo de espera o quadro dele pode ser complicado e aí quando a órtese um
1016 ano, dois anos depois é entregue já não serve mais pra situação dele. Então eu queria entender isso
1017 e por isso que a gente elaborou aquela proposta dois dezesseis quatro, que seria ampliar os pontos
1018 de avaliação de oferta de próteses, órteses e meios de locomoção, entendendo aí que a gente tem
1019 um déficit da entrega desse produto. **Aline (SESA)** Posso responder ele primeiro? **Olga**
1020 **(SindSaude)** Não pode ser em bloco? **Rangel (FEHOSPAR)** Vamos fazer assim, esse momento, só
1021 porque a gente não se preparou pra isso, tudo bem? Daí ela vai respondendo, ela vai responder o
1022 João. A Ana você já foi respondendo para ela e depois a Olga faz a fala dela e você responde a

1023 Olga. Os próximos é, por bloco. Daí já vai anotando e responde tudo junto. Tudo bem? Desculpa, viu
1024 Olga. **Aline (SESA)** João, eu não sei se ampliar seria só o suficiente porque a gente tem que
1025 monitorar. Isso, os serviços tem um regulamento, eles sabem o que eles tem que ofertar, existe uma
1026 normativa, não é simplesmente ofertar por ofertar, não fazer o acompanhamento e além de ofertar a
1027 órtese e prótese e meios de locomoção eles tem que fazer o acompanhamento do paciente, isso
1028 dentro de um único serviço. Isso os serviços de reabilitação física fazem, auditiva também faz com a
1029 sua adaptação, enfim, e visual, assim por diante. O que a gente tem que fazer é o monitoramento.
1030 No plano estadual, a gente não colocou todas as ações que a divisão vai fazer, a gente tem um
1031 planejamento nosso, o plano é mais enxuto, é essa a ideia. Nos foi pedido, para cada equipe técnica
1032 que fizesse uma ação que contemplasse todas as; a ação principal da nossa área, mas a gente tem
1033 várias outras ações que vão ser desenvolvidas e o monitoramento dos serviços está incluído nela,
1034 nesse nosso planejamento da divisão. **Nestor (SESA)** Só pra complementar o que a Alini ta dizendo,
1035 e acho que todos os conselheiros podem notar, isso a gente já falou lá no ano passado, na hora da
1036 apresentação, que a gente colocou, procurou enxugar em ações. Eu falei isso aqui antes também, e
1037 colocar as ações que seriam mais estratégicas. As ações do dia a dia, que estão contempladas no
1038 interior do plano, na descrição da análise situacional como você mesmo coloca, na página oitenta e
1039 nove, em relação ao serviço, sessenta e sete, oitenta e nove, oitenta e sete, né? Página oitenta e
1040 sete, dentro do plano, no descritivo do que ta acontecendo, muitas das ações estão sendo
1041 relacionadas na análise situacional. Agora, o que a gente não quis fazer dentro do plano é que tem
1042 que detalhar cada tipo de ação que o plano ficasse uma coisa interminável no sentido de ações e de
1043 monitoramento conforme a Alini falou, senão a gente torna ele uma coisa muito repetitiva, difícil até
1044 de analisar e de criar condições pra que o próprio Conselho possa analisar como que a meta foi
1045 atingida, como foi colocada. Eu pedi assim pra que eles, vou falar um pouquinho assim no sentido de
1046 ações mesmo, não colocar como ação ou como meta ou como medida ou como indicador daquilo
1047 que fosse, precisa ser monitorado? A compra do papel sulfite, o planejamento da reunião, a
1048 aquisição, a confecção de panfleto e neste sentido, o que a gente pudesse enxugar em metas, em
1049 objetivos, em diretrizes mais sintéticas e mais fáceis de serem colocadas porque engloba muita
1050 coisa, muitas das ações que fazem parte de uma mesma política, como por exemplo o que a Alini
1051 colocou ali antes. Quando a gente fala da pessoa com deficiência, a gente não ta falando
1052 especificamente de uma ou outra determinada situação porque isso ta contemplado na descrição da
1053 análise situacional, as ações elas vão ocorrer pra todas as questões. A gente viu também, se vocês
1054 puderem analisar nesse sentido, nós não segmentamos as redes de atenção e redes de atenção
1055 temáticas, nós colocamos numa rede de atenção à saúde única, com linhas de cuidado bem
1056 definidas e essas linhas de cuidado foi passando por todo espectro de todas situações que precisam
1057 ser colocadas, relacionando muito de novo com a análise situacional que a gente descreve
1058 amplamente no teor do documento. Então, eu volto a colocar, a perspectiva do plano é de que os
1059 objetivos são estratégicos e que dentro desses objetivos estratégicos, as ações estejam todas
1060 colocadas e não tão pulverizadas. A Secretaria entende, o Governo entende que quanto mais eu
1061 pulverizar, menos eu consigo focar e menos resultado prático eu consigo dar para as deficiências
1062 apontadas, para aquilo que se entendeu como mais estratégico, não que a gente não vá fazer tudo o
1063 que precisa ser feito, muito pelo contrário, vamos fazer tudo aquilo que é demanda, que é legal, que
1064 é de ordem prática do dia a dia mas pra fins de monitoramento e até peguei na fala da Ana Cristina,
1065 que a gente consiga focar nas questões um pouco mais abrangentes, mais estratégicos, que elas
1066 estejam abarcadas pra que a gente possa ter um melhor espectro de monitoramento, um melhor
1067 entendimento e não simplesmente um plano que seja cartorial na hora de fazer a prestação de
1068 contas. A gente coloca lá, de toda sorte, de ações que viram uma bíblia desse tamanho, assim que
1069 nem o nosso relatório quadrimestral que nós vamos enviar aqui pro Conselho, que já foi até enviado,
1070 que tem quatrocentas e poucas páginas, impossível de ser debatido ele de uma forma concreta e
1071 coerente com o controle quando a gente coloca "n" itens de "n" ações que são colocadas lá em

1072 função daquilo que a gente colocou no plano estadual de saúde ano passado, no plano passado.
1073 Não quer dizer que o plano, ah não foi um plano exequível, não é isso, é mais no sentido estratégico
1074 do plano, então, como meta, como objetivo, como diretriz do plano a gente pretendeu focar em
1075 algumas situações. **João Eduardo (CREFITO)** Concordo com você, acho que o objetivo não é fazer
1076 uma bíblia, entretanto, eu não posso me omitir ao fato de que em um município só, que é onde eu
1077 atuo, entendendo que isso se replica nos outros trezentos e noventa e oito municípios, eu não posso
1078 fechar os olhos pra situação que a gente tem por exemplo e aqui a gente ta falando das pessoas
1079 com deficiência, de um déficit de um produto, de um serviço que não é entregue a essa população
1080 específica. Não é um problema dessa gestão, assim como não é um problema e nem da gestão, um
1081 problema histórico e nem tão pouco é um problema que vai ser solucionado nesta gestão. É um
1082 problema que, é uma demanda que a gente tem que lidar e saber, e vai monitorar e vai trabalhar e
1083 essa é a nossa ideia. Agora, como vocês mesmos falaram, vocês não colocaram, vocês colocaram
1084 linhas gerais e aí o meu olhar mais aprofundado dentro dessa linha eu não consegui visualizar, logo
1085 eu faço questionamento. Me perdoe se eu tiver sendo prolixo, mas a questão é que você não
1086 identifica no plano, logo você questiona. **Nestor (SESA)** Complementando pro João, é só expor o
1087 lado da Secretaria também, que não foi tão detalhado por conta desta visão de construção de plano.
1088 É só isso. A Goretti ta me lembrando que essas questões serão detalhadas no plano da pessoa com
1089 deficiência e também muito daquilo que a gente ta falando hoje, ta muito mais aparente na
1090 programação anual de saúde, isso é onde vai contemplar as ações mesmo feitas, aparece muito
1091 mais coisa, mais dividida. Então é nesse sentido que a gente ta trabalhando com todos os
1092 instrumentos de gestão que são possíveis na nossa mão. **Olga (SindSaude)** Então, voltando a essa
1093 discussão da página oitenta e sete em que é feito o diagnóstico, nós não vimos aqui desses
1094 trezentos e vinte e três serviços, que serviços são esses além das APAEs, porque aqui ta colocado
1095 que dentre eles tem a APAE, certo? Quais são os outros? Eu estou aqui perguntando porque de fato
1096 eu não sei quais são os outros. E, no âmbito do Estado do Paraná, nós só temos o CRAID, que é o
1097 centro regional de atenção integral ao deficiente e ele disponibiliza dez vagas para vinte e duas
1098 regionais de saúde, há uma fila interminável e infundável de espera pra poder fazer o atendimento a
1099 essa população que tem deficiência intelectual. Então assim, com relação a esse diagnóstico, não
1100 tem no objetivo sete, que é implementar a linha de cuidado da pessoa com deficiência, quem que vai
1101 fazer e qual é a meta, qual o indicador e quais as ações; esta é a grande deficiência deste objetivo
1102 que nós gostaríamos não de jogar num plano que será elaborado, mas de uma meta e de um
1103 indicador que será aprovado concretamente num plano estadual de saúde. Então, nós entendemos
1104 que a SESA tem que colocar as suas ações aqui, não apenas de acompanhamento das APAEs ou
1105 dos outros serviços que não estão sob a gestão pública e estatal. Então nesse sentido nós
1106 entendemos que nós temos que ter concretamente a meta, linha de base, indicador e ações dois mil
1107 e vinte dois mil e vinte e três para implementar essa linha de cuidado da pessoa com deficiência
1108 intelectual. **Maria Goretti (SESA)** Olga, no projeto que você está se referindo, na página cento e
1109 trinta, implementar a linha de cuidado à pessoa com deficiência, nós temos quatro metas bem
1110 definidas em relação ao que está sendo apresentado agora. Manter cem por cento o teste do
1111 pezinho, dos nascidos vivos no Estado do Paraná; realizar teste de emissões otoacústicas para
1112 triagem auditiva em cem por cento dos nascidos vivos em hospitais da rede SUS no Paraná; realizar
1113 teste do coraçãozinho em cem por cento dos nascidos vivos em hospitais da rede SUS do Paraná e,
1114 realizar o teste do olhinho em cem por cento dos nascidos vivos em hospitais da rede SUS do
1115 Paraná. Sem contar que já pactuamos em CIB a regulamentação da lei do teste do bracinho em
1116 criança até três anos de idade que também será realizado no Paraná, mesmo não constante no
1117 plano estadual. **Olga (SindSaude)** Bom, nós entendemos isso daqui claramente, Goretti, se me
1118 permite a observação. Nós observamos isso e fizemos essa ressalva que as metas estão voltadas
1119 para a triagem, nós estamos falando da abordagem à deficiência intelectual para o acolhimento,
1120 abordagem e tratamento e a partir do momento que nós, nós estamos colocando aqui no plano, a

1121 gente ta dizendo no diagnóstico lá da página oitenta e sete que a gente vai fazer um levantamento,
1122 ta aqui na oitenta e sete, nós vamos fazer uma, estamos elaborando, foi elaborado o cadastro da
1123 pessoa com transtorno do espectro do autismo com informações que auxiliarão nas ações de
1124 atenção e cuidado, qual é a leitura que eu to fazendo aqui? Nós não temos um diagnóstico, nós
1125 vamos fazer esse diagnóstico a partir deste levantamento, o que é de extrema importância, sem
1126 diagnóstico eu não sei por onde eu vou caminhar com o meu serviço. No entanto, se eu já tenho um
1127 serviço que é o CRAID que só oferta essas dez, esses dez acolhimentos, esses dez atendimentos
1128 para vinte e duas regionais e eu tenho uma fila que é bastante grande, uma demanda bastante
1129 grande significa que eu tenho uma necessidade percebida e sentida, tanto pelo CRAID quanto pela
1130 população, da necessidade de ter metas que atendam essa população colocadas aqui no plano, com
1131 indicadores inclusive pra que a gente possa trabalhar. Tudo bem que nós vamos elaborar um plano
1132 conforme ta na página cento e vinte, que a gente ta? Cento e trinta, né? Se tivesse as propostas
1133 vindas seria mais fácil. Em que a gente tem lá implementar e monitorar o plano de ações estadual da
1134 pessoa com deficiência. Então, ta tudo igual, foi *control C*, *control V* por que ta sendo jogado para o
1135 plano, não é isso Aline? É o que ta escrito aqui. Um, dois, três, são quatro ações de dois mil e vinte
1136 dois mil e vinte e três que é um plano que não discutimos, entendeu? Mas eu tenho que ter indicador
1137 pra isso e não é só indicador de triagem, é o indicador de abordagem, de intervenção terapêutica e
1138 de acompanhamento dessa população, que ela tem que ter acompanhamento constante. Então
1139 nesse sentido, a gente entende que é necessário ter e o SindSaude fez essa proposta e a gente
1140 insiste que ela seja inserida no plano estadual. **Maria Goretti (SESA)** Não, primeiro, eu li as metas,
1141 pois você tinha dito que não tinha meta, então por isso que eu as li. Agora, se você olhar Olga, todas
1142 as ações de dois mil e vinte a dois mil e vinte e três têm como objetivo ampliar a rede e serviços de
1143 maneira qualificada. Ampliar em quanto? Qual seria a meta? Nós não temos essa meta, você tem a
1144 meta? Não temos, porque ainda estamos, como você disse, fazendo triagem. Não temos a meta.
1145 Não temos, mas temos a perspectiva de ampliar serviços. Então, talvez no plano, que está à
1146 disposição, vamos trazer quantas vezes for necessária no Pleno deste Conselho para apresentar,
1147 discutir, monitorar, avaliar, criticar, enfim, mas o que é possível é o que ta colocado, ou seja o
1148 compromisso de ampliar serviços no Paraná. **Aline (SESA)** Acho que falta conhecimento do plano
1149 estadual da pessoa com deficiência, não é? Então eu acho que a proposta é colocar ele, passar para
1150 os conselheiros, enfim, e pra que a gente discuta isso no Conselho. Ele ta sendo revisado e a gente
1151 ta aguardando ainda algumas questões que vão vir do PRI, que já vieram e a gente ta trabalhando,
1152 então a gente ta em construção desse plano, a gente não tem ele finalizado e o plano ele vem com
1153 proposta de implementação de serviço, ele trabalha toda linha de cuidado de todas as deficiências.
1154 Então ele traz atenção primária, especializada, hospitalar; ele é um plano estadual que contempla só
1155 a pessoa com deficiência. A última versão está disponível, tem várias pessoas que tem acesso e
1156 essa nova que a gente vai fazer, assim que a gente concluir, a gente pode abrir pra discussão. **Maria**
1157 **Elvira (Assempa)** Nós temos em Foz do Iguaçu o CER quatro, uma construção que ficou dez anos
1158 em nossa luta no Conselho Municipal. Graças a Deus foi, está funcionando, quero parabenizar as
1159 pessoas, deixar registrado, as pessoas que lá trabalham porque o serviço ta sendo feito da maneira
1160 do possível. E dizer também pro João e pra Olga e todos aqui que falaram, que a nossa
1161 preocupação também é muito tempo, aí espera e tudo mais, mas a gente ta vendo o trabalho sendo
1162 feito. Obrigada. **Carmen Moura (SESA)** Bom dia. Da diretoria de atenção e vigilância, coordenadoria
1163 de organização de redes de cuidado. Eu queria só fazer uma. To contemplada aqui na fala da Aline e
1164 da Goretti, mas eu queria fazer uma menção que o Nestor falou, sobre a questão da rede de atenção
1165 e linhas de cuidado. Quando a gente coloca, isso serve para várias áreas que nós vamos discutir
1166 aqui, a gente colocou implementar a linha de cuidado, a gente tem que lembrar que linha de cuidado
1167 é o percurso pelo qual as pessoas vão fazer em determinada necessidade que se apresenta. Então
1168 quando a gente já coloca ali implementar a linha de cuidado, a gente está pensando em todos os
1169 pontos de atenção, inclusive na promoção de algumas questões relacionadas a áreas específicas.

