

1 **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

2 **ATA Nº 18/2014**

3 **DATA: 21 de agosto de 2014**

---

4 Aos vinte e um dias do mês de agosto de dois mil e quatorze, às 18h30min, no  
5 Auditório da Secretaria Municipal de Saúde, situado no térreo da Av. João Pessoa, 325,  
6 nesta Capital, reuniu-se, em sessão ordinária do Plenário, o Conselho Municipal de  
7 Saúde de Porto Alegre – CMS/POA. **ABERTURA: A SRA. DJANIRA CORRÊA DA**  
8 **CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Eu, Djanira Corrêa da  
9 Conceição, no uso das atribuições que me são concedidas pelas Leis nº 8.080 e nº  
10 8.142/90, pela Lei Complementar nº 277/92, pela Lei Orgânica do Município de Porto  
11 Alegre, pelo Código Municipal de Saúde e pelo Regimento Interno deste Conselho,  
12 aprovado em julho de 2008, declaro aberta a sessão ordinária do Plenário do dia 21 de  
13 agosto de 2014. **Faltas Justificadas:** 1) Alexandre de Oliveira Daura, 2) Gilberto Binder, 3)  
14 Jandira Roehrs Santana, 4) Masurquede Coimbra. **Conselheiros Titulares:** 1) Alcides  
15 Pozzobon, 2) Antônio Ildo Baltazar, 3) Caroline da Rosa, 4) Clarissa Bassin, 5) Djanira  
16 Corrêa da Conceição, 6) Gilberto Fagundes da Silva, 7) Gilmar Campos, 8) Jussara  
17 Barbeitos Giudice, 9) Liane Terezinha de Araújo Oliveira, 10) Luís Antônio Mattia,  
18 11) Marcelo Rocha Garcia, 12) Maria Leticia de Oliveira Garcia, 13) Maurem Ramos,  
19 14) Mirtha da Rosa Zenker, 15) Nesioli dos Santos, 16) Paulo Cesar Z. Cerutti, 17) Paulo  
20 Goulart dos Santos, 18) Pedro Luís da Silva Vargas, 19) Roberta Alvarenga Reis,  
21 20) Roger dos Santos Rosa, 21) Rosa Helena Cavalheiro Mendes, 22) Tânia Ledi da Luz  
22 Ruchinsque, 23) Vivian Vera Pacheco. **Conselheiros Suplentes:** 1) Antônio Augusto  
23 Oleinik Garbin, 2) Arthur Antônio Munch, 3) Gabriel Antônio Vigne, 4) Gláucio Rodrigues,  
24 5) Gustavo Hoppen, 6) Ireneo de Farias, 7) Jorge Luís Cuty da Silva, 8) Júlio Antero Appel  
25 de Oliveira, 9) Neusa Bertoldo Siqueira. **APROVAÇÃO ATA: Aprovação Ata nº14 de**  
26 **26/06/2014 – Assistência Farmacêutica:** Quem vota favorável que levante os  
27 crachás! Não tem nenhuma contestação? Vinte e um votos favoráveis. Quem vota  
28 contrário? Nenhum voto contrário. Quem se abstém? Nenhuma abstenção?  
29 **APROVADA A ATA. PARECER:** Vou chamar a Letícia, que é a nossa coordenadora  
30 da SETEC. Primeiro, o parecer do Nossa Senhora da Conceição. Tem alguém para  
31 representar o Conceição? (Manifestação fora do microfone). Número? É o 43/2014.  
32 Tem alguém para representar o Conceição? (Falas concomitantes da plenária). O 47  
33 também é do Hospital Cristo Redentor, tem alguém do Hospital Cristo Redentor? (Falas  
34 concomitantes da plenária). Não. Então, vou chamar a Isabel para a mesa. Isabel...  
35 Hospital Espírita, que é o Plano de Aplicação da 38ª Etapa do Programa Nota Fiscal  
36 Gaúcha. É o 46. Pode passar para a mesa. **A SRA. ISABEL - Direção Executiva do**  
37 **Hospital Espírita de Porto Alegre:** Estou representando a Nota Fiscal Gaúcha. **A**  
38 **SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e**  
39 **Coordenadora Adjunta do CMS/POA: Parecer 46/12 Plano de Aplicação da 38ª**  
40 **Etapa do Programa Nota Fiscal Gaúcha.** (Leitura do Parecer 46/2014). (Manifestação  
41 fora do microfone). **A SRA. DJANIRA CORREA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
42 **Coordenadora do CMS/POA:** Vinte e um votos favoráveis. Quem vota contrário?  
43 Quem se abstém? Vinte e um votos favoráveis, nenhuma abstenção e nenhum voto  
44 contrário. **APROVADO.** (Manifestação fora do microfone). Então, tá, Isabel, obrigada.  
45 **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e**  
46 **Coordenadora Adjunta do CMS/POA:** Faremos a correção indicada, só para constar  
47 na ata, tá? **A SRA. DJANIRA CORREA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
48 **Coordenadora do CMS/POA: Parecer 48/14 – HPS – Habilitação a Incentivos de**  
49 **Hospital, tipo III.** Tem alguém do HPS? Então, o senhor pode passar, por favor. **O SR.**  
50 **DANILO – Diretor Administrativo HPS:** Sou o Diretor Administrativo do HPS. **A SRA.**  
51 **MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e**  
52 **Coordenadora Adjunta do CMS/POA:** (Leitura do Parecer 48/2014). **A SRA.**  
53 **DJANIRA CORREA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do**  
54 **CMS/POA:** Alguém tem alguma questão? Vargas! (Manifestação fora do microfone).

55 Mas tem que ficar gravado. **O SR. PEDRO LUÍS DA SILVA VARGAS – Sindicato dos**  
56 **Servidores da CMPA:** Na verdade, o que eu vou propor a mesa e ao representante  
57 daquele hospital é que nos faça um pequeno relato, tipo uma demonstração,  
58 esclarecimento em que implica esta mudança, quais são os recursos, enfim, os  
59 incentivos que poderão advir com esta mudança. Enfim, uma explanação acerca desta  
60 matéria. Obrigado. **A SRA. DJANIRA CORREA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
61 **Coordenadora do CMS/POA:** Perguntou a ele, ele vai responder! **O SR. DANILO –**  
62 **Diretor Administrativo HPS:** O Ministério classifica este item em vários níveis. Tem o  
63 nível 1, nível 2 e o nível 3. Sendo que este nível 3 nos aporta um recurso bem acima e  
64 eu não saberia te dizer qual o valor deste recurso nesta portaria; mas reporta mais  
65 recursos para serem utilizados no hospital. Isto que eu posso lhe garantir agora. **A**  
66 **SRA. HELOISA HELENA ROUSSELET ALENCAR – Assessora Técnica do**  
67 **CMS/POA:** Só complementando a informação. Esta tipologia é para hospitais que  
68 compõem as redes de referência da urgência e emergência. Então, o Hospital de  
69 Pronto Socorro... Existem hospitais do tipo I, que são portas de entrada mais simples,  
70 os hospitais tipo II, que são uma porta de entrada média de recursos e o hospital tipo  
71 III, que é um hospital que tem mais complexidade. O nosso Hospital de Pronto Socorro,  
72 segundo a avaliação que a Gerência de Regulação cumpriu, então, tudo que está  
73 estabelecido nesta tipologia é tipo III. Isto significa que hoje o nosso hospital já estava  
74 classificado de acordo com uma portaria anterior a esta como tipo II. Esta portaria  
75 transfere as condições do hospital a uma possibilidade de ser classificado como uma  
76 tipologia mais complexa. Isto significa recursos que vêm no bolo dos recursos para o  
77 hospital. Isto não está dependendo da produção do hospital, pelo simples fato do  
78 hospital ter esta estrutura, ser um hospital 100% SUS, vinculado a Rede de Urgência e  
79 Emergência do SUS, ele vai ter direito a este recurso, porque quem vai receber, na  
80 verdade, é o Município, porque o hospital é um próprio municipal. Se ele fosse um  
81 hospital 100% SUS, não próprio municipal, como se fosse um hospital federal, como é  
82 o caso do Conceição ou Cristo Redentor, eles também recebem estes recursos do teto,  
83 chamado “teto do hospital”. Então, na verdade, esses recursos aportam para o  
84 Município poder dar suporte para as atividades do hospital. O valor estabelecido na  
85 portaria a gente também não sabe quanto é hoje. Isso, na verdade, talvez a gente  
86 possa trazer essa informação depois... Vocês podem trazer, mas o que importa é que o  
87 hospital vai passar a receber um recurso que hoje não recebe. **A SRA. MARIA**  
88 **LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e Coordenadora**  
89 **Adjunta do CMS/POA:** Um recurso de incentivo, na verdade. Não é? **O SR. PEDRO**  
90 **LUÍS DA SILVA VARGAS – Sindicato dos Servidores da CMPA:** Quem me  
91 antecedeu foi a Dra. Heloísa. Eu gostei da explicação, entretanto, fica um ponto: o que  
92 fez com que agora passasse a este nível III e até então não fosse. Foi por mudanças  
93 estruturais? mudanças que implicaram em maior número de atendimentos? Enfim, o  
94 que levou só agora a poder fazer jus a esse aumento de recursos? **O SR. DANILO –**  
95 **Diretor Administrativo HPS:** Isso é devido a portaria, quando foi editada essa  
96 portaria. **A SRA. HELOISA HELENA ROUSSELET DE ALENCAR – Assessora**  
97 **Técnica do CMS/POA:** Na verdade, a portaria é de 99. O meu entendimento, de  
98 acordo com o que a gente leu do projeto, é que de 99 até agora houve mudanças sim,  
99 estruturais no hospital. E há um novo entendimento em relação aos hospitais públicos.  
100 As portarias antes habilitavam os hospitais que não eram públicos. Hoje os hospitais  
101 públicos, inclusive, como o HPS e o HPV, eles terão que ser contratualizados, terão  
102 que ter metas semelhantes as que acontecem com os hospitais privados. Embora  
103 sejam públicos, eles não eram, a portaria não discriminava, mas o Ministério não  
104 habilitava os hospitais públicos. Houve uma mudança sim na política do próprio  
105 Ministério de incluir na portaria os hospitais públicos, os próprios municipais, que não  
106 recebiam esses incentivos. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS**  
107 **Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Satisfeito, Vargas? (Manifestações da