1170 Então, a gente tem discutido toda linha de cuidado, é óbvio que aqui e aí o Nestor colocou bem isso,
1171 nós buscamos deixar bem mais enxuto com ações específicas e prioritárias do que a gente precisa
1172 fazer, mas não quer dizer que nós vamos deixar de fazer outras ações, nós vamos deixar de discutir
1173 toda linha de cuidado, todas as ações que precisam ser feitas em cada ponto de atenção. Então só
1174 queria fazer uma observação disso que isso vai passar por várias outras áreas aí, então pra lembrar
1175 que linha de cuidado é o percurso todo que as pessoas fazem em determinadas áreas. **Nestor**
1176 **(SESA)** Reforçando isso que a Carmen disse, talvez a gente esteja numa mudança de paradigma de
1177 construção de plano de saúde, aonde a gente tem sempre nos planos passados tendo que reforçar a
1178 presença de cada uma das áreas pra que a gente pudesse se enxergar no plano e poder ser
1179 contemplado em ações futuras. O que a gente ta fazendo nessa vez é propondo que nós possamos
1180 ter linhas gerais no plano, um plano que seja mais estratégico e que a gente utilize todos os outros
1181 instrumentos da gestão, os planos setoriais, as linhas de cuidado, o PPA, a programação anual de
1182 saúde pra que a gente possa ter capilaridade nas nossas ações. Quando a gente joga tudo pro plano
1183 de saúde, a gente constrói um plano muito grande e que talvez às vezes fica até não entendível em
1184 termos da proposta de plano de saúde, de estratégia, de política pública macro. Então, é um jeito
1185 diferente de fazer, então nesse entendimento a gente super acolhe todas as contribuições
1186 entendendo que todo mundo gostaria de se ver retratado no plano *ipsis litteris* conforme cada uma
1187 das áreas está colocando, mas acho que a perspectiva desse plano é um pouco diferente, trabalhar
1188 ele como mais estratégico e nas outras partes do planejamento a gente poder usá-las como
1189 efetivamente elas se colocam porque senão não tem sentido a gente detalhar todo um plano de
1190 atenção à pessoa com deficiência e fazer um outro plano da pessoa com deficiência na mesma linha
1191 do nosso plano, muitas das coisas colocadas lá seriam meramente repetições acho que a gente tem
1192 condição de avançar em eficiência, de avançar num foco um pouco maior. Então, pra entendimento
1193 dessas questões, nem todas as questões micro estarão colocadas no plano, questões são
1194 estratégicas e nos nossos outros instrumentos de gestão, que estão referidos nas metas, aí sim elas
1195 aparecerão detalhadamente. **Maria Goretti (SESA)** A conselheira Ana Cristina de Carvalho Brito, do
1196 SindSaude, incluir a qualificação das equipes de atenção hospitalar especializada para o cuidado em
1197 saúde mental. Vou pedir para projetar no plano a meta dois ponto seis ponto três, vai ficar mais fácil
1198 o entendimento para discutirmos. Vejam, o que nós colocamos: dois ponto três, na letra “a”, se puder
1199 marcar. Das ações, a primeira ação, “a”, promover qualificação das equipes de atenção hospitalar
1200 não especializada para o cuidado em saúde mental. Vejam que a meta está em ampliar, a dois zero
1201 dois ponto seis ponto três, ampliar o número para o mínimo de quarenta, ou seja o número de leitos
1202 de saúde mental em hospital geral. Então, estávamos falando do hospital geral, era a questão de
1203 garantirmos a qualificação das equipes de atenção hospitalar especializada. O SindSaude solicita a
1204 retirada do “não”. Tudo bem, concordamos em retirar o “não”. Mas, estou explicando porque que foi
1205 colocado, porque queremos ampliar em hospitais gerais, certo? Que é o que a gente não conseguiu
1206 fazer nas duas últimas décadas. Retiramos e vamos investir para promover a qualificação das
1207 equipes de atenção hospitalar, tanto geral como especializado. Tudo bem? Não sei se vão discutir.
1208 Pois não. **Ana Cristina (SindSaude)** Obrigada, Goretti, acho que simplificou realmente. Bem, só
1209 fazendo a defesa, eu acho que assim, quando eu pensei realmente nos hospitais especializados,
1210 mesmo que ideologicamente eu tenha uma discordância em relação a esse tipo de atendimento, até
1211 por conta de reconhecer o trabalho da reforma psiquiátrica que não reconhece o hospital exclusivo
1212 como um ponto de atenção, mas o Paraná colocou esse ponto de atenção na sua rede de cuidado. E
1213 hoje a gente tem uma rede importante, são vários leitos psiquiátricos, existe uma demanda
1214 importante e a gente percebe ainda uma desqualificação importante das equipes. Então enfim, se ta
1215 posto acho que não há importância de não qualificar. Mas ainda nesse processo, a gente acabou
1216 recebendo um pouco depois, Goretti e equipe, eu acho isso seria importante. A gente recebeu
1217 recentemente uma avaliação feita pelo Conselho Regional de Psicologia que tratava, foi feito uma
1218 avaliação dos hospitais psiquiátricos no Brasil na verdade, aqui no Paraná alguns. Então, nesse

1219 sentido, depois que eu vi esse material, eu também senti falta de um processo ali, já que a gente
1220 também ta garantindo a qualificação, que a gente garantisse o que tantos anos a gente tem
1221 defendido um processo de desinstitucionalização e um dos serviços que acaba operacionalizando
1222 esse processo desinstitucionalização são os serviços residenciais terapêuticos e a tempos atrás a
1223 gente tinha discutido a possibilidade inclusive de financiamento desse serviço, sabe Nestor? E
1224 Goretti também. Então, eu gostaria de saber e fazer a defesa da inclusão dessa meta, dos serviços
1225 residenciais terapêuticos ou a gente coloca uma meta especifica ou acopla em mais alguma das
1226 metas ali, não sei qual que é a sugestão da área técnica também, mas eu gostaria de fazer essa
1227 defesa. Obrigada. **Maria Goretti (SESA)** Bom, primeiro, dizer que estamos acatando a proposta. Já
1228 discutimos em relação a qualificação das equipes. E, conselheira, o fato é que quando colocamos o
1229 objetivo seis, implementar a linha de cuidado em saúde mental na rede de atenção à saúde no
1230 Paraná, com três metas, primeiro estamos dizendo que queremos trazer definitivamente a atenção
1231 em saúde mental para Atenção Primária à Saúde, certo? Já temos outras metas, doze, novos
1232 serviços de atenção especializada ambulatorial: CAPS, SIM/PR, serviços integrados e ambulatorios.
1233 Então, acho que as metas estão. Não tivemos sugestão de alteração nelas, vou defender que fiquem
1234 como estão. Muito interessante o plano de trabalho da nossa equipe da divisão de saúde mental da
1235 SESA e acho que as metas estão bem colocadas. **Ana Cristina (SindSaude)** Essa nova meta pode
1236 ser incluída, Goretti? Dos serviços residenciais terapêuticos. **Maria Goretti (SESA)** Acho que está
1237 bem colocada. **Ana Cristina (SindSaude)** Não. Não tá contemplado. Essa não. **Maria Goretti**
1238 **(SESA)** Está colocado o serviço ambulatorial. **Ana Cristina (SindSaude)** Serviço residencial
1239 terapêutico. Não é ambulatorial. **Maria Goretti (SESA)** Está no plano de trabalho da nossa equipe e
1240 como eu disse, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Ana Cristina (SindSaude)** Desculpa, mas
1241 não é um processo do âmbito da atenção primária. **Maria Goretti (SESA)** É sim. **Ana Cristina**
1242 **(SindSaude)** É um serviço. Não, serviço residencial terapêutico. **Maria Goretti (SESA)** Serviço
1243 residencial terapêutico deve ser organizado ao lado de uma Equipe de Saúde da Família, que tem
1244 que acompanhar e cuidar das pessoas que moram nas residências terapêuticas. É sim da atenção
1245 primária. Larissa, não sei se temos quantos estamos prevendo, mas sei que são metas audaciosas,
1246 no meu ponto de vista, do nosso ponto de vista, e temos muitas ações que demonstram que
1247 estamos tratando saúde mental como prioridade. **Nestor (SESA)** Ana, se eu puder fazer algumas
1248 colocações. Assim, obviamente, a reforma psiquiátrica ela colocou algumas questões que nos
1249 pareceram importantes nos início dos anos dois mil mas que se mostraram frágeis para contemplar
1250 todo espectro do problema da saúde mental, principalmente na questão dos leitos em que o Estado
1251 do Paraná admite concretamente somente os pontos de atenção preconizados pela reforma
1252 psiquiátrica não dão conta de atender todo espectro de pessoas que nós temos com transtorno
1253 mental, tanto é que hoje a gente tem uma rede com hospital especializado, não mais o hospital
1254 psiquiátrico, não mais a instituição de custódia, mas a gente tem principalmente; e leitos em
1255 hospitais especializados que dão conta num processo de trabalho diferente, acho que essa é a
1256 grande questão, não é o mesmo trabalho dentro da reforma psiquiátrica. Não que a gente esteja
1257 fazendo expansão indiscriminada em hospital especializado, é em hospital geral seguindo as normas
1258 da portaria que o Ministério da Saúde tem em vigor, aumentando leitos de saúde mental em hospital
1259 geral, isso dentro do nosso plano estadual de atenção às pessoas com, atenção à saúde mental. O
1260 serviço residencial terapêutico, pra egressos de pessoas, do processo de desinstitucionalização,
1261 egressos de hospitais psiquiátricos e ou então casas de custódia, nós estamos trabalhando dentro
1262 do Estado, e daí há um recorte de ser colocado, que isso pra estruturas próprias do Estado, nós
1263 estamos com muito poucas pessoas que estão nessa situação. É possível que talvez não seja muito
1264 viável, do ponto de vista temporal, colocar como meta para o Estado a abertura de serviços
1265 residenciais terapêuticos em função do número de pessoas que estão nessa condição hoje. Se não
1266 me engano, nós temos onze pessoas no Adauto Botelho e dez acompanhadas em conjunto com o
1267 Ministério Público, já a muito tempo; eles eram em mais logicamente, em função do serviço prestado

1268 em décadas atrás, mas agora eles estão com idade avançada em número reduzido, a gente não tem
1269 mais esse tipo de serviço novo disponibilizado, custodiar pessoas institucionalizadas da maneira que
1270 era feito antigamente. Então, não é estratégico propor para o Estado esse serviço, porque esse
1271 serviço vai se tornar diminuto em função da quantidade de pacientes que a gente tem hoje. Nós
1272 tínhamos também alguns pacientes no Hospital Dermatológico, ali que era, só não me recordo do
1273 número de pacientes que tinha ali, no São Roque em Piraquara. Então, não, configurar isso, a
1274 abertura de um serviço residencial, disponibilizar mão de obra, capacitar pessoas pra que num
1275 espaço de tempo a gente tenha que retroagir, talvez, e a Secretaria entende assim, não é estratégico
1276 neste momento. Melhorar a condição do que já tem pra que a gente possa não ter mais egressos em
1277 hospitais psiquiátricos e não ter mais egressos de hospital de custódia acho que é a melhor opção
1278 pra esse caso, já pelo vinte e quatro anos da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica e o diminuto
1279 número de pacientes nessa condição. **Edvaldo (CONAM)** Aí fica uma pergunta no ar, Nestor, se o
1280 Estado não vai tratar, quem trataria dessas pessoas? **Nestor (SESA)** Não, Viana, o Estado está
1281 tratando. Isso que eu to falando pra você. Nós temos poucas pessoas nessa condição que seriam
1282 candidatos a um serviço residencial terapêutico. Essas pessoas hoje estão nas nossas instituições,
1283 no Hospital Adauto Botelho e no Hospital de Piraquara, no São Roque, mas são número diminuto de
1284 pessoas. Eu não tenho assim, como por exemplo, uma demanda para abertura de CAPS, que aí sim
1285 dentro da proposta ou então de número de pacientes com demanda reprimida pra um serviço que
1286 tenha disponibilidade de leitos psiquiátricos, de saúde mental em hospital geral. Esses números de
1287 candidatos para o serviço que a conselheira ta propondo é um número diminuto, nós já cuidamos
1288 deles. Então não teria muito objetivo estratégico abrir um serviço pra que daqui talvez dois ou três
1289 anos a gente nem tenha estruturado e não ter mais gente pra colocar nesse serviço. É só nesse
1290 sentido. Eu volto a frisar, esses pacientes estão altamente assistidos, é um número reduzido, o
1291 público acompanha par e passo, todo mês tem relatório pro Ministério Público, ele ta sim no encaixo
1292 da gente porque é uma demanda antiga, é um resquício do problema de saúde mental de antes da
1293 reforma psiquiátrica que a gente tem que cuidar com todo carinho, muito bem tratado, eu
1294 pessoalmente já fui lá ver no Adauto Botelho, o nosso diretor lá, o Osvaldo Tchaikovski, ele coordena
1295 lá essa parte da Secretaria de Estado. Então, não que a gente não vai assistir, a gente já ta
1296 assistindo; é que o número de pessoas que seriam agraciadas, assistidas, já é diminuto e a gente
1297 não teria um impacto estratégico propondo um serviço dessa natureza no plano de saúde. É só essa
1298 questão. **Maria Goretti (SESA)** E além, acrescentando, Nestor. O serviço de residência terapêutica
1299 é municipal. Não é? Então, estamos dizendo que queremos implementar e fortalecer a linha de
1300 cuidado de saúde mental, ampliar incentivos financeiros estaduais para implantação e custeio de
1301 serviços nos municípios. Queremos fortalecer essa política em todo Paraná, com a devida
1302 articulação com os municípios. O município tem que aceitar para ter residência terapêutica, tem que
1303 ter CAPS, tem que ter estratégia da saúde da família, entendem? Então, é uma decisão também do
1304 município e o município que decidir, vamos estar apoiando inclusive com recursos. Agora, o próximo
1305 ponto, vamos para o sete. Proposta sete. Convido a nossa coordenadora de vigilância sanitária para
1306 apresentar, Luciane Otaviano de Lima. Duas propostas de saúde mental? Do CREFITO? Você pode
1307 me ajudar onde, João? Por favor. **João Eduardo (CREFITO)** Nós temos duas propostas, uma é
1308 relacionada à proposta dois ponto seis ponto um e a outra dois ponto seis ponto dois. Você quer que
1309 eu faça a leitura, Goretti? **Maria Goretti (SESA)** Dois ponto seis **João Eduardo (CREFITO)** Ponto
1310 um **Maria Goretti (SESA)** A treze aqui no nosso documento. Treze. Inserção de nova ação na meta,
1311 não é? **João Eduardo (CREFITO)** Isso. Uma nova ação. **Maria Goretti (SESA)** Ação seria utilizar-se
1312 de um protocolo de regulação de acesso, então, a Olga vai nos ajudar aqui, encaminhamento para
1313 os cuidados de saúde mental, evitando encaminhamentos desnecessários à atenção secundária e
1314 terciária especializadas, mantendo o paciente sob os cuidados e monitoramento dos profissionais de
1315 Atenção Primária à saúde, é uma meta conjunta das nossa áreas de trabalho. Vamos lá. **Carmen**
1316 **(SESA)** Só, João, ia tratar dela junto com a dez que era dos protocolos de regulação que você **João**

1317 **Eduardo (CREFITO)** É que são integradas. **Carmen (SESA)** Por isso que a gente não tratou aqui
1318 agora. **João Eduardo (CREFITO)** E aí, dois ponto seis **Carmen (SESA)** Não sei se já trata disso
1319 agora. **João Eduardo (CREFITO)** Ou se quiser deixar pra depois. **Carmen (SESA)** Então. É uma
1320 que já falava de vários protocolos. Então a gente vai dividir a fala aqui com a Olga. **Olga Deus**
1321 **(SESA)** Bom dia, pessoal. Coordenadora de regulação da diretoria de gestão de saúde. Bem, então,
1322 sobre a questão dos protocolos de regulação, a sugestão, aliás a pergunta sobre o esclarecimento
1323 de quais vinte protocolos, então nós propomos implantar, vinte protocolos de regulação de acesso às
1324 consultas e exames especializados. Quais são os vinte protocolos e quais as áreas contempladas
1325 com tais protocolos. Nós colocamos essa meta pra desenvolvimento nos quatro anos, no ano
1326 plurianual, meta plurianual, mas nós já estamos em desenvolvimento juntamente às duas diretorias,
1327 diretoria de gestão e diretoria da atenção, nós já estamos encaminhando dez protocolos de
1328 alergologia e imunologia, angiologia e cirurgia vascular, de cardiologia, de cirurgia geral, de
1329 gastroenterologia, de hematologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia e o último que é um exame
1330 colangiopancreatografia endoscópica retrógrada. Esses protocolos são protocolos de acesso, não
1331 são protocolos assistenciais, não são de diretrizes clínicas terapêuticas juntamente com esse que
1332 nós já estamos encaminhando e ainda necessita alguma oficialização junto aos conselhos, temos
1333 outros já em desenvolvimento também como é o caso da obesidade, atenção ao paciente com
1334 obesidade grave, que ontem ainda na, estivemos reunidos antes de ontem com as nossas regionais
1335 de saúde também fazendo homologações. Então esses protocolos serão ainda trabalhados para que
1336 nesse período a gente implante gradativamente essas ações, que serão utilizadas desde a atenção
1337 primária tanto para acesso aos serviços ambulatoriais especializados e serviços hospitalares
1338 especializados. A Carmen vai complementar também aqui as ações conjuntas. **Carmen (SESA)**
1339 Isso. Inclusive estamos com esmalte da mesma cor pra demonstrar a integração. Uma
1340 brincadeira. Então, com relação a questão dos protocolos, é que ficou um pouco misturado aqui
1341 algumas questões. A questão dos protocolos de regulação e acesso, que é isso que a Olga colocou,
1342 a gente ta discutindo em várias áreas, inclusive de saúde mental por conta de toda reorganização da
1343 linha de cuidado. Então a saúde mental também ta incluída, aí vocês colocaram aqui, implementação
1344 de um protocolo que fortaleça multiprofissionalidade da atenção primária focada em três áreas, que é
1345 isso também que, saúde mental, a obesidade e a saúde funcional. Então, todas as linhas de cuidado
1346 estão discutindo esse, o próprio PlanificaSUS, enfim, a gente ta discutindo a integração da atenção
1347 primária com atenção ambulatorial especializada. Então todas essas linhas, conforme elas forem se
1348 organizando e redefinindo os pontos de atenção, as ações, principalmente de cada ponto de
1349 atenção, que isso é uma das coisas que a gente ta discutindo muito com as áreas, a gente vai
1350 trabalhando os protocolos de encaminhamentos, porque ele é necessário pra complementar toda
1351 essa organização. Então por isso que juntou essas duas propostas aí nessa questão dos protocolos.
1352 São dois tipos de protocolos, um protocolo é o protocolo de encaminhamentos e de regulação do
1353 acesso e os protocolos que fortaleça aí a multiprofissionalidade, as ações e oriente as ações que
1354 também são trabalhados aí junto com as áreas técnicas. **Rangel (FEHOSPAR)** Mais alguém?
1355 Podemos abrir pra discussão? **João Eduardo (CREFITO)** E daí tem o item seguinte, dois ponto seis
1356 ponto dois. Porque ele trata do CAPS e do SIM Paraná e aí pesquisando ali sobre o SIM Paraná, a
1357 gente não encontrou, inclusive na descrição ali dos profissionais que faziam parte do SIM Paraná
1358 dentro do plano terapêutico, a elaboração é feito com psicólogas e assistentes social, enfermeiro e
1359 técnico de enfermagem e a gente não encontrou terapeuta ocupacional. **Carmen (SESA)** Isso, eu
1360 vou passar pra Larissa aqui que é a nossa chefe de divisão. **Larissa (SESA)** Bom dia. Então, o SIM
1361 PR, ele é uma composição de dois serviços, o CAPS AD três e a unidade de acolhimento. E, esses
1362 serviços, desde que eles sejam regionais, como a maioria dos municípios do nosso Estado não
1363 poderiam abrir esses serviços porque o critério é populacional, o Estado então propôs esse junção
1364 desses serviços de abrangências regional e tem um aporte financeiro também pela SESA. Então,
1365 eles tem um financiamento pelo Ministério da Saúde e um co-financiamento daí da SESA. E, pra

1366 implantar esses serviços, depende de habilitação do Ministério da Saúde, tem que seguir as
1367 portarias. Então, o TO, ele ta contemplado aí entre os profissionais dentro da portaria daí do
1368 Ministério da Saúde. O CAPS AD três quando ele é regional, a portaria é bem específica, ela é
1369 composta por um médico; minimamente, por um médico clínico, um psiquiatra, um enfermeiro com
1370 formação e experiência em saúde mental e mais dois profissionais dentre seis categorias, TO,
1371 psicólogo, enfermeiro, assistente social, pedagogo e educador físico. Então aí depende muito de
1372 cada região pra compor essa equipe, então a gente não tem como garantir que tenha esse
1373 profissional especificamente, porque a portaria não traz isso, mas pra habilitar ele precisa ter
1374 minimamente essa equipe, aí também a portaria prevê que é um serviço vinte e quatro horas, então
1375 a portaria também prevê pro acolhimento noturno, quais são os profissionais que necessitam pro
1376 acolhimento de final de semana, então o TO ta contemplado ali nessa, junto a esses outros
1377 profissionais. **Rangel (FEHOSPAR)** Obrigado. Então vou abrir pra discussão. Inscritos? Ninguém?
1378 Próximo. **Luciane Otaviano de Lima (SESA)** Bom dia a todos e a todas. Da coordenadoria de
1379 vigilância sanitária, diretoria de atenção e vigilância em saúde. Então, nós recebemos duas
1380 propostas. Uma proposta relacionada à inclusão do PEVASPEA no plano estadual de saúde. Para
1381 quem não tem contato direto, o PEVASPEA é o plano estadual de vigilância e atenção à saúde das
1382 populações expostas aos agrotóxicos, nós não temos justificativa para apresentar em relação a isso,
1383 a sugestão foi acatada, então implementar até dois mil e vinte e três no mínimo cinquenta por cento
1384 das ações do novo plano. Então em dois mil e dezenove se encerrou o PEVASPEA que foi de dois
1385 mil e dezessete a dois mil e dezenove e agora a gente vai apresentar o plano dois mil e vinte dois mil
1386 e vinte e três. Então a gente coloca para ter um incremento anual da realização dessas ações,
1387 concluindo lá em dois mil e vinte e três a apresentação desse novo plano. A segunda ação é
1388 referente à inclusão das análises de amostra de alimentos para pesquisa de resíduos de
1389 medicamentos veterinários, nós também acatamos, é uma ação que a gente realiza, o PANVET, ele
1390 foi resgatado no final de dois mil e dezessete e essa ação não foi incluída no objetivo três como do
1391 PEVASPEA, que lembrando que o PEVASPEA é um plano extremamente genérico e intersetorial
1392 envolvendo basicamente todas as áreas técnicas da Secretaria de Saúde. Essa ação é mais, ela é
1393 bem específica da vigilância sanitária, então ela ficou no objetivo quatro e até dois mil e vinte e três,
1394 aumentar de setenta e nove, que é o percentual que a gente alcançou no último ano para noventa
1395 por cento o percentual de amostras coletadas anualmente no programa estadual de controle de
1396 resíduos de medicamentos veterinários em alimentos de origem animal, conhecido como PANVET.
1397 Então as duas sugestões foram acatadas. **Rangel (FEHOSPAR)** Obrigado, Luciane. Vou abrir pra
1398 discussão. Mais alguém? Não? Ta encerrado as inscrições. **Paulo (CRF)** Primeiro lugar quero
1399 parabenizar aí a equipe da Luciane, também aqui ao Nestor, a diretoria, por acatar essas duas
1400 propostas. E também, até aproveitando, Nestor, quero parabenizar a equipe da vigilância sanitária
1401 por inclusão de três metas bem desafiadoras e inovadoras, que eu coloco aqui primeiro da diretriz
1402 estadual de segurança do paciente, que é uma meta que a SESA está incluindo dentro já de um
1403 plano que foi até pactuado na bipartite, que foi aprovado aqui, só muda o termo paciente pra usuário,
1404 mas apenas questão de sinonímia porque todo mundo é usuário do SUS e é isso aí. Eu acho que é
1405 bem interessante. A questão do plano, que vai ser revisado, é interessante de a gente avaliar. Eu
1406 acho assim, já colocando o plano tem uma coisa mais enxuta, mas que realmente tenha mais
1407 impacto pra ter até uma forma de aplicação e até o monitoramento disso. Eu também quero destaca
1408 também aqui a questão das ações de controle de infecção, os indicadores de controle de infecção
1409 hospitalar, porque eu a primeira vez que eu vejo um agravo desse sendo tratado dentro de um plano
1410 estadual de saúde, um agravo extremamente importante no atendimento no serviço de saúde, eu
1411 acho que extremamente bom isso e é relevante e o outro agravo que também que vai ser discutido é
1412 a questão das intoxicações por medicamentos principalmente na faixa etária infantil. As intoxicações
1413 por medicamento são a principal causa de intoxicações exógenas, no país a mais de vinte anos e aí
1414 eu vejo a primeira vez aí sendo colocado no plano estadual de saúde, colocando até inclusive o