108 plenária fora do microfone). Então, ficaram sem apreciação os pareceres 43... Tem  
109 mais. Vamos votar este aqui, então. Em regime de votação. Quem vota favorável?  
110 Vinte quatro votos favoráveis. Quem vota contrário? Abstenções? Nenhum voto  
111 contrário, nenhuma abstenção. **APROVADO**. Agora sim, ficaram fora de apreciação o  
112 43 do Hospital Nossa Senhora da Conceição, o 44 do Hospital Cristo Redentor, o 47 do  
113 Hospital Cristo Redentor também. Então, vai ficar para a próxima plenária. Obrigada,  
114 Senhor. (Manifestações da plenária fora do microfone). O quê? **A SRA. MARIA**  
115 **LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e Coordenadora**  
116 **Adjunta do CMS/POA:** O do Cristo Redentor é Habilitação a Incentivos de Plantão em  
117 Especialidades. Este é um. O outro é Habilitação para cofinanciamento Estadual como  
118 Porta de Entrada Hospitalar para a Rede de Urgência e Emergência, do Cristo  
119 Redentor. E o outro é da Nossa Senhora da Conceição, que é Habilitação para  
120 Cofinanciamento Estadual como Porta de Entrada Hospitalar da Rede de Urgência e  
121 Emergência. **O SR. OLIR CITOLIN – Membro do CDS Leste:** Já é a segunda vez que  
122 não comparece ninguém. Eu como funcionário me sinto envergonhado. Lamento dizer  
123 isso. E o que acontece se nós vamos ficar toda vez pedindo para virem aqui e não  
124 provamos nada aí? O que acontece? Isso não deveria ser denunciado? Tem prazo.  
125 Não tem como - Olha, se vocês não comparecerem “pá-pá-pá”... E colocar na imprensa  
126 isso? Quem paga o SUS somos todos nós e o povo todo precisa de atendimento,  
127 principalmente os mais pobres e miseráveis que são atendidos lá. Aí os recursos não  
128 vêm porque os gestores não se fazem presentes? Eu me sinto envergonhado! Eu sou  
129 gestor e me sinto envergonhado, porque aí não chega dinheiro nem para comprar  
130 fechadura para uma porta, nem para trocar um vidro, nem para trocar uma lâmpada.  
131 Bom, era isso! **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
132 **Coordenadora do CMS/POA:** Era isso? Então, agora, pessoal, nós vamos fazer uma  
133 homenagem a uma pessoa lutadora, que batalhou muito pelo SUS, que era o Joel, e a  
134 Letícia vai apresentar, vai falar. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA –**  
135 **CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e Coordenadora Adjunta do CMS/POA:** Na verdade,  
136 não sou eu que vou me manifestar. Eu só queria comentar que na reunião ordinária do  
137 Conselho Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, de onde o Joel era participante ativo, era  
138 funcionário do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes, nós fizemos uma singela  
139 homenagem ao Joel. Pegamos uma gravação de uma reunião que deliberou pela  
140 ocupação do PACS que nós fizemos no ano passado, vocês lembram? Em dezembro  
141 foi discutido aqui neste Plenário. Então, pegamos um trecho da fala, colocamos e  
142 depois as pessoas que estavam lá se manifestaram. Então, foi um momento muito  
143 importante para nós, lembrar deste companheiro e da luta que ele travou por um SUS  
144 público e de qualidade. Então, hoje a gente gostaria de fazer a mesma coisa, só  
145 tivemos um probleminha ali que não temos como ter o som. Então, vamos deixar a  
146 imagem do Joel e vamos pedir para dois companheiros que se manifestaram ontem,  
147 que foi o Gláucio e a Jussara, que façam uma breve manifestação em memória da  
148 participação do Joel no controle social e nos conselhos de saúde. Então, Jussara e  
149 Gláucio, por favor. **O SR. GLÁUCIO RODRIGUES – Sindicato dos Previdenciários**  
150 **do RS:** Eu venho falar do meu companheiro. Eu queria estreitar falando aqui... Tantas  
151 vezes vim aqui e nunca falei, deixava para o Joel falar, e hoje ter que falar do Joel...  
152 Bom, sem ele estar aqui, para mim é muito, muito forte. Então, se alguma coisa não  
153 sair do som, a fala, alguma coisa, vocês não reparem, porque o nervosismo é grande.  
154 Eu comecei com o Joel em um time de futebol, quando éramos pequenos. Muitas  
155 vezes eu e o Joel, pobres, não tínhamos nem mesmo o que vestir para ir ao campo,  
156 não tínhamos nem mesmo uma chuteira adequada para jogar bola, mas mesmo assim  
157 o Joel encontrava forças não sei de onde e dizia assim: “vamos lá, vamos lá porque vai  
158 que alguma coisa acontece, vamos jogar uma bola”. A gente saía para jogar aquela  
159 bola e o Joel sempre dizia uma frase assim: “Um dia a gente vai ter que ser sindicalista,  
160 negão, para mudar essas coisas!” Com aquele jeito dele. E muitas vezes eu dizia para

161 ele: “Mas, Joel, o que a gente vai falar se a gente não tem nada?” Ele dizia: “A gente  
162 tem sim, tem força para lutar, a gente tem força para correr atrás da máquina”. Falar do  
163 Joel como sindicalista, falar do Joel como amigo, falar do Joel como brigão é uma coisa  
164 extraordinária. E aquele Camisa 10 que eu tinha no meu time, que hoje não tenho mais  
165 dentro do sindicato. Aquele homem que frágil ao mesmo tempo se tornava um gigante  
166 para seguinte estar brigando. Muitas vezes no Conselho ele brigava e ali dentro do  
167 cargo dele dizia assim: “Mas eu amo este pessoal todo e eles não sabem. Eles acham  
168 que eu sou chato, mas o chato é aquele que vem brigar pelo seu ideal, pelo pobre, pelo  
169 necessitado”. Então, o Joel era isso, gente, brigão, chato, honesto, com a sua  
170 convicção de ter o melhor para o SUS. O SUS para ele era melhor do que o nosso  
171 plano, ele sempre dizia: “Falta os gestores se interessarem, falta nós brigarmos mais,  
172 faltam os estudantes envolvidos na briga”. Ele sempre achava uma palavra para a  
173 gente de conforto e de carinho na hora que a gente não tinha mais força para ir à  
174 Brasília para brigar, ou ir a um posto para brigar. Ele sempre dizia: “Vamos lá, gente,  
175 vamos lá porque lá é o nosso campo”. Então, é isso, gente, foi tudo isso e dentro do  
176 SINDISPREV ele está fazendo uma falta enorme, porque nós estamos, todos os  
177 federais... Então, falaram muitas vezes dos federais lá dentro, assusta, porque muita  
178 gente não sabe que o SUS é o ônibus que ele pega, é o lugar onde a gente vem  
179 consultar, mas muitas vezes o pessoal acha que não, que tem um plano de saúde, mas  
180 o plano de saúde não cobre o que o SUS nos dá. O plano de saúde muitas vezes não  
181 dá aquela coisa que o médico do SUS tem de se interessar pelo paciente, que muitas  
182 vezes o médico que está lá no outro plano visa muito mais o dinheiro, ele visa muito  
183 mais estar em uma sala limpa do que dentro de um posto. Isso, para quem está  
184 começando na medicina, isso serve para os enfermeiros também, gente, o povo  
185 precisa de vocês. Esses juramentos que vocês fazem como médicos, façam o  
186 juramento, mas cumpram. É isso que eu peço a vocês. **A SRA. JUSSARA**  
187 **BARBEITOS GIUDICE – CDS Sul/Centro-Sul:** Eu quero falar do Joel como uma  
188 liderança comunitária. Eu moro no local em que ele foi Presidente da Associação do  
189 Jardim Renascença, ele foi Presidente do Conselho da Glória no tempo em que as  
190 lideranças comunitárias não tinham medo e não se ajoelhavam diante do Poder  
191 Executivo. Então, foi uma pessoa assim... E na época eu era militante comunitária e a  
192 gente foi junto, acampamos dentro do Postão, para o Postão se tornar um pronto  
193 atendimento. Foi aí que a gente conseguiu e foi uma das melhores lideranças que  
194 estava junto, como funcionário, mas estava junto com o povo como liderança  
195 comunitária. Então, é uma perda muito grande, porque essas lideranças que têm garra,  
196 que veio à luta, que não têm medo, estão cada vez ficando em menor número, porque  
197 todo mundo se abaixa para o Poder Executivo para tentar conseguir uma coisinha ali,  
198 uma coisinha aqui, e não sabem que não é o Poder Executivo que vai conseguir, é o  
199 grupo reunido, pressionando o Poder Executivo, porque sem pressão o Poder  
200 Executivo não funciona. Então, a gente sabe, era uma das metas, um dos lemas do  
201 Joel era essa – vamos fazer pressão, vamos juntos. Aí a gente conseguia as coisas.  
202 Hoje em dia é o Orçamento Participativo e blá-blá-blá, ficam todos no – vamos  
203 negociar, mas o Prefeito disse que não vai fazer. E ninguém se levanta, ocupa a  
204 Prefeitura e vai em frente. Então, eu acho que essa pessoa merece mais do que tudo  
205 um elogio, uma salva de palmas, o respeito de todos, porque é mais um líder autêntico  
206 que se vai, que nunca quis cargo de confiança na Prefeitura, em lugar nenhum, porque  
207 ele tinha o comprometimento com a luta do povo e não com a luta do Executivo. Então,  
208 a Letícia fez uma proposta, gostaria que tu fizesses de novo. Obrigada! (Aplausos da  
209 plenária). **O SR. PAULO GOULART DOS SANTOS – CDS Noroeste:** Proponho um  
210 minuto de silêncio. **A SRA. JUSSARA BARBEITOS GIUDICE – CDS Sul/Centro-Sul:**  
211 Um minuto de silêncio em pé. (Um minuto de silêncio no Plenário). **A SRA. DJANIRA**  
212 **CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:**  
213 Obrigada, pessoal! Bom, quero dizer a vocês que realmente o Joel foi um batalhador,