1415 Conselho de Farmácia como parceiro no enfrentamento desse agravo e aí, Fabio, quero autorizar
1416 aqui e colocar o Conselho Regional de Farmácia à disposição pra ajudar no enfrentamento desse
1417 agravo e colocar que talvez na execução do plano a gente tem que criar outras estratégias até que
1418 sejam necessárias pra atingir essas metas. Então, seria isso aí. Obrigado. **Rangel (FEHOSPAR)**
1419 Vamos já fazer o seguinte, vou precisar pedir aprovação pra estendermos essa reunião aí na hora do
1420 almoço, porque qual que é a ideia? Conversando aqui com a Mesa. Liquidar isso daqui já no período
1421 da manhã, entendeu? Fechou, daí ta dispensado. Tudo bem? Eu acredito que vai ainda mais uma
1422 hora, no máximo uma hora e meia. Então em torno de uma hora ou uma e trinta finalizamos. Ta
1423 bom? Vamos coloca rem votação, então? Em processo de votação. Por contraste. Os favoráveis.
1424 Contrários. Abstenções. Então aprovado ampliação de horário até em torno de uma e trinta. Vamos
1425 colocar uma e trinta pra não precisar aprovar de novo, se terminar antes estamos no lucro. Tudo
1426 bem? Então ta bom. Obrigado. **Maria Goretti (SESA)** Então, vamos para proposta dez, o
1427 conselheiro João Eduardo do CREFITO8, vou convidar a nossa coordenadora de promoção da
1428 saúde, a Elaine Vieira de Oliveira, para fazer análise da proposta. **Elaine (SESA)** Coordenadoria de
1429 promoção da saúde. Bom, então essa proposta feita pelo conselheiro João Eduardo, representando
1430 do CREFITO. Ele propõe desenvolver uma linha de fomento às políticas de promoção à saúde
1431 através das práticas corporais, prevenção da violência e estímulo da cultura da paz. Já deixo aqui
1432 registrado que essa sugestão é muito válida, é muito importante porque considero os temas
1433 prioritários da política nacional de promoção da saúde. Eu justifico que já existe desde dois mil e
1434 onze o programa academia da saúde, que é um programa financiado pelo Ministério da Saúde,
1435 então é recurso federal, repassado a municípios que submetem propostas de construção de polos de
1436 academia de saúde, ou seja, são locais destinados à promoção da atividade física e das práticas
1437 corporais, mas não somente isso, para além disso para promoção da saúde, para a produção do
1438 cuidado, para promoção da alimentação adequada e saudável. Então, são estruturas dentro dos
1439 municípios que favorecem as ações de promoção da saúde pra população. O que eu entendo é que
1440 quando a gente considera a linha de fomento para, no seu conceito de apoio e incentivo, nós já
1441 vemos, vimos fazendo essas ações. O Estado já apoia os municípios pra que essas ações sejam
1442 concretizadas nos municípios. Agora a gente tem que avaliar se esse, o quanto seria esse
1443 investimento pro Estado para possibilitar a construção desses locais. Nós atualmente apoiamos os
1444 municípios pra que eles façam propostas pra construção desses espaços e apoiamos que o
1445 município também entenda dentro do seu território quais são outros espaços de convivência que já
1446 existem onde essas práticas podem ser promovidas. Então essa foi nossa consideração, eu só
1447 complemento dizendo que nós estamos trabalhando e é uma meta para o plano, nesse plano,
1448 estadual de saúde, a meta de implantação e implementação da linha de cuidado de prevenção,
1449 controle e tratamento da obesidade e deixo aqui registrado que nós vamos considerar nessa linha as
1450 ações de promoção da saúde, considerando os temas, os oito temas prioritários. Só
1451 complementando, a proposta, sugestão do João, é também da promoção da cultura da paz e
1452 prevenção da violência. Nós, hoje, incentivamos os núcleos da paz nos municípios e inclusive com
1453 repasse de recurso financeiro pra que esses núcleos façam a promoção da intersetorialidade para a
1454 promoção da cultura da paz e prevenção da violência nos municípios. **Rangel (FEHOSPAR)** Então
1455 obrigado, Elaine. Posso abrir pra discussão? Então, em processo de discussão. Mais alguém? Então
1456 está encerrado as inscrições. **João Eduardo (CREFITO)** Elaine, então a verdade, a ideia era
1457 exatamente essa porque até onde eu saiba e aí corrija-me se eu estiver equivocado. Eu percebi que
1458 ta suspenso a construção de novas academias da saúde, eu não sei se eu to equivocado ou não, se
1459 essa informação procede ou não, mas é o que chegou até mim. Então, diante dessa informação, a
1460 ideia seria que reaproveitar espaços públicos já existentes, como você falou, com adaptação,
1461 fazendo algum tipo de reformulação e aí por isso apoio do Estado pra que a gente promova as ações
1462 de prevenção e promoção à saúde nesses espaços, entendendo que muitas vezes os problemas
1463 sociais que acontecem em determinadas regiões estão pela falta da presença de equipamentos

1464 públicos, principalmente com relação aos jovens. **Silvana (Assempa)** Bom dia. Em cima das falas e
1465 das propostas, eu tenho feito um apelo nos conselhos que eu integro, inclusive da mulher onde a
1466 gente ta vendo que embora o esforço da saúde tenha sido grande, tem sido grande, as propostas
1467 são muito válidas, nós teríamos que criar alianças realmente efetivas com os municípios, unindo
1468 secretarias de meio ambiente, de segurança, porque a droga, como disse o colega aqui, o problema
1469 social ele é um agravante e se a gente não tem saneamento básico no município, a gente pode fazer
1470 o que quiser, vai por terra, cai por terra. Então ta na hora de, eu já digo enquadrar prefeitos que
1471 realmente não utilizam os recursos que são disponibilizados, estão, e ao contrário das estruturas
1472 estatais que estão tentando vencer os problemas que afetam a saúde de uma sociedade, nós
1473 estamos vendo crescer e ampliando os serviços de saúde mental, fazendo de tudo, mas a causa
1474 continua latente. Então ta na hora de a gente unir esforços numa força tarefa pra que as secretarias,
1475 elas atuem nos municípios, pra que os prefeitos assumam compromissos realmente para com a
1476 saúde do coletivo. E, se nós não fizermos isso com congelamento de recursos e tudo mais, a
1477 tendência é a gente não vencer os desafios que a gente ora enfrenta. É só isso. Obrigada. **Elaine**
1478 **(SESA)** Bom então, respondendo ali a colocação do João. Realmente, nesse início de ano nós
1479 tivemos uma orientação do Ministério da Saúde que as propostas, que não sejam feitas novas
1480 propostas nesse momento para construção desses polos por conta da quantidade que ta prevista em
1481 orçamento, somente atender as propostas que já estão no sistema. O que nós entendemos
1482 enquanto Estado? Como o programa academia da saúde, programa saúde na escola são programas
1483 estratégicos e que no novo financiamento da atenção básica o Ministério da Saúde vai destinar
1484 recurso específico pra esses programas, nós entendemos que tão logo acontecerá a reabertura
1485 desse, tão logo se ajuste isso no orçamento, a gente vai ter abertura desse sistema pra novas
1486 propostas. Eu entendo que esse programa não vai deixar de existir, ele já ta colocado como
1487 programa estratégico que receberá recurso dentro desse novo financiamento da atenção primária.
1488 **Rangel (FEHOSPAR)** Obrigado, Elaine. Podemos avançar. **Maria Goretti (SESA)** Agradecer a
1489 Elaine. Vamos para a número onze, na sequência. Do conselheiro João Eduardo, do CREFITO 8, na
1490 verdade ele quer entender o funcionamento do que trata a meta, que é reorganizar perfil assistencial
1491 em vinte hospitais de pequeno porte com equipes multidisciplinares sob coordenação da APS. E
1492 como essa estratégia funcionaria? Então, estamos trabalhando na SESA em conjunto, entre nossa
1493 diretoria, a DAV, com a diretoria do doutor Vinícius, da DGS. Nós já temos uma proposta, mas ainda
1494 vamos formatá-la. Fato é que é uma estratégia ousada. O Paraná tem duzentos e dezenove
1495 hospitais de pequeno porte, grande parte deles sem produção, atendendo cinquenta e três por cento
1496 de internamentos por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde. Então, será uma articulação,
1497 claro, técnica, mas também política com os prefeitos, com os municípios para que façamos esses
1498 equipamentos que já existem, e existem dessa maneira como acabei de colocar, que eles possam
1499 funcionar de uma outra maneira, com nova vocação, com uma nova missão, coordenada pela
1500 Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de fortalecer a APS no Paraná e com uma abordagem
1501 multiprofissional. Não sei se o Vinícius gostaria de falar também sobre essa questão? Para nos
1502 ajudar aqui, pois estamos sendo desafiados, todos nós, e esperamos que muito em breve possamos
1503 trazer a esse Conselho a estratégia bem fechada, como é que vai funcionar, quais serão os
1504 hospitais, em quais regionais, enfim, tudo que for necessário pra esclarecer ao Pleno. **Vinícius**
1505 **(SESA)** Bom dia a todos. Eu gostaria de salientar que essa é uma proposta de uma inovação na
1506 modalidade de assistência pra população e nós vamos formatar essa proposta com a devida vênua
1507 do Conselho, no sentido que nós temos hoje uma realidade em que os hospitais todos do Brasil, pela
1508 sistemática de funcionamento da estrutura de organização assistencial tem uma dificuldade enorme
1509 de sobrevivência e os hospitais de pequeno porte, especificamente, justamente pelo fato da
1510 intensidade da qualificação de assistência que é possível prestar nesses hospitais onde não há
1511 agregação tecnológica, onde não há fixação de médicos especialistas, não há equipamentos para
1512 diagnóstico e terapia efetivos, ele já não tem mais um papel claro na assistência hospitalar dentro da

1513 realidade brasileira. A assistência hospitalar, ela é dedicada pra pacientes que necessitam de
1514 maiormente procedimento cirúrgicos e terapia intensiva que são as duas únicas coisas que justifica
1515 ter um hospital pra poder tratar. Não é possível operar um paciente na atenção primária, não é
1516 possível deixá-lo internado em terapia intensiva na atenção primária, mas o atendimento clínico que
1517 é basicamente o que esses hospitais de pequeno porte conseguem realizar é um atendimento que
1518 progressivamente tem sido absorvido no âmbito da atenção primária e que é possível fazer isso com
1519 segurança onde o paciente reside sem ter o custo de uma estrutura hospitalar que não é
1520 efetivamente funcional pra esse paciente, de modo que nós mantemos com recursos do SUS,
1521 federais, estaduais e municipais e muito fortemente municipais, recursos pra manter essas estruturas
1522 hospitalares abertas, elas efetivamente já não tem mais um papel decisivo, pelo contrário, na análise
1523 do complexo regulador, do qual eu tenho trabalhado na SESA nos últimos nove anos, nessa
1524 estruturação, cada vez que um paciente adentra o complexo regulador oriundo de uma unidade
1525 desse porte nós observamos uma perda de um tempo muito grande e precioso pro tratamento
1526 definitivo a ser prestado. Havendo hospital no município, evidentemente que ele acaba sendo a porta
1527 de entrada natural desse paciente. Não há capacidade de diagnóstico e intervenção nesse hospital,
1528 isso acaba atrasando o processo de entrada dele no complexo regulador e quando é acionado e o
1529 SAMU é acionado com ambulância, helicóptero, esse atendimento acaba retardado, a transferência
1530 desse paciente acaba sendo tardia para os hospitais resolutivos. Perante todas as situações, a
1531 proposta que se apresenta aqui é uma proposta que visa manter estruturas que existem hoje, esses
1532 hospitais existem, existem prédios, existem pessoas trabalhando, mas a assistência que se presta lá
1533 já não é uma assistência resolutiva pra população. Essas estruturas encaradas como hospitais tem
1534 um custo enorme de manutenção e retorno hospitalar praticamente nulo pra população. Nós somos
1535 responsáveis pela gestão do recurso público e portanto esse recurso público pode ser utilizado desta
1536 forma contanto que a gente consiga introduzir uma nova metodologia de suporte pra esse doente, de
1537 modo que esse hospital, se ele de fato como hospital já não se justifica dentro de uma realidade
1538 epidemiológica, do ponto de vista social é uma porta aberta no sistema de saúde mas essa porta ela
1539 pode ter uma outra característica, um acolhimento, um atendimento multidisciplinar que é baseado
1540 não na assistência hospitalocêntrica e médico centrada, justamente invertendo essa lógica em que
1541 nós tenhamos uma capacidade de manter os paciente em lugares próximos onde moram para
1542 tratamentos que não são viáveis serem por exemplo no domicílio do paciente, seja pela
1543 complexidade que o paciente apresenta, seja pela estrutura que o município apresenta de atenção
1544 domiciliar que pode não ser muito efetivo. Então, da mesma forma essa unidade ela pode servir
1545 como uma unidade pra pacientes egressos de hospitais de agudos em que muitas vezes leitos
1546 continuam ocupados nos hospitais terciários para tratamentos cuja agregação tecnológica lá do
1547 hospital de alta complexidade não é mais necessária e esse paciente ocupa um leito impedindo
1548 acesso de um outro doente cujo tratamento depende desse hospital de alta complexidade e pode se
1549 terminar o manejo clínico desse doente que já não prescinde, ele pode não prescindir da atenção
1550 médica intensiva mas ele precisa da enfermagem, ele precisa da fisioterapia, ele precisa da nutrição,
1551 ele precisa do cuidado terapêutico multiprofissional que já é dispensado no hospital de alta
1552 complexidade, mas esse nível de assistência pode ser prestada nessa unidade. Então, uma nova
1553 modalidade, nós apresentaremos isso em detalhes pro Conselho quando completarmos a
1554 formatação dessa proposta. Essa unidade deixa de ter um caráter de internamento hospitalar para
1555 procedimento, mas um tratamento multiprofissional que se assemelha ao que eventualmente, o
1556 NASF tem um papel agora que houve a mudança da política do NASF, esse papel de suporte
1557 matricial pras unidades e não é uma ideia absolutamente inovadora, nós gostamos de inovação aqui
1558 no Paraná, mas a gente sabe copiar coisa que é boa. Essa ideia funciona em outros países, funciona
1559 na Itália, funciona na Espanha, é uma unidade que pode ter um papel muito importante para o
1560 manejo do paciente idoso porque esse é um paciente muito dependente de alguém que tome
1561 cuidado dele, não precisa necessariamente do médico, mas o cuidado multiprofissional pode ser