214 um brigão. Nós tivemos uma discussão muito forte há um tempo, mas depois, em uma  
215 reunião, ele veio me abraçar e dizer que eu era tão braba, mas eu tinha que aprender a  
216 lutar direito. Daí conversamos, conversamos e começamos a rir da própria briga.  
217 Então, é isso que deixa lembrança e que a gente vai aprendendo na luta. Então, era  
218 isso e o meu muito obrigada, porque eu não vou falar mais... Letícia, volta de novo,  
219 porque agora chegou o Dr. Bobek. (Falas concomitantes em plenária). A gente já  
220 termina isso! Qual a diferença fazer agora ou fazer no final? (Falas concomitantes em  
221 plenária). Então, vamos votar. Quem acha que tem que ser agora? Dezesseis votos a  
222 favor. Quem vota contrário? Três. Abstenções? Três... Quatro. Então, vamos à leitura.  
223 Doutor Bobek, venha para a mesa, por favor. **O SR. PAULO RICARDO BOBEK –**  
224 **Diretor Técnico do GHC:** Boa noite a todos! Desculpa o transtorno com o meu atraso,  
225 mas foi problema de trânsito. É a terceira reunião de Conselho que eu venho hoje  
226 como GHV. Eu estava no Conselho Estadual, o conselheiro estava lá comigo. Agora é  
227 a terceira reunião e desculpa o atraso. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA**  
228 **GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e Coordenadora Adjunta do CMS/POA:**  
229 Então, podemos começar. O assunto é o Hospital Nossa Senhora da Conceição,  
230 **Parecer 43/2014 - Habilitação para Cofinanciamento Estadual como Porta de**  
231 **Entrada Hospitalar na Rede de Urgência e Emergência.** (Leitura do Parecer  
232 43/2014). **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
233 **Coordenadora do CMS/POA:** Alguém tem algum questionamento? Vargas. **O SR.**  
234 **PEDRO LUÍS DA SILVA VARGAS – Sindicato dos Servidores da CMPA:** Na  
235 verdade, eu gostaria de também, como fiz anteriormente para o representante do HPS,  
236 pedir para o Dr. Bobek que nos fizesse uma pequena explanação acerca do que  
237 envolve esse credenciamento, os valores, os recursos que poderão ser almejados.  
238 Enfim, que nos dê um parecer a fim de conhecermos um pouco mais, tendo em vista  
239 que essa matéria já deveria ser sido votada na sessão anterior. Como se trata de  
240 recursos eu pressuponho que não fosse tão urgente, tendo em vista que na semana  
241 passada não havia quem representasse aquele grupo hospitalar e o representante hoje  
242 chega atrasado. Obrigado! **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS**  
243 **Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Podemos ir para regime de votação? (Falas  
244 concomitantes em plenária). Ah, tá. **O SR. JULIO ANTERO APPEL DE OLIVEIRA -**  
245 **SINDISAÚDE:** Primeiro, o Prefeito está obedecendo a uma mesa de negociação do  
246 Conceição, que reúne todos. Dentro desse aporte financeiro que vai entrar para  
247 aumentar a porta de entrada, isso vai impactar também no trabalho de enfermagem da  
248 emergência? **O SR. PAULO RICARDO BOBEK – Diretor Técnico do GHC:** Na  
249 verdade, nós temos expandidos os nossos serviços no Grupo Hospitalar Conceição,  
250 um dos serviços nós até tratamos hoje no Conselho Estadual de Saúde, foi a UPA,  
251 tinha alguns questionamentos da UPA. A gente tem absorvido demandas dentro da  
252 rede de urgência e emergência. O Hospital Conceição foi um dos 12 hospitais que  
253 iniciou o programa do Ministério da Saúde, do SOS Emergências, com o intuito de  
254 implementar melhorias de gestão e vários recursos para qualificar o atendimento,  
255 diminuir a taxa de ocupação e a mortalidade. Então, foi em 2012 que começou, metade  
256 de 2012, com o Programa SOS Emergência. Agora já engloba quase 40 hospitais no  
257 país. Em uma avaliação que a gente fez no final de julho, nós olhamos o início das  
258 avaliações dos hospitais quando entraram no Programa SOS Emergência, no final de  
259 julho, de 31 hospitais que estavam na época, nós estávamos em quinto lugar em  
260 termos de melhoria de taxa de ocupação. Mesmo que a gente tenha algumas situações  
261 de pico de pacientes, só para lembrar que nós já tivemos momentos de ter 180  
262 pacientes na emergência. Então, foram traçadas inúmeras estratégias desde à  
263 implementação da classificação de risco, da equipe de enfermagem que trabalha no  
264 fluxo de pacientes, de fazer *rounds* com o pessoal da UTI, emergência. Tudo no  
265 sentido de melhorar o giro do atendimento, agilizar os processos. O que a gente  
266 conseguiu diminuir, mais de um dia de permanência era em média 03 dias, 03 dias e

267 meio a média de permanência dos pacientes na emergência. Baixou para 2,2 dias.  
268 Então, foi mais de um dia que foi diminuído com todas essas estratégias. Claro, isso  
269 em parceria com a secretaria do Município, que a gente tem discutido dentro da rede  
270 de urgência e emergência do Município de Porto Alegre. Também, dentro do projeto,  
271 foram abertos leitos de retaguarda no Hospital Universitário de Canoas, que era um  
272 hospital que estava quase fechando. Então, a gente ajudou no sentido de não fechar  
273 mais um hospital, sustentar, manter ele aberto com recurso do instituto da saúde.  
274 Foram 100 leitos pactuados lá para serem retaguardas de emergência para casos de  
275 menor complexidade. Então, a gente transfere pacientes de menor complexidade para  
276 o Hospital Universitário de Canoas. Também estimulamos para que eles  
277 credenciassem, habilitassem os leitos de UTI no Hospital de Canoas. Claro, ele tem  
278 servido tanto para nós aqui do Conceição, de retaguarda, como para o próprio  
279 Município de Canoas. Agora estamos em uma discussão aqui com o gestor municipal  
280 de Porto Alegre, com o gestor municipal de Canoas e estadual para ver como se faz a  
281 regulação adequada dessa situação. Claro, esses são os casos de internação e a UPA  
282 foi para o caso de atendimento ambulatorial. Nós atendíamos  $\frac{3}{4}$  dos pacientes da  
283 emergência, eram azuis e verdes, naquela classificação de Manchester, que é utilizada  
284 para as emergências, que é um protocolo validado internacionalmente. E agora esse é  
285 o perfil da UPA, mais ou menos 75% de atendimentos da UPA é de azuis e verdes. E a  
286 emergência do Conceição tem atendido o que deve atender, que são pacientes mais  
287 agudos, graves, complexos, 58% dos pacientes agora são classificados como amarelo,  
288 laranja e vermelho. E mesmo assim a gente conseguiu girar mais os leitos de  
289 observação, baixou mais de um dia o tempo de permanência e a mortalidade também  
290 diminuiu, embora a gente tenha recebido pacientes graves, no inverno sempre piora  
291 por causa das doenças respiratórias. Então, eu acho que mais ou menos dentro do que  
292 é a nossa participação da rede de urgência e emergência do Município, do Estado e da  
293 região metropolitana, seria isso bem brevezinho. Tem uma situação que a gente viu,  
294 claro, com o Hospital Conceição, a emergência dele, é um hospital terciário, é uma  
295 referência para a região metropolitana. A gente recebe pacientes de vários municípios.  
296 Agora, a UPA tem recebido hoje, 20% do atendimento da UPA são de municípios do  
297 Vale do Gravataí. O colega ali, o Conselheiro do SINDISAÚDE assistiu a apresentação.  
298 A gente discutiu também que Porto Alegre tem atendido uma situação de pacientes de  
299 média complexidade, digamos, que seja atendido em UPA's, cada município fez a sua  
300 UPA, né, a gente tem atendido um bom volume de pacientes de municípios do entorno.  
301 Claro que a questão do SUS não é para ter barreiras, a gente abre os serviços, é para  
302 ampliação de acesso, mas isso tem que ser discutido até no âmbito do Conselho  
303 Municipal aqui e Conselho Estadual. Um dos conselheiros do Município aqui estava lá,  
304 até comentou isso com o Presidente do Conselho Estadual, que tem que se fazer uma  
305 articulação de discussão sobre essa questão da rede de urgência e emergência da  
306 região metropolitana para poder distribuir melhor esses casos. Basicamente, voltando à  
307 resolução, a gente pleiteou este recurso, porque a estrutura está posta, a gente se  
308 enquadra nos critérios, como foi avaliado no parecer da resolução da CIB. Nós  
309 incorporamos gastos sem ter incorporado recursos de maneira adequada. O nosso  
310 custeio, por exemplo, da UPA que abriu, se somar tudo que se gasta no ano foi R\$ 25  
311 milhões. Agora estou meio ruim para os valores, não lembro o que foi no ano passado,  
312 mas perto de R\$ 25 milhões. (Falas concomitantes em plenária). Os enfermeiros?  
313 Como estou com essa informação na cabeça agora fica mais fácil. Realmente, eu estou  
314 mais com essa informação na cabeça agora. Não vai ter sobrecarga, na verdade nós  
315 pedimos recurso para um serviço que já está qualificado. É receber o recurso para o  
316 que a gente já faz, a gente não vai aumentar o atendimento, a gente já fazia, continua  
317 fazendo e vai continuar seguindo a fazer, não vai ter um aumento de pacientes. Na  
318 verdade, eu falei sobre essas outras situações porque a gente usou como estratégia.  
319 Além disso, também leitos de retaguarda internos do hospital para diminuir a pressão