1562 concentrado nessas unidades, elas teriam uma abrangência microrregional como unidades não mais
1563 hospitalares mas capacidade de intervenção multiprofissional, continuariam sendo portas do sistema
1564 sem problema nenhum, continuaria existindo, mas uma modalidade de intervenção inovadora. E
1565 claro, ficamos à disposição pros questionamentos do Conselho já de momento, mas em função
1566 disso, oportunamente assim que terminarmos a formatação dessa proposta tecnicamente e a
1567 discussão, é claro que haverá impacto da implantação dessa unidade principalmente nos hospitais
1568 de pequeno porte municipais que são mantidos pelas prefeituras, esse aspecto será evidentemente
1569 considerado nessa lógica, mas a ideia é uma nova modalidade de intervenção que não existe hoje e
1570 nenhuma política do Ministério da Saúde, o que pro Ministério da Saúde existe hoje são HPPs
1571 ineficientes, internação baixíssima ocupação, beira de cinco à trinta por cento no máximo de
1572 ocupação desses hospitais, portanto financiando leitos vazios. Não podemos mais, devemos
1573 concordar com esse custo elevado dessa assistência, esse dinheiro pode ser bem aproveitado com
1574 uma intervenção mais eficiente pra população. **Rangel (FEHOSPAR)** Podemos colocar em
1575 discussão? Então, os inscritos. Ninguém? Perdão, desculpa. **Vivian (HU-UJEL)** Eu quero parabenizar
1576 a ação porque nós dos hospitais terciários, a gente tem pleno conhecimento das taxas de ocupação
1577 dos HPPs que são bastante pequenas, da necessidade desse arcabouço tecnológico pra
1578 transferência dos pacientes e reforçar essa questão pra que esses HPPs funcionem como uma base
1579 de contra-referência como o senhor muito bem colocou. E até pra esclarecer um pouco, muitos
1580 doentes se tornam moradores pra terminar uso de antibioticoterapia ou ter plena condição de
1581 restabelecimento pra que ele tenha condição de alta. Então eu entendo isso como um ponto muito
1582 positivo e acho que tem que ser aproveitado a ideia pra isso e também, numa outra ponta a gente
1583 tem a questão dos cuidados paliativos que também é contemplado ali que pode ser um braço
1584 importante para os serviços de alta complexidade que hoje estão extremamente estrangulados e
1585 super lotados com taxa de ocupação de às vezes mais de cem por cento chegando a cento e setenta
1586 por cento em alguns momentos e isso vai fazer com que aumente e potencialize o giro no leito para
1587 os hospitais de alta complexidade, fazendo com que a gente possa convocar mais pacientes que
1588 aguardam filas cirúrgicas e melhorando, conseqüentemente, a eficiência dos hospitais. Então, eu só
1589 queria contribuir e pra que isso fique também contemplado na ideia pra que a gente possa corroborar
1590 nessa construção e alinhar dentro da rede a referência e a contra-referência junto com essas
1591 unidades. E que possa ser contemplado ali o profissional hospitalista, que o hospitalista daria o
1592 atendimento médico e daria sequência a esse atendimento não especializado, mas necessário pra
1593 que a gente possa devolver esse paciente de uma melhor forma possível pra população, pra sua
1594 casa. **Rosita (Femipa)** Eu fico muito contente de ver essa proposta porque nós desde o princípio,
1595 nas nossas conversas com o Secretário a Femipa levou essa preocupação. A gente sabe
1596 exatamente da dificuldade dos hospitais de pequeno porte, a gente sabe da inviabilidade deles como
1597 instituição e a gente acha muito importante a instalação desse modelo. E, a gente esse coloca à
1598 disposição pra inclusive nesse processo de discussão e, a Vivian roubou meu discurso, ela roubou a
1599 minha fala. E a gente sabe da experiência que tanto a Maria Goretti como o próprio Vinicius tem
1600 nessa proposta, então a gente cumprimenta, fica muito contente sabe com a implantação desse
1601 modelo e se coloca à disposição pra contribuir na construção desse projeto. A gente acha que
1602 realmente vai aliviar os hospitais de alta complexidade e vai ser muito importante e vai ajudar nesse
1603 processo e concordo muito com o teu discurso, Vinicius, os hospitais de pequeno porte estão
1604 inviáveis e a gente tem que ter um projeto pra que aqueles que permanecerem no sistema tem que
1605 se tornar viáveis com uma nova proposta. Muito obrigada. **Rangel (FEHOSPAR)** Então eu também
1606 vou falar em nome da FEHOSPAR, como atual presidente, e concordo com a Vivian e com a Rosita.
1607 Também deixo a FEHOSPAR à disposição, podemos sentar junto com a Femipa e fazermos esse
1608 trabalho em prol dos hospitais, ta bom? Muito obrigado, doutor. **Maria Goretti (SESA)** Quero
1609 agradecer a Vivian, do HU de Londrina, a Femipa e a FEHOSPAR. Eu acho que, Vinicius e Nestor,
1610 podemos nos comprometer, Nestor, de tão logo possamos formatar a proposta serem os primeiros a

1611 ser chamados para discutir conosco, antes de qualquer outra iniciativa. Tem mais duas metas,
1612 somente. A doze também o conselheiro João Eduardo, é inserção de nova ação na meta dois ponto
1613 cinco ponto três, promover nos serviços próprios e estimular nos demais serviços a realização de
1614 cursos multiprofissionais para gestantes nas UBS, ambulatórios e hospitais com maternidades.
1615 Conselheiro, pediria que aceitasse a análise da nossa área técnica, que isso já está posto na linha
1616 de cuidado materno infantil. Na verdade, isso já vem desde a Rede Mãe Paranaense, que muitos
1617 aqui participaram, de dois mil e doze para cá, já é uma ação que vem sendo promovida. Não só no
1618 serviço, mas em toda a rede, agora, vamos tratar de reforçar, está bem? Não cabe uma meta, mas o
1619 nosso compromisso de estar garantindo na linha de cuidado materno infantil. E a próxima, última, é a
1620 dezoito. Dezoito, também da nossa parte. Conselheiro João Eduardo, elaborar modelos de cuidados
1621 nos diferentes níveis de atenção hospitalar, e vem aqui com a justificativa, relação ao processo de
1622 envelhecimento, envelhecimento ativo. Então, conselheiro, já temos essa meta na zero dois ponto
1623 oito ponto dois e aí aproveito já. Zero dois ponto oito ponto dois. Não é? Quatro novos pontos de
1624 atenção ambulatorial e hospitalar, com ações de cuidado e atenção à idosos nos serviços de
1625 urgência e emergência, modelo de cuidado à idosos na atenção terciária, para os hospitais, e
1626 modelo de cuidado de idosos para instituições de longa permanência para idosos. Preciso reforçar
1627 aqui que o projeto Envelhecer com Saúde no Paraná é uma prioridade do atual governo e que
1628 estamos muito empenhados no desenvolvimento desse projeto. Já quero, presidente, pedir que seja
1629 pautado o projeto Envelhecer com Saúde no Paraná para que possamos apresentar e discutir e
1630 contar com apoio, e enfim pactuar e deliberar neste Conselho, contar com o apoio de todos os
1631 conselheiros, porque é o que o nosso Secretário Beto Preto nos cobra todos os dias, todos os dias,
1632 da necessidade de conquistamos corações e mentes para o sucesso dessa estratégia, de fato
1633 inovadora para o atendimento à população idosa do nosso do Paraná. Então, acho que já estão
1634 contempladas, após essa explicação. Presidente, terminamos. Se faltou alguma coisa continuamos à
1635 disposição. Mas pelo nosso *check-list*, demos conta do recado. **Rangel (FEHOSPAR)** Eu só vou
1636 abrir então pra discussão desses itens e daí finalizamos a sua parte. Vou abrir pra discussão.
1637 Inscrições? Mais ninguém? Estão encerradas as inscrições. **Alaerte (Rede de Mulheres Negras)** Na
1638 verdade, Goretti, não é nem uma discussão deste ponto, mas é uma questão de inclusão. Como
1639 você sabe e dando conhecimento a todos os conselheiros, nós tentamos uma audiência com o
1640 Secretário já dezessete de dezembro e depois também estamos aguardando aí uma resposta,
1641 porque por conta da dengue e de febre amarela e tudo, a saúde da população negra foi ficando. E,
1642 nós olhamos pro PES e não consta nada lá da população negra, então a gente gostaria de solicitar
1643 duas inclusões. Eu acredito que elas sejam muito tranquilas, não é? Até porque a gente já poderia
1644 ter resolvido isso na audiência com o Secretário, mas enfim, a primeira inclusão é com relação às
1645 redes. A gente tem uma demanda de anos, não é de agora, com relação aos doentes da doença
1646 falciforme, nós temos os hemocentros em quase todas as regionais e os doentes tem que vir
1647 sofrendo de dor até Curitiba, na grande maioria dos casos pra ser atendidos. Então, a nossa
1648 solicitação é ver se pra esse ano a gente consegue que a SESA garanta o atendimento
1649 descentralizado da população com doença falciforme em todo Estado, inclusive, principalmente as
1650 urgências e emergências. E aí lá da documentação que a gente já mandou pra Secretaria, ta
1651 inclusive por exemplo, doppler craniano que eles precisam; descentralizar também e organizar a
1652 rede, enfim, essa é a nossa solicitação para os doentes da anemia falciforme. A outra solicitação
1653 também é muito pontual, lá na página cento e trinta e três, está previsto uma série de encontros
1654 regionais e tal; a gente gostaria de amarrar então com a área técnica se a gente não consegue fazer
1655 um encontro estadual específico pra falar sobre saúde da população negra com os técnicos da
1656 regional de saúde, pelo menos um técnico e com um representante do movimento social. Nós
1657 gostaríamos de fazer esse encontro, de pelo menos quatro horas de duração. Um encontro estadual.
1658 Se nós não conseguirmos garantir isso pra avaliar, monitorar a saúde negra da população do
1659 Estado, então nós gostaríamos aqui de solicitar da gente ser incluído no encontro que ta lá, que vai

1660 falar sobre equidade. Ta lá previsto vinte e dois encontros regionais que vão falar de equidade, já
1661 que não pode estar escrito ali que a população negra vai estar contemplada, eu gostaria de garantir
1662 aqui, neste espaço, que a gente possa estar junto nesse momento. Era isso, são essas as minhas
1663 duas propostas. **Rangel (FEHOSPAR)** Tem mais o João e daí já devolvo pra você, Goretti. **João**
1664 **Eduardo (CREFITO)** Em cima da nossa proposta ali, a gente tinha colocado duas situações, a
1665 primeira com relação a cuidados paliativos. A gente entende até que dentro da proposta de um
1666 modelo de cuidado ao idoso na atenção terciária, isso é possível de ser feito, então ele pode ser
1667 contemplado, mas a gente não pode esquecer da questão do cuidado ao idoso que fica em
1668 atendimento domiciliar também. E, a justificativa pra gente ter feito essas metas e essas ações é
1669 porque as quatro propostas, elas contemplam urgência e emergência, desculpa, as três que estão
1670 aqui, que aqui tem três; urgência e emergência, atenção terciária e instituições de longa
1671 permanência. E, o que a gente quis foi enfatizar a importância da atuação também na atenção
1672 primária, então a gente quis inserir essas e deixar explícita a importância da atuação ao cuidado do
1673 idoso na atenção primária também. **Maria Goretti (SESA)** Começar pelo João, então, que foi o
1674 último, porque a atenção ao idoso é responsabilidade de nossa divisão técnica. Então, pensamos ao
1675 contrário de você, propusemos diferente, não o que já está dado, ou o que deveria estar
1676 acontecendo bem, toda atenção ao idoso na atenção primária à saúde. Está na Linha de Atenção ao
1677 Idoso e vamos cuidar muito disso. Entendemos que não precisa colocar essa meta. Em relação à
1678 Alaerte, eu pedi para abrir um protocolo, certo Alaerte? Não sei se foi aberto, não chegou às minhas
1679 mãos, ao meu conhecimento. Eu tenho as propostas que você me mandou por WhatsApp. Não, não
1680 chegou nas minhas, pode estar na SESA, eu preciso do número do protocolo, vamos dar prioridade
1681 a isso. Depois que faremos as tratativas, pois o Secretário fará questão de receber a Rede de
1682 Mulheres Negras do Paraná e veremos o que será possível. Nesse momento você está
1683 apresentando proposta nova, então acho que não cabe, que já passou o prazo para tanto, mas fica o
1684 nosso compromisso de estar fazendo a discussão incorporando tudo que for importante para
1685 atenção às mulheres negras no Paraná. **Rangel (FEHOSPAR)** Alaerte, essa proposta. Só justificar
1686 que essa proposta não chegou pra Secretaria Executiva, conforme tinha combinado. Não sei pra
1687 quem você enviou, mas não chegou pra nós, por isso que não está aqui, que é até uma surpresa
1688 que eu to conversando com o Nestor, da forma que a gente, podemos encaminhar pra contemplar
1689 essa sua inclusão, pedido de inclusão. Pode. Pode, Nestor. **Nestor (SESA)** Alaerte, vou pedir então,
1690 assim, a sua compreensão. Se a gente puder encaminhar isso administrativamente direto na
1691 Secretaria, porque acho que é uma questão muito mais pontual e não tão; mais administrativa e não
1692 tão estratégica em relação ao que apareça dentro do plano, até porque daí não seguiu o fluxo normal
1693 e tal. **Rangel (FEHOSPAR)** Podemos até. Desculpa, Nestor. Encaminhar essa proposta daquela
1694 oficina que você, é oficina né? Da questão da saúde. Através do Conselho, entendeu? Fazer alguma
1695 coisa vinda através da comissão e a gente fazermos uma discussão em relação, através do
1696 Conselho. **Nestor (SESA)** A gente acolhe a proposta administrativamente, não no plano pra não
1697 prejudicar o resto do encaminhamento que foi feito tudo. Daí a gente trabalha direto lá com a Goretti.
1698 Direto com o Secretário. Pode ser? **Alaerte (Rede de Mulheres Negras)** Podemos. Só fiz questão
1699 de dizer que talvez o nosso encaminhamento tenha sido equivocado, porque nós achamos que
1700 resolveríamos lá em dezembro, aguardamos até final de janeiro, não resolveu. E o que eu quis dizer
1701 nesta, exatamente, lá naquela oficina de equidade, até uma questão de otimizar. E aí me permitam
1702 com todo avançar do tempo, quando a SESA coloca vamos falar de equidade, vamos colocar os pés
1703 no chão, a gente sabe que não tem nem técnicos pra falar de equidade. Então a nossa proposta ele
1704 viria agregar, otimizar, fazer sim essas oficinas com toda certeza, mas trazer um representante dos
1705 movimentos sociais na oficina, em cada uma das vinte e duas regionais porque é eles que vão fazer
1706 a coisa de fato depois funcionar, com todo respeito aos colegas que estão trabalhando hoje, mas a
1707 gente sabe a realidade que não tem técnico pra trabalhar e quando você convida um técnico, vamos
1708 falar de equidade? Não vai aparecer ninguém lá. No máximo vai aparecer a chefia do SCAPS

1709 sozinha que depois não vai dar conta de caminhar. Era essa a proposta. Era otimizar o trabalho. É
1710 isso. E a questão das redes fiz questão de falar de novo, me desculpe, Carmen, tenho todo respeito
1711 por você mas lembrem dos doentes, foi aprovado neste Conselho Estadual de Saúde aqui. Em dois
1712 mil e dez já foi aprovado essa descentralização do atendimento aos doentes de anemia falciforme.
1713 Não é um milhão de pessoas, nós estamos falando em torno de quinhentas pessoas no máximo
1714 nesse Estado. Não é possível que essas pessoas continuem morrendo, morrendo de dor até chegar
1715 num grande centro e a gente não tem a capacidade no Estado de descentralizar esse serviço no
1716 mínimo pra cada regional de saúde. Não estamos pedindo muito. A gente ta pedindo uma coisa que
1717 foi aprovada aqui neste Conselho em dois mil e dez, inclusive tem uma resolução aprovando isso.
1718 Era isso. Muito obrigada, desculpe ter atrapalhado o andar da carruagem. **Nestor (SESA)** De
1719 maneira nenhuma. Acho que a gente pode acolher administrativamente que vai até mais rápido o
1720 processo pra gente poder fazer isso aí. **Rangel (SESA)** Então encerrado essa discussão. Goretti, da
1721 sua parte finalizou? Muito obrigado, toda equipe. **Nestor (SESA)** Nós temos mais dois pontos, pelo
1722 que a gente compreendeu até agora. Um ponto ainda é em referência ao que colocou o CREFITO e
1723 refere-se a uma proposta de ação, uma proposta de meta do CREFITO, de realizar uma conferência
1724 regional de saúde em cada macrorregional do Estado do Paraná, com duas ações. Uma ação de
1725 alteração da legislação do Conselho Estadual de Saúde, lei e regimento interno. E, uma de
1726 organização e realização de conferência regional de saúde em cada macrorregional de saúde. Bom,
1727 em que pese a gente entenda a intenção, a justificativa da proposta de poder ter mais um espaço,
1728 mais um fórum de discussão dentro da lógica das conferências e que entendendo também, a gente
1729 já debateu várias vezes entendendo que as propostas às vezes elas não estão congruentes dentro
1730 do espaço municipal, dentro do espaço regional, dentro do espaço estadual, mesmo dentro do
1731 espaço nacional, a Secretaria prefere não acolher porque ela vai se tornar dentro das propostas de
1732 conferência inexecutável, a gente entende por quê? Porque não somos nós que deflagramos o
1733 processo das conferências, é o Conselho Nacional de Saúde e a gente teria algumas questões de
1734 ordem legal até pra implementar isso, a iniciativa poderia ser administrativa, mas talvez não teria
1735 espaço entre a conferência municipal e a conferência estadual pra gente poder fazer isso na
1736 velocidade que nós teríamos pra poder implementar. As datas fixadas às vezes, como foram da
1737 última vez, nos colocariam num prazo de inexecutabilidade da proposta. O que a gente pode pensar,
1738 num momento seguinte ou levar essa discussão também pro Conselho Nacional de Saúde que aí eu
1739 defendo em conjunto, é o formato das nossas conferências. As nossas conferências, eu acredito que
1740 precisam ser atualizadas, trazer elas pros anos dois mil no mínimo, dois mil, dois mil e vinte; utilizar
1741 mais da tecnologia, colocar mais o contato do cidadão tanto na representatividade quanto na não
1742 representatividade nas conferências lá na base e depois trazer isso pras conferências estaduais e
1743 levar isso pra nacional. Mas nesse momento, por conta de entender que o processo que ta colocado
1744 hoje coloca uma realização de quatro conferências macrorregionais num processo ainda meio que
1745 inexecutável no contexto das conferências. Então essa seria a posição da Secretaria em relação a
1746 essa proposta. **Rangel (FEHOSPAR)** Vou abrir a discussão sobre esse assunto. Inscritos? Mais
1747 algum? Encerradas as inscrições. **João Eduardo (CREFITO)** Então, a ideia é um pouco parecida
1748 com o que você falou que tem a ver com esse modelo, esse modelo de conferência, porque
1749 infelizmente o que a gente percebe, principalmente na conferência estadual é que a gente tem um
1750 determinado número de participantes, de delegados, que infelizmente não respeitam os outros
1751 delegados nem tão pouco esse espaço de conferência, que é um espaço de discussão, de debate e
1752 de proposição de novas ideias. Então, exatamente em cima disso que a gente, a gente ta falando de
1753 recurso público, financiamento público e a gente entende que primeiro, existem alguns delegados, é
1754 a minoria, mas existem alguns delegados que não respeitam esse espaço e vem simplesmente, o
1755 simples fato de vir para Curitiba. O segundo, que existem alguns delegados que não entendem o que
1756 é debatido deste espaço e vem com questões municipais, muitas vezes, para serem debatidas nesse
1757 espaço estadual. Então a ideia e eu entendo essa questão logística de calendário, mas a ideia de ter

1758 essa discussão regional, macrorregional, é exatamente pra que se possa, já que muitas vezes uma
1759 ação de saúde de um município depende da ação de um outro município que pode ser referência pra
1760 ele, então seria esse o espaço mais adequado dentro dessa rede de atenção à saúde que a gente
1761 poderia trabalhar algumas questões regionais ou macrorregionais, deixando para a conferência
1762 estadual uma situação específica e direcionada para discussão de assuntos estaduais. **Nestor**
1763 **(SESA)** Bom, a gente mantém o não acolhimento mas eu sugiro que a gente traga esse debate pro
1764 Conselho, pro Pleno, e aí eu concordo em gênero, número e grau com você. Acho que a gente
1765 precisa rever isso. Essas questões de não respeito, de a gente não conseguir produzir aquilo que a
1766 gente espera em função de situações que colocam dentro da conferência, *ipsis litteris* o que você
1767 falou não tenho que tirar nem pôr. Um problema da proposta é questão da exiguidade, o que talvez,
1768 presidente, não possa ser trazido num novo formato quem sabe, isso é sugestão, não é proposta,
1769 não é pra modificar o que ta no nosso plano, que o Conselho pautasse isso como talvez plenárias
1770 regionais ou alguns movimentos que antecedam as conferências municipais ou entre as
1771 conferências municipais e a conferência estadual, mas daí eu não sei, a gente precisa discutir num
1772 outro modelo. O que eu acho que aqui não dá pra gente colocar como uma meta estratégica da
1773 Secretaria, no nosso plano, é realmente assumir o compromisso de mudar a lei, mudar o regimento
1774 pra fazer isso porque hoje a Secretaria entende como inexecutável. Bom, presidente, se me permite,
1775 temos uma última então, um último ponto que é em relação, que é o item número três se não me
1776 engano, que em relação à contribuição do SindSaude, na qual ele pede, coloca retirar do plano
1777 estadual de saúde o item quatro ponto cinco parcerias público privadas considerando que a lei
1778 oitenta e oito de mil novecentos e noventa já traz a participação privada de forma complementar. A
1779 Secretaria também entende por não acolher a proposta do SindSaude por entender que no próprio
1780 plano de governo que se colocou pelo governador Ratinho Junior a participação da iniciativa privada
1781 naquilo que couber e naquilo que for discutido, ela ta colocada de forma estratégica. Então, não
1782 entendemos como possível retroceder e fazer conflitar aquilo que ta no plano do governo com aquilo
1783 que está no plano de saúde. Então a sugestão por parte do SindSaude nesse momento, ela não
1784 encontra acolhida na proposta do plano por parte da Secretaria de Saúde. **Rangel (FEHOSPAR)**
1785 Vou abrir inscrições. Mais alguém? Está encerrada as inscrições. **Olga (SindSaude)** As
1786 trabalhadoras e os trabalhadores da saúde defendem um sistema único de saúde cem por cento
1787 público e estatal sobre controle da sociedade. Nesse sentido, nós entendemos que o setor privado, o
1788 capital, que hoje tem o seu representante na presidência do Conselho, né Rangel? Ele já está
1789 contemplado na lei oito mil e oitenta em que ele deveria participar de forma complementar. Na
1790 prática, não o é. Na prática, nós temos um grande aporte de recursos financeiros sendo destinados
1791 ao capital da saúde. Vide, vou dar só um exemplo, o exemplo do HospSUS. Nós temos um programa
1792 fortemente colocado pelo governador anterior, o Carlos Alberto Richa, ele fez uma gestão e que o
1793 Secretário Michele Caputo cumpriu muito bem com a receita, de financiar abundantemente os setor
1794 privado. Então, quando nós colocamos aqui que essa parceria público privada, não deve ser o nosso
1795 objetivo estratégico, muito pelo contrário, é o atendimento, é o desafio de cumprir e fazer cumprir a
1796 lei que coloca a complementariedade do setor privado nas questões da saúde. Quando a gente
1797 coloca um destaque para parceria público privado nós estamos dizendo o plano estadual de saúde
1798 do Estado do Paraná vai fazer com que nós tenhamos as nossas ações com a prevalência, com a
1799 priorização dessa parceria e não é este o caso. Eu entendo que a Secretaria de Estado da Saúde,
1800 obviamente faz parte do governo do seu Ratinho. No entanto, nós estamos tratando aqui de uma
1801 ação de segurança de qualidade de saúde e de vida da população brasileira, então nesse sentido, a
1802 parte paranaense, parte do país, em que a gente entende que tenha que ser fortalecida a nossa rede
1803 de atenção à saúde pública, pública e estatal, sob o controle da sociedade. Então é essa a defesa
1804 que o SUS, que a gente faz do SUS e o modelo do SUS que nós temos é esse. Obrigada. **Ana**
1805 **Cristina (SindSaude)** Bem, só reiterando mesmo. A justificativa aqui é que a gente já tem uma lei
1806 federal que garante isso de forma complementar, então ta garantido. O plano está de acordo com a