320 de dentro da emergência. O pessoal que está alocado ali está preparado para atender  
321 em torno de 120 pacientes, embora a gente tenha menos que isso, porque acabam  
322 ficando às vezes em cadeiras ou naquela situação de poltronas, que a gente colocou  
323 para ficarem mais confortáveis os pacientes, porque aí flutua, a porta é aberta 24  
324 horas, nós nunca fechamos. Posso dizer que é a única emergência da Cidade que  
325 nunca fecha as portas, só fechou uma vez porque o COREN interditou e nós entramos  
326 com uma liminar na justiça e em 12 horas derrubamos. Foi a única situação de  
327 fechamento da emergência. Todas essas estratégias que eu citei, que consomem  
328 recursos, eu falei muito da UPA porque a UPA também é um apoio da emergência,  
329 diminuiu o número de pacientes que ficam lá... **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA**  
330 **CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Então, tá, Dr. Bobek, o  
331 senhor já respondeu sobre o que ele pediu. Nós temos que votar, senão... O senhor  
332 está falando há 04 minutos já (08 minutos). Então, em regime de votação o Parecer 43  
333 do hospital Nossa Senhora da Conceição – Habilitação para Financiamento Estadual  
334 com Porta de Entrada Hospitalar. Quem vota favorável? Vinte quatro votos favoráveis.  
335 Quem vota contrário? Quem se abstém? Nenhum voto contrário e 02 abstenções.  
336 **APROVADO.** Tem mais? O **Parecer 44 – Hospital Cristo Redentor - Habilitação**  
337 **para Financiamento Estadual com Porta de Entrada Hospitalar. A SRA. MARIA**  
338 **LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS Glória/Cruzeiro/Cristal e Coordenadora**  
339 **Adjunta do CMS/POA:** (Leitura do Parecer 44/2014). **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA**  
340 **CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Alguém tem alguma  
341 questão sobre isso? Não? Então, podemos ir em regime de votação? Quem vota  
342 favorável ao Parecer 44 do Hospital Cristo Redentor? Vinte oito votos favoráveis. Quem  
343 vota contrário? Nenhum voto. Quem se abstém? Ninguém. **APROVADO.** Agora o  
344 **Parecer 47 – Hospital Cristo Redentor – Habilitação a Incentivos de Plantão em**  
345 **Especialidades. A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA – CDS**  
346 **Glória/Cruzeiro/Cristal e Coordenadora Adjunta do CMS/POA:** (Leitura do Parecer  
347 47/2014). **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
348 **Coordenadora do CMS/POA:** Alguém tem algum questionamento? Então, vem,  
349 Vargas. **O SR. PEDRO LUÍS DA SILVA VARGAS – Sindicato dos Servidores da**  
350 **CMPA:** Da mesma forma que na ocasião anterior, a resolução é de 2011, o que  
351 significa incentivos estaduais para plantões especiais e por que se ela é de 2011 só  
352 agora o hospital tenta se credenciar? Que mudanças ocorreram e que movimentações  
353 tiveram que ser feitas para que pudessem agora pleitear essa habilitação? **O SR.**  
354 **PAULO RICARDO BOBEK – Diretor Técnico do GHC:** Esta resolução, este incentivo  
355 é para plantões de especialidades presenciais que nós já temos no hospital, que é o  
356 traumatologia ortopedia, cirurgia, cirurgia vascular e bucomaxilofacial, são R\$ 160 mil  
357 mensais. Na verdade, é qualificação do que a gente já faz, né. O que aconteceu? Já  
358 dei o exemplo do nosso aumento de gastos com a UPA, por exemplo. Na verdade, o  
359 nosso orçamento comportava os nossos gastos. Na medida em que a gente foi  
360 ampliando esses recursos, como citei o exemplo da UPA, foi em torno de R\$ 25  
361 milhões no ano passado, a gente se obrigou a buscar outras fontes de financiamento  
362 para complementar o orçamento. Na realidade, foi isso. Essa resolução do estado é um  
363 incentivo para vários municípios manterem seus plantões funcionando, especialidades  
364 que são difíceis de manter, de montar equipes desses times assim, acabaram  
365 concentrando tudo em Porto Alegre. Então, foi uma estratégia do Estado para manter  
366 isso regionalizado e descentralizado. Como a gente se encaixava no perfil do que a  
367 gente já fazia e nós açulamos mais gastos, bom, vamos pleitear esse dinheiro também,  
368 porque a gente tem direito. E a gente notou que de certa forma essa estratégia do  
369 Estado funcionou, porque aí diminuiu um pouco o volume de pacientes do interior.  
370 Acho que acalmou, acabaram ficando pacientes mais distantes mesmo, mas aqui do  
371 entorno a gente continua recebendo da região metropolitana, isso não se esgotou.  
372 Basicamente isso. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**

373 **Coordenadora do CMS/POA:** Mais alguma pergunta, alguma questão? Posso  
374 submeter à votação? Então, tá. Quem vota favorável? Vinte oito votos favoráveis.  
375 Quem vota contrário? Quem se abstém? Nenhum voto contrário, nenhuma abstenção.  
376 **APROVADO.** Obrigada, Dr. Bobek! Vamos passar para os informes. A Heloísa é a  
377 primeira. **Informes: A SRA. HELOISA HELENA ROUSSELET DE ALENCAR –**  
378 **Assessora Técnica do CMS/POA:** O primeiro informe é com relação à questão da  
379 atualização da nossa planilha de investimentos. Vocês lembram que existe uma  
380 resolução do Conselho de que a cada semestre a gente deve atualizar a planilha. No  
381 ano passado, quando discutimos a programação anual para 2014, nós entendemos  
382 que essa atualização pode ser feita a cada ano, ao invés de ser a cada semestre, no  
383 momento de discutir a PAS do ano seguinte, porque a planilha de obras passou a ser  
384 parte da programação, é um anexo da programação. Então, como a Secretaria já  
385 começou a fazer a discussão da programação anual para 2015, e essa questão me  
386 veio importante de que a gente precisa fazer essa discussão, e no ano passado essa  
387 discussão foi muito trabalhosa, quem estava atuando nas regiões sabe que a gente  
388 fazia quase que um plantão aqui com o pobre do Engenheiro Elmo, discutindo obra por  
389 obra, reforma e coisas. Então, a sugestão que o Núcleo de Coordenação acertou com  
390 a Secretaria, com a coordenação da rede, é de que conselhos distritais... Por isso aqui  
391 o informe, é importante para os coordenadores de conselhos distritais, ou  
392 representantes de conselhos distritais, agendem os seus conselhos na pauta, nas  
393 próximas pautas, a discussão da planilha, que isso seja feito como uma pauta do  
394 conselho distrital, para que a gente possa marcar, tipo, final de setembro, início de  
395 outubro, a retomada, a consolidação dessas discussões para a gente formatar o  
396 compromisso de obras para 2015. Ficou entendido? Então, é um informe, na verdade,  
397 um encaminhamento para que os conselhos distritais pautem nas suas reuniões, nas  
398 próximas reuniões, a planilha de obras. Isso as gerências, parece que a coordenação  
399 da rede já está conversando também com as gerências e essa discussão vai acontecer  
400 coletivamente. O segundo informe é com relação a nossa reunião do dia 28, quinta-  
401 feira que vem. Vocês lembram que a gente fez uma discussão aqui neste auditório, se  
402 não me engano também foi em uma quinta-feira, sobre a questão da nossa meta, da  
403 programação do plano, que é de definir o que é o conselho local. Lembram? É aquela  
404 discussão toda que fizemos. Então, só lembrando que dia 28, quinta-feira que vem,  
405 neste local e horário igual ao de hoje, nós estaremos retomando aquela discussão de  
406 tentarmos fechar aquela questão para a gente pode, inclusive, encaminhar para a  
407 Secretaria o nosso indicador para a programação anual de 2015. E o último informe é o  
408 Seminário de Educação Permanente, eu fui indicada pelo Núcleo de Coordenação para  
409 participar de um seminário em Brasília – *Seminário Nacional de Educação Permanente*  
410 *para o Controle Social*. Na verdade, foi um evento que poderia ter sido aproveitado  
411 melhor o tempo, principalmente pela discussão que lá eu presenciei em relação à  
412 conferência do ano que vem. Então, a ideia do Conselho Nacional de Saúde é que a  
413 gente possa fazer no ano que vem uma conferência com maior participação, com maior  
414 mobilização da sociedade na questão da saúde. Nós estamos vivendo momentos muito  
415 difíceis no Sistema Único de Saúde e que a população precisa tomar para si esse  
416 debate de forma bem ampliada. Então, isso vai exigir, provavelmente, na nossa Cidade  
417 que a gente pense em uma programação, em uma agenda de eventos e encontros que  
418 vão preparar a nossa discussão e a nossa mobilização para a Conferência Nacional de  
419 Saúde no ano que vem. Era isso. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO –**  
420 **CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Mirtha. **A SRA. MIRTHA DA ROSA**  
421 **ZENKER – Conselho de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais e Vice**  
422 **Coordenadora CMS/POA:** Eu pedi um informe só para parabenizar a nossa Assessora  
423 Técnica Heloísa Alencar pela apresentação da tese de mestrado sobre o Controle  
424 Social. Agora o nome é deste tamanho (Risos) da apresentação, mas foi maravilhoso.  
425 Ela foi aprovada sem ressalvas nenhuma dentro de toda a apresentação. E eu tenho