1807 lei, a gente já sabe da existência dessas parcerias, permeiam aqui as discussões do Pleno, então, é
1808 nesse sentido que a gente fez essa defesa de que não seria necessário estar explícita aqui, porque
1809 já ta implícita pela essa lei maior. É isso. Obrigada. **Rangel (FEHOSPAR)** Eu só coloquei a minha
1810 inscrição aqui. Em relação à questão parceria público privado, deixar bem claro, da forma que é
1811 colocado, que foi colocado, que o serviço prestado pelos prestadores privados, ele não tem
1812 qualidade. E pelo contrário, acho que a qualidade do serviço de saúde, não só do Estado do Paraná,
1813 mas em grande parte do Paraná, é prestado com muita qualidade pelos prestadores privados, com
1814 muita responsabilidade e ali também tem pessoas que trabalham. Então, a gente vê que o
1815 investimento, que não é gasto é investimento ali com os recursos destinados, assim HospSUS, entre
1816 outros programas, eles são muito bem aplicados pelos prestadores e são monitorados, deixar claro
1817 aqui, que é monitorado mensalmente HospSUS, POA, com controle social participando. Isso que me
1818 assusta, sabe? Porque o controle social participa no município, lá na base, porque lá ele ta vendo
1819 real e é justamente isso se não cumprir a meta, perde dinheiro, perde o credenciamento, tem “n”
1820 riscos, tem um contrato lá. Então vamos primeiro conhecer realmente o que ta na base, porque a
1821 gente tem, fala-se muito que o prestador tem seus interesses, mas qual interesse então do outro
1822 lado? De ser uma saúde pública, totalmente cem por cento pública, qual o interesse está lá? Então,
1823 também vou começar questionar isso daí. Cada um sabe, né Olga? Cada um sabe os seus motivos
1824 de querer aquilo lá, não é verdade? Então, põe na mesa, Olga. Põe na mesa pra gente ver
1825 realmente o que daí, porque deixa, joga no ar aí, fala que os prestadores são, não tem qualidade, foi
1826 isso sim que colocou. Então, vou deixar bem claro, que é muita qualidade, feito com muita
1827 responsabilidade, quem não faz tem punição pra isso e tem controle pra isso. Então assim, eu
1828 acredito que os prestadores estão dormindo em paz. Que se a gente for ver o que é exigido e pelo
1829 que é pago, ta faltando dinheiro, viu Olga. Ta faltando dinheiro, você pode ter certeza disso. Então,
1830 os prestadores não são o vilão da história. Os prestadores não são o vilão aqui no SUS. Os
1831 prestadores pelo contrário, é a salvação do SUS e se não morre mais gente é porque nós
1832 prestadores privados estamos atuando e muito bem. Então vamos só analisar com calma, ta? Sem
1833 antes ficar jogando ao vento coisas irreais e inverdades. Muito obrigado. **Nestor (SESA)** Bom,
1834 novamente a Secretaria de Saúde tem como posição de não acolher a proposta por entender que
1835 assim, se a gente for diminuir a discussão acerca da simples questão de dizer que o SUS deve ser
1836 cem por cento público, cem por cento estatal, a gente vai ter uma complicação muito grande porque
1837 o que tem os últimos trinta anos colocados é de que o modelo que foi proposto lá no começo da
1838 reforma sanitária com a proposição do SUS, ele se mostrou muito interessante no começo, porém
1839 agora passados os trinta anos a gente precisa ter um fôlego novo, Se a gente insistir em dizer que o
1840 SUS tem que ser cem por cento estatal, ele ta fadado ao precipício, não tem como hoje fazer com as
1841 leis que estão hoje um SUS cem por cento estatal, é loucura. Em que pese o viés ideológico de
1842 entender que seria desejável e seria muito importante ter o SUS cem por cento estatal, na qual eu já
1843 defendi muitas vezes, hoje eu estaria sendo completamente equivocado dizer se tudo pra ser por
1844 dentro do Estado, por dentro dos municípios e a gente ia conseguir entregar saúde de qualidade pra
1845 população na qualidade que a gente deseja. A gente pode pensar em novos modelos pra frente? É
1846 claro. Deve pensar. E outra, Ana, a gente não ta falando aqui na parceria público privada somente no
1847 foco assistencial. Gente, vamos abrir um pouquinho a cabeça. É parceria público privada naquilo que
1848 couber, nós temos outras iniciativas tecnológicas se a gente não tiver a participação da iniciativa
1849 privada, a gente não vai conseguir andar; a gente tem na tecnologia de informação, a gente tem na
1850 logística, a gente não tem só na assistência a participação na iniciativa privada, a gente tem outra
1851 série de situações que precisam ser colocadas e debatidas. A não colocação da possibilidade de
1852 uma participação da iniciativa privada simplesmente hoje inviabilizaria o SUS no Brasil inteiro, isso aí
1853 não é uma questão só de entender que, ah eu quero o SUS cem por cento estatal. Não tem mais
1854 como a gente partir pra esse debate apenas nessa lógica, nós precisamos discutir a viabilidade do
1855 SUS. A viabilidade. A eficiência. A entrega do serviço pra população. Eu acho que a gente tem muito

1856 boas experiências quando o SUS é estatal, muito boas experiências quando o SUS é prestado pelo
1857 prestador de serviço, muitas boas experiências quando a iniciativa privada participa do processo de
1858 entrega de serviço, não da gestão. Nós não estamos falando em nenhum momento, se vocês
1859 olharem o plano como um todo, em nenhum momento a gestão vai ter participação da iniciativa
1860 privada, é na prestação do serviço, é na prestação de uma determinada situação, a gestão vai ser
1861 sempre cem por cento pública. Então a gente tem que dividir essas situações porque senão dá a
1862 impressão de que nós estamos privatizando, não, privatizando não tem privatização, nós não vamos
1863 vender nada. Nós não vamos cobrar nem um real da população. Vai continuar sendo cem por cento
1864 público e gratuito. Agora, cem por cento estatal, se fizer essa proposta, é inexecutável. Inexecutável.
1865 Não há menor possibilidade de fazer cem por cento de um SUS hoje e estatal; isso é prometer uma
1866 coisa que não vai ser entregue em lugar nenhum do Brasil. Então por isso nós mantemos a proposta
1867 de não retirar a parceria público privada do nosso plano estadual de saúde. **Olga (SindSaude)**
1868 Mesa, é uma questão de ordem. Eu fui citada várias vezes, eu gostaria de ter a fala aberta. Primeiro
1869 lugar, eu não fiz a crítica colocando a qualificação da prestação da assistência do setor privado neste
1870 momento. Então eu gostaria que isso ficasse retificado e registrado em ata. Eu fiz a fala no sentido
1871 de que há na Constituição e na lei orgânica, nas leis orgânicas da saúde, já garantida a participação
1872 em caráter complementar do setor privado, ou seja, do capital da saúde. Isso, estou reforçando,
1873 Rangel, porque eu não falei momento algum isso. O debate que não tem sido feito aqui, vocês serão
1874 testemunhas disso que nós temos insistentemente colocado aqui a necessidade de fazer a
1875 discussão em aberto do programa, eu citei do HospSUS e vou voltar a ele. Do HospSUS; nós
1876 poderíamos falar de outros. Então, quando a gente coloca, por exemplo, a nova portaria dois nove
1877 sete nove, nós não debatemos aqui? Nós debatemos aqui. E esse Conselho fez uma recomendação
1878 para o Conselho Nacional de Saúde á respeito desse modelo de financiamento, que leva a um
1879 encolhimento da atenção primária à saúde no Estado, estudos já feitos pelo próprio COSEMS no
1880 Estado de São Paulo, no Estado do Rio de Janeiro, colocando, porque essa portaria ela vai ser
1881 sentida a partir de dois mil e vinte e um. Dois mil e vinte continua tudo como antes. Tudo como
1882 antes. Em dois mil e vinte e um os municípios sentirão o peso desse novo modelo de financiamento
1883 que vai jogar para o setor privado, sim, essa busca da população pelo atendimento à sua saúde. Isso
1884 já é projeção, não é minha, vamos buscar lá nos documentos técnicos que já foram produzidos.
1885 Nesse sentido, é que nós colocamos que o norte do plano estadual de saúde não pode ser parceria
1886 público privada. Ela existe, é real e vai continuar existindo durante um bom tempo . Mas assim,
1887 Nestor, nós não fizemos aqui uma defesa de que se jogue na lixeira tudo que já foi feito, não é isso.
1888 Nós estamos colocando que nós temos que fortalecer as redes de atenção à saúde no sentido de
1889 ampliar aquilo que é necessário de ser feito com a rede pública e estatal para o atendimento à saúde
1890 da população, é nesse sentido que nós estamos fazendo. Nunca disse que o capital não se submete
1891 ao controle social, até porque ta na lei. Todo o atendimento, todo o serviço de saúde, ele está
1892 submetido a esse controle. Ontem nós tivemos uma certa resistência aqui, mas superamos. Acho
1893 que é no diálogo e no debate. Mas temos que colocar em pauta sim esse programa, esse
1894 financiamento que a gente tem tido, principalmente na rede hospitalar e os resultados disso. Agora
1895 só gostaria de fazer uma ressalva, o setor privado faz sim, presta serviços relevantes à saúde da
1896 população, sem sombra de dúvida mas não é todo setor privado também, assim como não é todo
1897 público; pra isso nós temos que continuar fazendo controle, mas de verdade. De verdade. Não
1898 podemos não colocar na mesa, por isso que eu fiz aquele sinal pra você e me desculpe se desviei
1899 sua atenção no momento da sua fala, mas assim, nós temos que colocar na mesa as reais intenções
1900 e os reais resultados desse trabalho, é nesse sentido que eu falo. Acho que todos nós aqui, todas
1901 nós queremos qualidade na prestação da atenção à saúde e eu não duvido, Nestor, que isso seja
1902 intenção desta gestão. Não duvido. Nós estamos aqui pra fortalecer essa proposta. É essa a nossa
1903 intervenção. Obrigada. **Rangel (FEHOSPAR)** Bom, findamos a questão das contribuições. Tínhamos
1904 colocado aí inicialmente que após findarmos isso a gente, quem tivesse mais alguma contribuição

1905 que poderia colocar, é isso né? E, teria mais alguma contribuição de alguma instituição? Porque já
1906 tamos aí, é uma e cinco, pra gente tentar fechar dentro daquilo da uma e meia. Então eu vou abrir as
1907 inscrições e vou já fechar. Senão tiver inscritos, daí fechou, fechou. **Olga (SindSaude)** Eu gostaria
1908 de propor assim, que a gente constituísse um grupo para revisão não só da escrita, porque nós
1909 temos algumas falhas técnicas colocadas aqui no plano estadual, por exemplo, nós temos algumas
1910 figuras sem legenda, algumas cores por exemplo na trinta e três, tem lá as cores laranja e rosa que a
1911 gente não sabe o que significam porque não tem na legenda; dois tons de verde que a gente não
1912 sabe o que significa; tem um mapa que foi colocado aqui pra ser inserido em dois mil e vinte ele não
1913 foi inserido, na página sessenta e oito; na sessenta e nove também faltou legenda, mas são
1914 questões assim para entendimento e para a melhora da demonstração do que se quer dizer. No
1915 quadro dezoito faltou inserir lá na certificações emitidas pela Escola o ProjeSUS; faltou discutir
1916 essa inserção do Sírio Libanês e do Albert Einstein nas questões de capacitação e lá na questão das
1917 diretrizes, a gente vai precisar ter, eu to propondo a formação de um grupo para que a gente faça
1918 adequação de cada objetivo, você tendo a meta, ela ser condizente com o objetivo e o indicador ser
1919 condizente com a meta. Nós temos vários apontamentos aqui em que isso não acontece. Eu ponho
1920 lá por exemplo, implantar um sistema de gestão orçamentária financeiro por meio de quatro
1921 módulos, qual é o indicador? Você bota lá, ta escrito no texto genericamente o módulo mas não diz
1922 quantos. Então, o indicador ele tem que ser numericamente colocado com o estabelecimento daquilo
1923 que você vai buscar durante esses anos e me parece que não foi colocado em boa parte dessas
1924 metas pra poder esclarecer esse indicador que a gente ta buscando pra poder avaliar se a meta foi
1925 atingida ou não. **João Eduardo (CREFITO)** Na verdade não é uma proposta, na verdade é só um
1926 fechamento que eu gostaria de fazer. Reforçar que esse funcionamento da Secretaria de Saúde,
1927 aqui representada pelo Nestor e pela Goretti e a sua equipe, principalmente com relação ao
1928 compromisso que tiveram com o Conselho em estar fornecendo o material, não simplesmente uma
1929 apresentação, mas sim o material enviado por e-mail pra que a gente pudesse consultar, consultar
1930 as bases. E aqui eu tenho que fazer esse parênteses porque foi esse tempo disponibilizado, de
1931 cinquenta e três dias, se não me engano aqui, foi esse tempo disponibilizado que permitiu que nós
1932 nos reuníssemos, então nós temos lá, no CREFITO a gente tem a comissão de educação, foi
1933 formado um grupo de trabalho, nós juntamos profissionais fisioterapeutas do interior, foi o doutor
1934 Fernando de Londrina, a doutora Ticiania, eu e terapeutas ocupacionais, então a doutora Débora, a
1935 doutora Leonidia, tanto da atenção primária, atenção secundária, atenção terciária pra podermos
1936 sim, ler e analisar, discutir e trazer essas informações, Divergências sempre haverão, assim como
1937 haverão convergências e eu acho que essa é a riqueza do controle social, é o debate. É o debate de
1938 ideias, muitas vezes eu entendo até que algumas ideias poderiam ser absorvidas mas existem
1939 questões gerenciais e organizacionais que impedem a execução de algumas ações mas eu gostaria
1940 de então deixar claro de que a forma como foi tratado esse assunto, ela atendeu as nossas
1941 expectativas e permitiu com que nós pudéssemos fazer esse nosso trabalho. Obrigado. **Nathalia**
1942 **(Ministério da Saúde)** Primeiro, assim, teve o prazo, concordo com tudo o que o João falou e assim,
1943 assumo a falha de não ter mandado as contribuições. Mas, nós no papel de Ministério da Saúde e
1944 talvez, são coisas assim do Estado, sabe? E a gente sabe que o Estado é autônomo e tudo mais,
1945 mas acho que nessa parte do conteúdo, das propostas, eu acho assim que o Estado ele tem toda a
1946 liberdade, mas cabe também à nós, Ministério da Saúde, apoiar. E, que eu acho que nós
1947 poderíamos apoiar e pedir licença pro Estado? Eu acho que a gente poderia apoiar, talvez, na
1948 qualificação da escrita. Então, questões que a Olga levantou em relação a mapas, legendas, até
1949 ortografia em alguns pontos porque eu li o plano inteiro, o plano ta assim muito bem escrito e tudo,
1950 mas assim, eu acho talvez, eu, a pessoa Nathalia, eu tenho um pouco de crítica com isso e eu quero
1951 pro Paraná a melhor visibilidade nacional. Assim como no Congresso Estadual eu me dispus a
1952 melhorar a redação das propostas, porque aquela preocupação, vai pro Conselho Nacional e tudo,
1953 da conferência, da conferência nacional, enfim, eu to aqui também oferecendo esse apoio. A gente