426 uma proposta, dela ter um momento de apresentação do Controle Social aqui no  
427 Conselho Municipal de Saúde. Vários conselheiros participaram da entrevista e isso  
428 seria um retorno também para nós. Foi maravilhoso. Então, foram alguns conselheiros  
429 que estavam presentes, a Dona Jussara, o Gilmar, a Liane, eu e outros participantes  
430 do Conselho. Então, muito obrigada. (Aplausos da plenária). **A SRA. DJANIRA**  
431 **CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Ela foi  
432 aprovada, eu já sabia que ela ia ser aprovada com honra e méritos. Então, agora o seu  
433 Arthur Antônio. **O SR. ARTUR ANTÔNIO MUNCH – Ministério da Saúde –**  
434 **ESCRITÓRIO REGIONAL:** Boa noite. Queria dar um informe sobre o vírus ebola.  
435 Vocês viram que tem um surto na África, que já matou mais de mil pessoas e nós  
436 estamos aqui recebendo um grande número de imigrantes da África no Rio Grande do  
437 Sul. Então, com essa preocupação o Ministério da Saúde fechou um acordo com o  
438 Hospital Nossa Senhora da Conceição para que seja referência no atendimento a  
439 pessoas com suspeita de contaminação do vírus ebola. O Hospital Conceição já tinha  
440 se preparado, porque precisa de um quarto especial com exaustão, com isolamento,  
441 todo diferenciado, mas o ebola é pior, porque a contaminação se dá... Embora não  
442 saiba ainda como que esse vírus começou, mas se dá através da secreção. Para vocês  
443 terem uma ideia, as pessoas que morrem com ebola não podem nem serem veladas e  
444 enterradas normalmente. Então, é muito grave. Espero que nós não tenhamos nenhum  
445 caso no Rio Grande do Sul, mas temos que nos preparar para qualquer eventualidade.  
446 **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do**  
447 **CMS/POA:** Obrigada, seu Arthur. Vargas. **O SR. PEDRO LUÍS DA SILVA VARGAS –**  
448 **Sindicato dos Servidores da CMPA:** Na sessão anterior, usando este microfone aqui,  
449 eu ouvi a manifestação de um conselheiro acerca de outras manifestações que  
450 ocorreram antes dele, e na sua referência disse que nós deveríamos relativizar tais  
451 manifestações porque vivemos um momento eleitoral. Em síntese, o que ele quis dizer  
452 é o seguinte: o que um conselheiro disser aqui poderá não ser verdade, poderá ser  
453 apenas um conteúdo político em função da eleição. Ora, eu quero dizer que, muito  
454 antes pelo contrário, o que os conselheiros trazem aqui deve ser considerado de  
455 relevância com que colocam suas manifestações. Atribuir manifestações que não nos  
456 contentam a movimentos políticos, ideológicos, em função de eleição, eu acho que não  
457 é nada educado e não cabe neste Plenário. Aliás, quero dizer que não cabe neste  
458 Plenário nenhum tipo de manifestação política ideológica. Quero até fazer uma  
459 recomendação aos candidatos, futuros candidatos, sempre candidatos, aqueles que  
460 sabemos que têm bandeiras políticas ideológicas, que militam em partidos políticos,  
461 que preservem este Conselho por este aspecto, que respeitem este Conselho e que  
462 tragam aqui matérias sobre a saúde, não tentem transformar este espaço em palanque  
463 eleitoral. Nós conhecemos conselheiros, pessoas que aqui participam e que têm,  
464 notadamente, vinculações políticas ideológicas e partidárias. Então, fica a minha  
465 referência no sentido de que respeitem o Controle Social. O outro informe é acerca da  
466 MT-627 que se tem aqui outra vez. É uma MT que trata de matéria tributária, mas que,  
467 ardilosamente, alguns deputados incluíram matéria que visava isentar as operadoras  
468 de plano de saúde de multas que sofreram por terem desrespeitado seus clientes. Não  
469 cumpriam com aquilo que estava acordado nos contratos, recebiam multas, isso se  
470 transformava em dívidas que totalizava em torno de R\$ 2 bilhões... (Sinalização de  
471 tempo esgotado). Para concluir, Coordenadora, o estatuto da MT foi transformada em  
472 lei, a Lei nº 12.973, e para a nossa alegria a Presidente da República vetou esses  
473 artigos que isentavam as operadoras. Isso é uma medida importante, uma medida que  
474 vem ao encontro do controle social e do respeito aos consumidores. Muito obrigado! **A**  
475 **SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do**  
476 **CMS/POA:** Obrigada, Vargas. Liane. **A SRA. LIANE TEREZINHA DE ARAÚJO**  
477 **OLIVEIRA – CDS Centro e Coordenadora Adjunta do CMS/POA:** Boa noite a todos  
478 e a todas. O meu informe é a respeito da farmácia de homeopatia do Modelo, que

479 vocês devem ter visto, saiu nos jornais a respeito, que a farmacêutica Lívia se  
480 aposentou. Ficamos sem farmacêutico naquele local. Nós já conversamos, já cobramos  
481 da gestão e ontem fomos informados de que, provavelmente, e estão fazendo um  
482 esforço, para que na semana que vem já tenha uma pessoa determinada, só que vão  
483 fazer um contrato emergencial para substituir no local onde esta pessoa está, para  
484 poder ir para o Modelo. Então, nós estamos acompanhando isso de perto e até quarta-  
485 feira temos que ter a resposta de que dia esta pessoa vai estar lá. Também, a gestão  
486 está providenciando concurso, o processo seletivo do IMESF de mais farmacêuticos  
487 para a Secretaria, para que não aconteça mais isso. Nós cobramos fortemente, porque  
488 sabiam que ela ia se aposentar e não tinha sido providenciado anteriormente para  
489 sanar essa situação. Então, os pacientes realmente não podem ficar sem o  
490 atendimento, sem a medicação. Então, é só para vocês se manterem informados em  
491 relação a isso. Obrigada. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS**  
492 **Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Obrigada. Agora sou eu. Doutor Matias, boa  
493 noite. Doutor Matias, infelizmente, o que eu tenho a falar me deixa triste, porque a  
494 minha expectativa do hospital, que não é um hospital, vou continuar dizendo isso, é  
495 uma emergência muito boa, mas para ser um hospital ainda vai demorar um tempo. O  
496 que eu quero trazer é que ontem eu fui ao posto consultar e o meu médico não estava  
497 no posto. Tá, achei que ele poderia estar doente, poderia ter faltado, mas quando eu  
498 estava no ônibus, para minha surpresa a minha colega de ônibus disse: “Ontem à noite  
499 fui consultar no hospital e o Dr. Cristiano está atendendo no hospital”. Quer dizer, estão  
500 tirando o médico durante o dia para fazer plantão à noite e quem tem que cobrir a área  
501 dele é a Dra. Nádia. Então, continua faltando médicos. Então, as queixas que eu  
502 recebo pelo Face são verdadeiras. Eu fui no posto consultar e – *ah, o doutor não pode*  
503 *vir*. Então, ao menos não mintam, digam que ele esteve fazendo plantão à noite no  
504 hospital e não vem, mas não digam que ele faltou. Está dando muito problema, quem  
505 mora lá sabe, a Dra. Jussara veio me questionar agora que o colega dela também  
506 reclamou. Então, temos que dar jeito nisso. Pode falar. (Falas concomitantes em  
507 plenária). **O SR. LUÍS ANTÔNIO MATTIA – Sindicato dos Hospitais e Clínicas de**  
508 **Porto Alegre:** É rapidinho. Bom, eu acho importante, eu posso responder rapidamente  
509 aos conselheiros. Primeiro, em relação ao hospital, rapidamente, nós temos hoje uma  
510 emergência, um pronto atendimento com 25 leitos, com frequência quase todos  
511 ocupados, inclusive, pacientes entubados. E 62 leitos de internação. É hospital. Nem  
512 todos os leitos estão disponíveis, 30 leitos estão na Central de Leitos sendo ocupados,  
513 os outros 30 em processo de início. Então, nós temos sim leitos de internação. E  
514 acrescentando, nós temos hoje lá tomografia, enfim, tem outros exames, ampliamos o  
515 serviço. Obviamente, tem muito serviço para iniciar ainda e isso vai acontecer. Em  
516 relação aos funcionários que atuam nas unidades de Saúde da Família, esses  
517 profissionais atuam na Unidade de Saúde da Família, não é verdade que esses  
518 profissionais no horário que estão nas unidades que estejam neste momento atuando  
519 no hospital. O que está acontecendo é que alguns profissionais fazem sim plantão no  
520 horário inverso da unidade. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS**  
521 **Restinga e Coordenadora do CMS/POA:** Mas no outro dia não vai trabalhar. **O SR.**  
522 **LUÍS ANTÔNIO MATTIA – Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre:**  
523 Bom, mas não é porque ele fez plantão! Não é porque ele fez plantão, pessoal, tá?  
524 Então, se disseram isso nós temos que ver. Eu me comprometo a verificar o que  
525 aconteceu, tá? Tem um profissional, que é o Dr. Fabiano, da Unidade Paulo Viaro, que  
526 está neste momento saindo e indo para o hospital. Então, a gente está em processo de  
527 contratação de outro profissional. Então, só para esclarecer, isso já foi motivo de  
528 discussão na gerência, inclusive, nos conselhos. Ocorreu lá no início, em algum  
529 momento, por causa da transição, mas neste momento não acontece. Então, se estiver  
530 realmente acontecendo, essa situação... Só para confirmar, o profissional Dr. Fabiano  
531 está saindo da Unidade Paulo Viaro e está indo para o hospital, sendo substituído por