1954 do Ministério da Saúde, a gente tem uma formação que nos privilegia no sentido de saber a escrita
1955 de uma diretriz, um objetivo, uma meta, um indicador. Não que o Estado não saiba, mas assim a
1956 gente, não são todos mas algumas metas, alguns indicadores, eles assim, não tão guardando uma
1957 consonância, então a gente queria oferecer o nosso apoio pro Estado e também pra esse Conselho
1958 nesse sentido. **Nestor (SESA)** Bom, primeiro agradecer, acho que a contribuição de todos, o debate
1959 é essencial. Eu faço minhas as palavras do João, acho que a gente diverge, tem que divergir
1960 mesmo, se não tivesse divergência não ia nem ter graça, não ia ter o calor da discussão que eu acho
1961 que é o que move a construção do SUS nesses anos. É entendendo a posição do outro e mudando
1962 às vezes até de opinião, acolhendo aquilo que se coloca que a gente pode fazer o crescimento. Eu
1963 entendo posicionamentos, eu entendo todas essas questões de divergência, quando o João fala que
1964 algumas questões próprias da própria instituição impedem o acolhimento um pouco maior até do que
1965 pessoalmente a gente gostaria de acolher, mas até por uma questão normativa, até por uma questão
1966 daquilo que foi colocado a gente acaba declinando algumas questões. Então eu, nesse sentido, a
1967 gente concorda com tudo. O que é, em relação àquilo que a Olga falou, eu sugiro então o seguinte; a
1968 gente, não é fechado a nenhum tipo de situação mas pra ser coerente com aquilo que a gente
1969 colocou, a gente abre um prazo pra que vocês mandem as sugestões de correção, de texto, de
1970 escrita, apesar de que a gente vai ter, a gente também tem um trabalho próprio, interno até porque
1971 aquilo que foi mandado pra vocês se vocês lerem bem ta escrito versão preliminar, ela não é
1972 definitiva, ela não é aquilo que vai efetivamente ser publicada, mas. Então seu presidente, se o
1973 senhor me permite aqui, a Secretaria de bom tom abre um prazo aí de quinze dias pra quem quiser
1974 colocar, até porque não posso abrir mais senão não consigo publicar. A gente aprova hoje, se me
1975 permitem e a gente abre esse prazo de quinze dias pra sugestão, é mapa, é escrita, ponderações
1976 que assim, me permitam, talvez não sejam todas acatadas porque o prazo de acatamento de
1977 discussão de contribuição era pra ser colocado em discussão hoje. Então, mudança de objetivo,
1978 mudança de diretriz, mudança de meta, a gente não vai fazer mas aquilo que for contribuição pra
1979 melhorar o plano, a escrita, não tem problema nenhum, a gente acata com toda certeza com a
1980 melhor das intenções nesse prazo. **Rangel (FEHOSPAR)** Nestor, então a Secretaria faria uma
1981 consolidação hoje, pegaria isso hoje e encaminharia para os conselheiros e abre quinze dias?
1982 **Nestor (SESA)** É. A gente abre quinze dias a partir de hoje. Em até quinze dias, quem quiser
1983 contribuir neste sentido, da melhora do conteúdo, não na mudança das propostas, diretrizes, porque
1984 isso foi o que foi hoje. Na forma, na métrica, no conteúdo, nesse sentido, a gente abre. Quinze dias é
1985 um bom prazo, gente? Pra fazer isso? A gente abre até, porque senão não vai conseguir publicar.
1986 Volto a falar de novo, a gente já ta em tratativa de publicação. O que a gente mandou pra vocês
1987 obviamente ele já foi tratado nesse tempo, a gente já trabalhou, com o pessoal que ta trabalhando na
1988 ortografia, na modelagem, nas cores, nessas questões que são mais afetas que não mudariam o
1989 contexto das diretrizes, o contexto dos objetivos, das metas; em função desse sentido. Então, se for
1990 de bom tom aqui por parte da Secretaria, a gente abre esse prazo, a gente aceita essas
1991 contribuições, nesse prazo de quinze dias, mas pedindo pro Conselho pra que a gente pudesse
1992 aprovar o que foi debatido hoje e aquilo que não foi mexido por conta desse prazo que a gente abriu
1993 pra todo mundo que eu acho que é justo e necessário de acordo com o que foi combinado até agora.
1994 **Nathalia (Ministério da Saúde)** Concordo, Nestor. Vamos fixar um dia, porque tem o Carnaval; que
1995 tal dia seis de março? Porque quinze dias. Seis de março e assim, eu quero assim, me
1996 comprometer, eu Ministério da Saúde junto com a equipe, a gente de maneira alguma vai mexer no
1997 conteúdo, longe de nós fazer isso, a nossa intenção mesmo é só melhorar a forma, é contribuir, só
1998 isso. **Rangel (FEHOSPAR)** Então, a proposta da Nathalia é encaminhar até o dia seis para a
1999 Secretaria Executiva do Conselho. Pessoal, eu vou abrir, tem a Olga e a Palmira, mas assim, olha,
2000 bem breve pra gente encerrar, ta bom? É que eu to preocupado que tem pessoas que tem diabetes,
2001 já ta avançar da hora e daqui a pouco começa a dar problema. **Olga (SindSaude)** Rapidamente
2002 dizer assim, a questão que eu falei incluiria também essas situações que o Ministério da Saúde me

2003 parece que está assumindo, questões de ortografia, legendas de mapas e de figuras e tudo mais. O
2004 que nós colocamos não foi só isso. Existem indicadores que não tem nada a ver com a meta, é isso
2005 que estou falando. Então nesse sentido, é uma outra proposta. Não é uma outra proposta, é uma
2006 adequação do que foi apresentado aqui que não está devidamente adequado, se me permitem,
2007 porque quando a gente olha a meta e olha o indicador, o indicador não diz respeito à meta, ele diz
2008 respeito a outra coisa, mas não à meta. Eu sei que foi paga uma assessora que já foi do governo
2009 passado pra fazer esse trabalho, veio novamente contratada por esse governo para fazer o trabalho,
2010 mas assim, tem problemas e eu estou detectando e gostaria que ficasse registrado que há
2011 problemas, tem indicadores que não dizem respeito à meta e tem meta que não diz respeito ao
2012 objetivo. Como isso não será acatado, então nós entendemos que somente o Ministério da Saúde
2013 fará essas contribuições. **Palmira (Fesmepar)** Bem, a minha fala também é diante da fala do que a
2014 Olga, não quero ser repetitiva, só que alguns indicadores não diz respeito a algumas metas, Nestor.
2015 Isso tem que ser revisto e não pode ser aprovado da maneira que está, por que o que vai acontecer?
2016 Quando chegar lá no meio do processo, aonde a gestão for executar o seu indicador, a sua meta, o
2017 que vai acontecer? Mas esse aqui não é o indicador pra essa meta, o que eu gestora vou fazer?
2018 Entende? A nossa preocupação é em relação a isso. Essa metodologia que foi utilizada, que teria
2019 que ser visto em relação a esses indicadores. Eu não sei se dentro desses quinze dias tem como ser
2020 feito isso, porque ali vai ter que ter mudança, não é só ortografia, não é só palavras erradas, não é
2021 só mapa, só índice, não, é os indicadores e as metas que uma não condiz com a outra e não é só
2022 um indicador, são alguns. **Nathalia (Ministério da Saúde)** A Palmira e a Olga tem razão, quando eu
2023 digo que eu não vou mexer no conteúdo, eu vou só mexer na forma, isso inclui a alteração de uma
2024 redação de uma meta e de um indicador sem mexer no conteúdo. Eu posso dar um exemplo, eu já
2025 escrevi alguma coisa aqui. Então, se os senhores me permitirem, na meta zero um dois três, essa
2026 meta ela tá falando assim, acolher os novos gestores municipais do SUS que tomarão posse em dois
2027 mil e vinte e um apresentando a política de saúde do Paraná com foco na rede de atenção à saúde.
2028 A gente vê que; aí como é que eu reescrevi isso? Vejam que eu não mudei o conteúdo, eu mudei só
2029 a forma de escrita; realizar um encontro estadual a fim de acolher os gestores municipais do SUS
2030 que tomarão posse em dois mil e vinte e um. Vejam, a gente tem que ver, na redação como ela está,
2031 que quando a gente vai pra leitura do indicador e pra ação, fica claro que a meta é o encontro. E aí,
2032 no indicador tá número de encontro realizado, eu mudaria para encontro estadual realizado, porque
2033 é um encontro estadual. Então assim, eu acredito que fazendo assim, eu não mudei o conteúdo, mas
2034 eu deixei a forma correta e mais clara porque quem de fora pegar o plano do Paraná vai falar, não,
2035 não é do Paraná, o Paraná é. Entendeu? Então assim, é só isso. **Nestor (SESA)** Eu volto a afirmar,
2036 não tem problema nenhum de a gente fazer o acolhimento dessas sugestões, a gente vai, a gente
2037 abre o prazo, acho que dia seis é um prazo bem possível de a gente acolher, com o compromisso de
2038 olhar com carinho tudo o que for escrito. Mas assim, eu falo, volto a falar, tem certas interpretações
2039 que não foram debatidas aqui por conta do prazo que a gente abriu e era pra fazer isso hoje,
2040 conforme todas as questões que a gente colocou hoje. Talvez o objetivo que você esteja entendendo
2041 num indicador ou outro, devesse muito guardar conversa com aquilo que teria explicado hoje em
2042 função da dúvida. Então assim, eu não posso me comprometer a fazer mudança direta
2043 simplesmente a partir de sugestão, agora, eu posso acolher todas, não tem problema nenhum. Até o
2044 dia seis a gente acolhe e vê aquilo que é possível de mudar independentemente de qualquer outra
2045 situação, porque se fosse pra debater linha de base, o tipo do indicador ou qual que foi a medida,
2046 como que você colocou ali, de onde vocês tiveram essa ideia. O ideal era hoje, como foi debatido
2047 com todas as outras questões que foram feitas e ficou muito claro isso pra nós porque, ah você lê
2048 um plano você tem uma interpretação, quem escreveu tem outra e que foi aquilo que foi colocado
2049 aqui em função daquilo que se coloca. Aquilo que tá escrito, às vezes não tem o teor do debate,
2050 então a gente pode ter esse entendimento. Mas eu reitero, que a gente acolhe com a devida, com o
2051 devido olhar em função daquilo que a gente entende que teria que ter colocado ali em razão do

2052 conteúdo, porque obviamente eu posso olhar com os meus olhos documento escrito pelas entidades
2053 da Olga ou da Palmira e achar que ta tudo errado, é o meu olhar, assim como elas podem olhar o
2054 meu documento e achar que ta totalmente contrário com aquilo que elas pensam. O lugar de onde a
2055 gente tinha colocado era hoje pra fazer esse tipo de debate. As contribuições de forma, de mudança,
2056 de entendimento ou neste caso de colocação advérbio, expressão adverbial e verbo no seu devido
2057 lugar, a gente acolhe, não tem problema nenhum. **Rangel (FEHOSPAR)** Bom, estamos entendidos?
2058 Estamos acordados? Então, dia seis de março, todas as propostas encaminhado pra Secretaria
2059 Executiva que será encaminhado para a SESA. Então, a minha proposta agora é que coloquemos
2060 em votação, pra aprovação do PES dois mil e vinte dois mil e vinte e três, conforme os
2061 encaminhamentos acordados hoje e amplamente discutido, com toda análise da SESA, tudo bem? E
2062 do Conselho. Então, em processo de votação. Os favoráveis, por favor, para aprovação do Plano
2063 Estadual de Saúde, PES dois mil e vinte dois mil e vinte e três. **Mauricio (Secretaria Executiva)**
2064 Mantenham por gentileza seus crachás erguidos. Contando. Vinte e nove. **Rangel (FEHOSPAR)**
2065 Vinte e nove favoráveis. Contrários. Nenhum contrário. Abstenções. Nenhuma abstenção. Então,
2066 aprovado por unanimidade pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná o Plano Estadual de Saúde,
2067 PES dois mil e vinte dois mil e vinte e três. Eu, só um minutinho. Eu gostaria, essa é a nossa última
2068 reunião, dessa gestão, tanto do Conselho como da Mesa. Amanhã então, terá novos ares aí com
2069 novos conselheiros, vai ter também a questão da eleição pra nova gestão da Mesa dois mil e vinte
2070 dois mil e vinte e dois. Então, agradecer a todos, todos os conselheiros, amigos, amigas que eu
2071 considero. Agradecer realmente esse período de convivência. Os dois últimos anos aí da nossa
2072 gestão, agradecer a confiança da Mesa de ter assumido esse desafio comigo. Dizer que não poderia
2073 ser melhor. Eu só tenho que agradecer vocês, em todos os momentos, momentos bons, momentos
2074 difíceis, mas momentos que superamos junto. Também ao Conselho, ao Pleno, a todos, foi um ano,
2075 ano passado ano de Conferência, ano árduo em que todos realizaram aí o melhor trabalho possível.
2076 Agradecer, até a Carmen estando aqui, Carmen, ontem eu falei em relação à Secretaria Executiva,
2077 de quem está e de quem passou, as contribuições, obrigado mesmo e parabéns à condução da
2078 Conferência que você estava à frente da Secretaria. E, agradecer todo pessoal de apoio, pessoal
2079 dos hotéis que passamos, pessoal do som. Então, pedir desculpas por qualquer coisa que possa ter
2080 feito e ter desagradado alguém mas sempre pensando no melhor. Desejo todo sucesso pra quem
2081 fica e quem não continua no Conselho e, pra quem chega. Que Deus realmente abençoe a todos.
2082 Obrigado pela confiança, pelos trabalhos e parabéns. Acho que conselhos se constrói assim mesmo,
2083 trazendo, discutindo, alguns momentos um pouco mais caloroso mas o que importa é o bem do
2084 controle social aí levando pro melhor do SUS e pra população que precisa. Obrigado, mesmo. Que
2085 Deus acompanhe a todo. O áudio desta reunião está disponível para consulta na Secretaria
2086 Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, bem como as apresentações feitas
2087 nesta reunião estão disponibilizadas no *site* do CES/PR (www.conselho.saude.pr.gov.br).