532 outro profissional. Então, não há a menor possibilidade do profissional que estiver  
533 atuando na Unidade de Saúde da Família, não tem justificativa ele estar fazendo  
534 plantão e no outro dia não ir trabalhar. A gente vai verificar. Obrigado. **A SRA.**  
535 **DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do**  
536 **CMS/POA:** Ele dá plantão lá e a Dra. Nádia dá plantão fim de semana. Era isso que eu  
537 queria. Nós vamos fazer uma discussão, Dr. Matias. Nós temos que ver isso aí. (Falas  
538 concomitantes em plenária). Pessoal, depois nós vamos chamar uma pauta sobre isso,  
539 sobre o hospital. Vamos deixar, vamos continuar aqui na nossa pauta. (Falas  
540 concomitantes em plenária). Gente, vamos para a nossa pauta, são 19h58min. A  
541 Fátima Ali tem 20 minutos para apresentar. **Pauta: Paciente Certo no Lugar Certo. A**  
542 **SRA. FATIMA ALI - Coordenação de Urgência e Emergência/SMS: (Apresentação**  
543 **– Anexo I)** Boa noite. Eu vou apresentar a vocês um projeto piloto que foi apresentado  
544 no ano passado para a formatação da rede de urgência e emergência no Município de  
545 Porto Alegre. É um trabalho que nós levamos no ano passado na ABRASCO. Foi à  
546 primeira vez que teve uma mesa sobre rede de urgência e emergência, em que a gente  
547 pode começar a fazer a discussão no sentido de inserir a rede de urgência e  
548 emergência na rede de atenção à saúde. Bom, algumas coisas que até foram votadas  
549 no início desta noite, elas estão diretamente relacionadas à rede de urgência e  
550 emergência. Existe uma formatação nova, um novo jeito de se pensar em rede de  
551 atendimento à atenção. Hoje nós falamos em rede de atenção à saúde. E dentro dela  
552 temos vários componentes de atenção básica como grande matriciador desse  
553 processo, que é o local mais próximo do território, de onde o paciente normal vem e  
554 para onde provavelmente ele volte, senão acontecer nada de equivocado, que ele volte  
555 para esse lugar para a continuidade do cuidado. Então, a rede de urgência é uma das  
556 redes que compõe a rede de atenção à saúde. E esse é um processo em que nós  
557 precisamos avançar bastante, porque algumas coisas que eu vou apontar no final  
558 desse projeto que a gente vivenciou é a questão da interface entre os diversos  
559 componentes. Então, abre a UPA, aí tenho problema na emergência, fecha a UPA tem  
560 problema na unidade básica e nós ainda não conseguimos nos enxergar como todos  
561 fazendo parte dessa rede de atenção à saúde. E relacionado a isso, no PROAD, do  
562 Sírio Libanês, o pessoal desenvolveu um trabalho, que nós começamos uma discussão  
563 de trabalha isso junto com o controle social, também com os trabalhadores da saúde,  
564 que têm muita dificuldade de se enxergar: aquele é o papel deles dentro dessa rede?  
565 Qual a interface que eles devem estar fazendo para garantir a continuidade do cuidado  
566 do paciente? Muitas vezes ele não se esgota naquele lugar e nós temos que facilitar  
567 esse processo. O que nós levamos em consideração? Tem muitos artigos relacionados  
568 à construção da rede de atenção à saúde, porque hoje nós vivenciamos uma situação  
569 de tripla carga de doença, aí começamos a falar um pouquinho sobre superlotação das  
570 emergências. Nós temos uma agenda que não foi completamente concluída, que está  
571 relacionada às doenças infecciosas, por exemplo, as doenças imunopreveníveis a  
572 gente já avançou bastante. Se nos recordarmos de um tempo atrás não tinha soro de  
573 reidratação que chegasse, que fosse suficiente em uma unidade básica e hoje nós  
574 estamos em outro momento, porque muitos avanços nós fomos construindo ao longo  
575 dessa trajetória, naquilo que é saúde. A outra questão são as doenças crônicas, daí  
576 nós temos que associar com o que foi mudando do perfil epidemiológico da nossa  
577 população. Hoje nós estamos envelhecendo, com o envelhecimento tem a questão das  
578 doenças crônicas, e mesmo que elas tenham um bom acompanhamento, em alguns  
579 momentos, eu posso piorar. Eu tenho uma diabete controlada, mas posso ter uma  
580 situação em que eu tenha que buscar uma emergência. Isso a gente chama daquele  
581 paciente que tem uma situação agudizada, ele já tem uma doença prévia, está  
582 controlada e acontece alguma coisa que ele precisa buscar a emergência. O outro é  
583 aquele paciente que nunca teve absolutamente nada e por algum motivo tem que ir  
584 para uma porta de emergência. Daí nós podemos lincar, não é só ela, mas a gente já

585 linca com o terceiro ponto, que é o forte crescimento da violência e das causas  
586 externas. Quais são as portas de acesso que eu tenho no SUS? Isso é uma questão  
587 que nós vamos ter que trabalhar bastante, qual é o papel de cada um, como é o  
588 acesos, em que momento eu busco. E isso é com os trabalhadores da saúde, também  
589 com os usuários, qual seria a porta mais adequada. Embora a gente sempre deixe  
590 bem claro que o usuário vai acessar a porta que lhe for mais fácil, a responsabilidade  
591 de encaminhamento responsável é nossa, do trabalhador da saúde em conseguir  
592 conduzir esse paciente. Então, o que nós temos de oferta? Onde? Como buscar? As  
593 portas de acesso são quais as necessidades que eu tenho? Que tipo de porta tem que  
594 ter? A oferta na rede da saúde são ofertas em cuidado de saúde e os fluxos de  
595 acesso? Bom, depois disso, só para a gente tocar, tem outro trabalho que fala que nós  
596 precisamos ter uma noção de que o cuidado tem múltiplas dimensões. Ele não é tão  
597 simples, tem uma dimensão profissional, que é o meu compromisso individual  
598 enquanto profissional da saúde, enquanto trabalhador da saúde, que é o meu  
599 desenvolvimento profissional, o meu comprometimento e meu envolvimento com aquilo  
600 que eu faço. A partir disso eu tenho que ter uma dimensão de organização, de que é a  
601 construção e qualificação dos processos, como desenvolvo o trabalho no sentido de  
602 estar atendendo. E tem uma dimensão sistêmica, que é como se vincula tudo isso  
603 dentro de uma rede de serviço à saúde. Isso tudo para garantir a integralidade do  
604 cuidado e que tenha resolutividade na atenção. Bom, o que nós pensamos? Não  
605 somos nós Porto Alegre, isto está nas recomendações das portarias ministeriais, que,  
606 diga-se de passagem, tem saído bastante e são bem qualificadas. Nós só tínhamos a  
607 2.048, que é de 2002, e a partir de 2011 começam a surgir várias portarias para a rede  
608 de urgência e emergência, inclusive, com incentivo financeiro, no sentido da gente  
609 poder organizar da melhor forma possível à rede de urgência e emergência. É que se  
610 tenha sempre foco na necessidade do usuário e a garantia de construir uma trajetória  
611 que seja integral e resolutiva. Bom, do projeto piloto, especificamente, Paciente Certo  
612 no Lugar Certo, que é um projeto que foi lançado no ano passado, ele envolveu um  
613 componente hospitalar, que é o Hospital de Clínicas, duas unidades de pronto  
614 atendimento, o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e o Pronto Atendimento da Bom  
615 Jesus, a Central de Regulação de Leitos e o SAMU 192. Qual era o objetivo?  
616 Implementar os fluxos que qualificassem a rede de urgência e emergência no Município  
617 de Porto Alegre de forma hierarquizada, com ferramentas de regulação e gestão da  
618 clínica. Sempre tinha uma fala da superlotação das emergências hospitalares, e ainda  
619 tem essa fala de superlotação. No primeiro momento era de que a Atenção Básica não  
620 era eficaz e isso superlotava as emergências. Depois disso é que a culpa dos  
621 pacientes menos graves, os verdes, superlotavam as emergências, né. Além disso, a  
622 quantidade de pacientes graves. Os hospitais sempre têm a fala e estão descritos  
623 como um componente para maior complexidade, que seria dentro da classificação de  
624 risco os laranjas, vermelhos e alguns amarelos, que acabavam sendo prejudicados  
625 nesse atendimento. Então, nós começamos a trabalhar com o Hospital de Clínicas, que  
626 tem uma média de 90 atendimentos/dia de pacientes, entre todos eles. Esse era o  
627 volume de atendimento que o Clínicas tinha por dia. Para vocês terem uma ideia, o  
628 pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, em um volume diário de atendimento em média,  
629 atende 400 pacientes. Se nós pegarmos o Pronto Atendimento Bom Jesus a média de  
630 atendimento também gira em torno de 250 pacientes/dia. E nós começamos a  
631 construção de que esse livre acesso à emergência talvez não representasse a  
632 superlotação da emergência. E essa discussão destacou a questão do projeto piloto  
633 para que se pudesse começar a pensar no componente hospitalar dentro da rede de  
634 urgência e emergência. Então, primeiro se mapeou todos esses fluxos e começou a se  
635 utilizar o encaminhamento responsável dos pacientes verdes e dos pacientes azuis. O  
636 encaminhamento responsável seria a garantia de que esse paciente fosse conduzido a  
637 partir da classificação como verde até uma das unidades de pronto atendimento, ou

638 PACS ou a Bom Jesus. E os azuis o encaminhamento responsável, aí uma construção  
639 junto com o serviço social, de que seria feita a garantia de acesso, não do  
640 agendamento da consulta, mas a garantia de que ele fosse, de que conseguisse  
641 acessar, de que tivesse suas necessidades acolhidas, classificadas naquela unidade.  
642 Isso tudo na tentativa de atender da melhor forma possível as portarias ministeriais, e  
643 também queríamos monitorar esse projeto piloto, que foi o que a gente fez durante  
644 esse período. Então o que envolveu, nós já falamos. Tem outra questão que nós  
645 vínhamos avançando e continuamos, que é transformar o SAMU, além do suporte  
646 avançado de vida, que é a UTI e o suporte de vida, efetivamente, uma Central de  
647 Regulação de Urgência. Então, a Central de Regulação de Urgência tem dois papéis, o  
648 APH Primário, que é aquele que quando eu ligo da minha casa solicitando um socorro,  
649 e o APH Secundário, que é quando algum componente da rede de saúde solicita uma  
650 regulação do SAMU no sentido de que ele esgotou a sua possibilidade de atendimento  
651 naquele local. Então, é uma situação de urgência em uma unidade básica de saúde,  
652 que precisa ser retirado dali, porque esgotou aquilo que tem de recurso em termos de  
653 equipamento naquele local para prestar o atendimento. E a mesma situação das  
654 unidades de pronto atendimento, que são pensadas para atendimentos de média  
655 complexidade e que hoje já são assim, em torno de 75% dos atendimentos realizados  
656 ali são de média complexidade; mas tem algumas situações em que eu tenho que tirar  
657 esse paciente da unidade de pronto atendimento e levar imediatamente para um  
658 hospital e não tenho esse recurso. Aí nós podemos citar um AVC, um derrame, um  
659 infarto agudo do miocárdio, um abdômen agudo que sai para o bloco cirúrgico. E esse  
660 seria o outro papel da Central de Regulação do SAMU, que é chamado de APH  
661 Secundário. Bom, então, o Paciente Certo no Lugar Certo tem os seus papéis bem  
662 definidos, da Atenção Primária que é a ordenadora, os pacientes são azuis, Atenção  
663 Primária... E essa foi uma discussão que a fez naquela mesa, ela pode atender alguns  
664 pacientes agudizados. Então, a gente fazia esse questionamento, se eu tiver 10 fichas  
665 e o 11º for uma amidalite, isso é uma situação aguda, que daqui a pouco eu posso  
666 classificar a necessidade e encerrar a situação ali, tem que encaminhar ele para um  
667 local de maior complexidade. E alguns amarelos. A emergência hospitalar tem um  
668 papel de estar atendendo os vermelhos e laranjas, porque eles têm mais recursos  
669 tecnológicos, e alguns amarelos. E o pronto atendimento, então, os azuis, os verdes e  
670 os amarelos. Isso não quer dizer que um paciente vermelho ou laranja não vá ser  
671 atendido no pronto atendimento. Isso é importante que fique claro. Todos os  
672 componentes da rede de atenção à saúde, até por uma questão ética, devem atender  
673 as urgências e emergências que aparecerem no local. E hoje as unidades de pronto  
674 atendimento atendem pacientes laranjas e vermelhos, e esse percentual fica em torno  
675 de 5% do total de pacientes atendidos. Bom, para isso a gente tem que pensar no  
676 transporte, a garantia de transporte de um componente para o outro, como eu garanto  
677 o chamado transporte sanitário ou transporte clínico. É no sentido desse paciente que  
678 possa ter algum risco, que não possa evoluir para alguma gravidade maior e ter um  
679 sistema de informações muito claro, com um regulador bem estruturado. Daí o  
680 complexo regulador nós temos que entender que é o SAMU com a sua Central de  
681 Regulação, aferir com a regulação para internação hospitalar, e a CMCE, que é a  
682 Central de Consultas e Exames Especializados. Isso seria o grande complexo  
683 regulador. Isso tudo, nesse meio tempo, começaram a nascer os NAQHs, que é o  
684 Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, porque era começar a fazer uma discussão  
685 dentro dos hospitais. O hospital também tem uma responsabilidade. Ao longo dos anos  
686 os profissionais que trabalham, historicamente, em emergência sabem que a  
687 emergência sempre foi considerada quase que um ente a parte da própria instituição  
688 hospitalar. Então, se eu tenho em torno de 90 pacientes novos por dia que acessam a  
689 emergência e eu tenho 110 pacientes, tem alguma coisa equivocada. Se o meu volume  
690 maior de internações hoje é de pacientes agudos e agodizados, onde fica a porta dos

691 eletivos para essas instituições? Então, essa era a discussão que nós precisávamos  
692 disparar para dentro dos NAQHs. Aí vem toda a questão de olhar o hospital e a forma  
693 como ele ainda é organizado: como esses leitos são distribuídos? Como são,  
694 efetivamente, disponibilizados para a regulação, para a utilização do Sistema Único de  
695 Saúde? Como eu garanto acesso desse paciente de forma efetiva, um leito que ele  
696 precise? Um exame que ele precise? E quem são os pacientes que, efetivamente,  
697 estão naquela emergência? Como chegaram? De onde vieram? Isso é o que é  
698 discutido dentro desses núcleos de acesso. E também a gente conseguiu disparar a  
699 questão do NIR, que é o Núcleo Interno de Regulação. No PA da Restinga, na UPA da  
700 Restinga já nasceu com essa tela, que é uma tela do SAMU, que é onde se informa  
701 que o paciente está indo para lá, quem é o paciente, e já tem uma referência. Quando  
702 eu ligo para lá para conversar alguma coisa, quem é a pessoa responsável pelo Núcleo  
703 Interno de Regulação. Núcleo Interno de Regulação é aquela pessoa que olha a  
704 emergência e prioriza as saídas, que vê os leitos, o que tem disponível dentro do  
705 hospital. É a pessoa que tem o controle disso para que se possa priorizar, porque o  
706 paciente que está na emergência, que é de UTI, que efetivamente ocupe um leito de  
707 UTI, porque emergência só tem leitos de observação, emergência não tem leito de  
708 internação. Então, todos os leitos que existem em uma emergência não são leitos para  
709 internar, eles são leitos para os pacientes ficarem por um período sendo observados e  
710 depois migrarem para dentro do hospital. Quais são os fatores críticos? Primeiro, a  
711 gestão da informação, como centralizar as informações em termos de regulação, todos  
712 os leitos de retaguarda da rede de urgência e emergência, como efetivamente ocupam  
713 esses leitos para pacientes das portas de emergência. A questão da interface dos  
714 processos que são muito relacionados com as questões das relações interpessoais e  
715 da questão dos micropoderes que vão se estabelecendo, dos territórios: eu mexo, tu  
716 não mexes, é meu, não é teu. Então, isso é uma coisa que a gente tem que melhorar.  
717 A questão da gestão compartilhada, que às vezes a gente fala muito nisso, mas tem  
718 uma dificuldade muito grande de como tu vais compartilhar, fazendo com que as  
719 pessoas entendam qual é o seu papel a cumprir nesse processo. A questão da gestão  
720 da clínica, que é a decisão clínica mesmo. Se eu tenho um paciente com abdômen  
721 agudo no PACS, aí que eu falo da interface da comunicação, das relações  
722 interpessoais, efetivamente se esgotou esse atendimento nesse local porque não tenho  
723 recursos para dar conta do que ele precisa, que é um bloco cirúrgico. É a mesma  
724 situação do paciente com abdômen agudo em uma emergência hospitalar, ele não tem  
725 que estacionar na emergência, ele tem que migrar para o bloco cirúrgico. Por isso que  
726 hoje, por exemplo, quando o Cristo traz para gritar suas especialidades, para ter um  
727 cofinanciamento do Estado, que é em cima da habilitação do Ministério, é de que ele  
728 me prova que tem cirurgião 24 horas por dia disponível naquela emergência para dar  
729 conta das situações de emergência. É isso que estava sendo aprovado aqui. Então, é  
730 de definir, fazer a intervenção que é necessária. E a outra questão é a comunicação  
731 interna, dentro da própria instituição, como tu consegues fazer com que os pacientes  
732 fluam para dentro do hospital, garantindo um local adequado de atendimento deles.  
733 Quem trabalha em emergência sabe que muitos pacientes ficam estacionados na  
734 emergência e o leito de UTI é ocupado por outra porta, em detrimento do paciente que  
735 está estacionado lá na emergência. E a questão da comunicação externa está  
736 relacionada a isso. Ok. A orientação dos fluxos classificadores de risco é um orientador  
737 de fluxo de atendimento sim, mas o fluxo tem que ser pactuado com o gestor municipal  
738 e a partir disso construído com todo o território. Então, se eu encaminho o paciente  
739 classificado como verde sem ter esse pacto com o gestor municipal, eu não estou  
740 sendo adequado, porque eu tenho que ver como que essa pessoa vai chegar lá, como  
741 vai ter a garantia de atendimento, o paciente que foi classificado já está em  
742 atendimento, ele não pode chegar no local e ser reclassificado, no sentido de entrar em  
743 uma lista de espera dos que estão classificados. Então, é a partir da comunicação

744 externa como eu construo uma rede. A rede já diz o que isso representa. Rede é  
745 entrelaçamento e para que eu possa falar isso eu tenho que falar, tenho que ter a  
746 tranquilidade de poder estar dizendo que nós estamos construindo uma rede. Eu trouxe  
747 só uma frase do Rubem Alves, de que é necessário, não haverá borboletas se não  
748 passarmos por longas e silenciosas metamorfoses. Esse projeto piloto com o Clínicas é  
749 um projeto que teve toda essa questão dos fatores críticos de sucesso, nós levamos  
750 ele no ano passado para belo Horizonte, nessa mesa da ABRASCO, em um desafio  
751 com o Ministério, com a nossa experiência. O que a gente se deu conta? Que não  
752 estamos amadurecidos ainda para esse processo, não estamos, porque nos faltam  
753 algumas ferramentas de controle. Alguns componentes não cumpriram o seu papel  
754 dentro desse processo, na forma do encaminhamento necessário, dos pacientes.  
755 Também houve uma necessidade muito grande da contrapartida do hospital envolvido,  
756 no sentido de envolvimento dos pacientes da sua vocação naquela instituição. **A SRA.**  
757 **DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do**  
758 **CMS/POA:** Muito obrigada. Já temos 06 pessoas inscritas. A primeira é a Dra. Heloísa.  
759 **A SRA. HELOISA HELENA ROUSSELET DE ALENCAR – Assessora Técnica do**  
760 **CMS/POA:** Bom, na verdade, eu me inscrevi não para perguntar, mas é um pouco para  
761 fazer uma fala de reflexão a respeito da experiência que eu tenho vivenciado no  
762 acompanhamento daquela comissão que, na verdade, derivou daquele grupo de  
763 trabalho do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul. Vocês lembram que no ano passado  
764 houve toda aquela ocupação. Aquela ocupação gerou todo um grupo de trabalho, que  
765 trouxe, apresentei o relatório de encaminhamentos. A gente continua acompanhando  
766 aquele serviço, que é um dos componentes, um dos serviços envolvidos nesse projeto.  
767 Então, as questões que lá apareceram, durante todo esse acompanhamento,  
768 trouxeram essas questões para o Conselho, afinal de contas, o que aconteceu com  
769 esse projeto? Esse projeto, na verdade, efetivamente, nunca foi apresentado aqui no  
770 Conselho, quando a gente soube já estava em fase de implantação. Aí me chama  
771 atenção algumas questões que a Fátima trouxe. A primeira delas é que há a  
772 necessidade de que os trabalhadores da rede se enxerguem, cada um no seu lugar ou  
773 no seu pedaço da rede de urgência. Essa é uma questão que eu acho muito séria,  
774 muito grave, que acontece, porque nós não temos em nenhum lugar desta Secretaria,  
775 efetivamente, uma política de educação permanente. Nós somos um conjunto enorme  
776 de trabalhadores e que não desfruta de uma situação que é absolutamente  
777 fundamental para quem trabalha com saúde, que é possuir um plano, um projeto, uma  
778 política de educação permanente. Então, os trabalhadores não têm esse processo  
779 funcionando. A Secretaria cada vez mais, essa é uma impressão bem pessoal minha,  
780 estratifica essa rede. Então, os componentes da rede têm coordenações separadas,  
781 que se obrigam a se olhar e só brigam, porque eu já participei de vários encontros, só  
782 brigam e se acusam, um empurra para o outro a culpa de um, a culpa de outro. Na  
783 verdade, isso é uma forma de repetição do modelo, que é um modelo de cima para  
784 baixo: o Ministério da Saúde funciona assim, eu sou funcionário estadual, com o gestor  
785 estadual funciona assim, porque a Secretaria Municipal funciona assim. E a gente  
786 reproduz isso no território onde os serviços estão instalados. A UPA empurra para o  
787 centro de Saúde, o Centro de Saúde para a Atenção Básica, a Atenção Básica empurra  
788 para o hospital e quem sofre mesmo é o paciente que fica sem atendimento. Então, eu  
789 tenho visto, por exemplo, nesse serviço, a partir dessa ocupação e desse  
790 encaminhamento todo que foi feito, mudanças muito importantes, que já trouxeram  
791 resultados positivos, mas que são feitos e obtidos a partir do absoluto desespero e  
792 empenho daquelas pessoas que estão lá. A impressão que a gente tem naquele grupo  
793 de trabalho é que não tem apoio para essas questões se manterem e elas obterem os  
794 seus frutos, porque precisam de recursos, precisam de pessoas, precisam muitas  
795 vezes conseguir conversar dentro do mesmo prédio onde funciona a gerência, funciona  
796 o serviço de não sei o quê. As pessoas não conseguem conversar dentro do mesmo

797 prédio onde funciona a gerência, onde funciona o serviço de não sei o quê. As pessoas  
798 não falam entre elas, a gerência de saúde daquela região parece que o pronto  
799 atendimento não lhe diz respeito. Então, porque é outra coordenação, porque é outra  
800 área, é outra rede. Então, essa questão é importante da gente compreender e eu  
801 sugiro que a partir dessa discussão de hoje, porque hoje era só para mais ou menos  
802 dar conta de onde foi parar esse projeto piloto, a gente efetivamente fazer uma pauta  
803 sobre as emergências na Cidade, porque não é só essa a questão do paciente errado  
804 no lugar errado. Tem o trabalhador errado no lugar errado, tem a regulação que não  
805 funciona, tem aquele que não regula porque não quer e os profissionais ficam brigando  
806 para conseguir um leito para salvar uma vida. Então, essas questões estão cada vez,  
807 no meu entendimento, na minha leitura, cada vez pior. Então, a gente precisa sim se  
808 debruçar sobre essa rede de urgência e emergência de como estão funcionando na  
809 Cidade. Era isso. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
810 **Coordenadora do CMS/POA:** Paulo Rogério. **O SR. PAULO ROGÉRIO –**  
811 **Trabalhador do SAMU:** Bom, eu quero concordar 100% com o que a Heloísa colocou  
812 aqui, em parte é o que eu ia falar. Quando a Fátima coloca muito bem que são 5% só  
813 dos pacientes entubados e pacientes graves, acontece que não tem resolutivamente  
814 para esses 5%, tem paciente que permanece dias e dias ali dentro do PA e tem gente  
815 morrendo. E se nós formos buscar, e eu quero ver esses levantamentos de quantas  
816 pessoas estão morrendo dentro dos PA's. Eu não estou conformado com o que eu  
817 estou vendo, que eu peguei alguns dias de folga e fui buscar na rede, fui visitar as  
818 redes por livre e espontânea vontade, para a gente poder falar algumas coisas e não  
819 falar bobagem. O que eu ouço da rede lá, como quem não quer nada, como usuário,  
820 como observador daquilo ali, sem uniforme, à paisana, é o seguinte: vamos para o  
821 pronto atendimento, porque lá vão-nos receber. Aí nós temos um problema grave, não  
822 temos informatização, que já foi debate neste Conselho, Luiza, não funciona. O  
823 paciente chega na UPA e passou por três, quatro locais e lá pegou remédio,  
824 comercializou, fez e aconteceu e não funciona. Então, nós estamos a todo o momento  
825 dando um tiro no pé. A regulação é um caos nesta Cidade hoje. Eu estou falando da  
826 regulação, aquela do PH, Fátima, onde está sendo mandado dor de barriga... Dor de  
827 barriga, literalmente. Semana passada foi regulada uma senhora que estava...  
828 Desculpa a expressão, estava menstruada e foi regulada para ir para dentro de um  
829 pronto atendimento! Está gravado pela SAMU, foi atendida, foi mandada ambulância e  
830 foi mandado levar do local. E a regulação foi a seguinte, a médica disse: "Equipe, vai lá  
831 porque o marido chegou às 9 horas da manhã, brigou com a mulher, a mulher fez um  
832 piti"... Essa é a regulação, está lá no SAMU. Vai lá e ver o que pode fazer, porque  
833 agora ela fechou a mão e está com a mão fechada, mas é um "haga". Eu não me  
834 contive e disse: "Mas, doutora, o SAMU não pode ser usado dessa forma". No outro  
835 plantão aconteceu uma morte porque não tinha ambulância no lugar certo. Então, a  
836 questão não é só para paciente no lugar certo, a questão é também os mesmos  
837 estarem no lugar certo. Aí entra treinamento, entra o uso adequado do serviço que não  
838 está acontecendo. E eu estou dizendo isso, Fátima, porque lá eu tenho debatido muito  
839 com o treinamento dos profissionais. Aí sabe o que a médica me respondeu? "Não,  
840 Paulo, mas nós temos que mandar, porque o Paulo de Tarso mandou, é para mandar  
841 ambulância para tudo quanto for coisa que for pedido". Eu disse: "então, não precisa ter  
842 médico, o Município pagar 10, 12 mil para um médico lá dentro. Então, coloca um  
843 soldador de ambulâncias lá dentro!" Não tem sentido isso! Eu sou de um tempo em que  
844 o SAMU regulava, aí o médico falava com a pessoa, mandava ele no outro dia de  
845 manhã levar. Isso não é saudosismo, isso é uso adequado do serviço, coisa que hoje  
846 não está acontecendo. Outra coisa que eu tenho observado, Fátima, que nós vamos ter  
847 que ver no nosso sistema aqui dentro. Há um uso totalmente inadequado de mandar,  
848 um dizendo que está com delimitação, vamos fechar as portas? Aí nós que estamos na  
849 rede cansamos de levantar aqueles emails que mandam para lá, porque tem espaço lá

850 dentro, Fátima. Só que acontece o seguinte: quando o servidor não está muito  
851 interessado, porque ele também não é estimulado a isso, ele larga o paciente e não faz  
852 nada disso. (Sinalização de tempo esgotado). Eu não me contento, eu vou atrás  
853 dessas coisas. Então, nós temos que ver isso para fazermos os encaminhamentos  
854 corretos. Eu teria mais algumas coisas, mas posso depois colocar, Fátima, pelo email  
855 para ti. Obrigado! **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
856 **Coordenadora do CMS/POA:** Gilmar. **O SR. GILMAR CAMPOS – CDS Lomba do**  
857 **Pinheiro e Coordenador Adjunto do CMS/POA:** É rápido, porque o que eu ia falar,  
858 pelo o que eu entendi que a Fátima falou, eu ia questionar a questão do táxi que era  
859 pago para a pessoa ir, que pelo que eu entendi o programa não funcionou. Tu dizeres  
860 que realmente o paciente não é para estar lá no pronto atendimento internado, não é  
861 mesmo, mas só que ele acaba ficando. Tem processo que têm até alta de lá e vão para  
862 casa, porque era para ir para outro lugar e acabam se curando lá dentro do pronto  
863 atendimento, o médico não consegue regular ele, não consegue lugar e esse paciente  
864 acaba ficando o pronto atendimento 02, 03, 04 dias internado, sem poder remover. Era  
865 isso. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora**  
866 **do CMS/POA:** Vargas. **O SR. PEDRO LUÍS DA SILVA VARGAS – Sindicato dos**  
867 **Servidores da CMPA:** Na verdade, eu queria fazer uma referência sobre a construção  
868 desse expediente. Paciente Certo no Lugar Certo para mim começa com hospitais e  
869 redes de atenção à saúde certos em lugares certos. Ambulancioterapia já contraria  
870 essa minha tese, porque tem paciente errado no lugar errado. Então, eu questiono se  
871 os agentes que deveriam estar inseridos na construção desse processo se  
872 manifestaram, se participaram dessa construção. O Ministério da Saúde participou, a  
873 Secretaria Estadual da Saúde participou, os prefeitos dos municípios que enviam levas  
874 de pessoas necessitadas aqui para a Capital participaram? Porque falar da emergência  
875 em Porto Alegre e falar da saúde de Porto Alegre, por óbvio, implica em falar dos  
876 demais entes federativos. Então, parece que uma construção que visa tamanha boa  
877 intenção passa por ouvir todos os atores que compõem esse tema. Seria quase que  
878 ingenuidade Porto Alegre tentar propor alguma coisa para resolver sem que os demais  
879 agentes, atores de todo o sistema também participem. Ora, nós temos que combinar  
880 com os prefeitos da Grande Porto Alegre, das outras regiões do Estado, nós temos que  
881 combinar com a Secretaria Estadual da Saúde, com o Governador, para que ele  
882 também aplique o que deveria aplicar de recursos em saúde. Nós deveríamos  
883 combinar com o Governo Federal para que se reveja a regulamentação da Emenda nº  
884 29 e que o Governo Federal queira, já passamos da Copa, não temos mais que gastar  
885 em reforma de estádio, contribuir com os 10%, que era a proposta original. Então, eu  
886 saúdo, acho até alvissareira a proposta. Entretanto, parece-me no momento um tanto  
887 utópica. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
888 **Coordenadora do CMS/POA:** Seu Paulo Goulart. **O SR. PAULO GOULART DOS**  
889 **SANTOS – CDS Noroeste:** Boa noite. Eu vou defender aqui os pacientes verdes.  
890 Todos os comentários que eu ouço sobre superlotação, Fátima, citam muito os verdes,  
891 que não deveriam estar lá. Por que não deveriam estar lá nas emergências das UPAS?  
892 Não temos a Atenção Primária ainda que preencha a nossa população, todo mundo  
893 sabe que não tem. Vocês dão números, o secretário até já discutiu, eu sou um cara  
894 azarado, que quando nós vamos fazer as visitas. Hoje está só o Pedro aí, não está  
895 nem a Angélica e nem o Gilberto, porque quando nós íamos fazer as visitas nas  
896 emergências do Conceição e da UPA, estava sempre superlotado, daí vem a desculpa  
897 de que o paciente verde não deveria estar aqui. Ele não deveria estar aqui por quê?  
898 Porque ele não tem posto no bairro dele, pegando a carona do Pedro, não tem Atenção  
899 Básica na Grande Porto Alegre. Então, mandam tudo para cá, ou o horário do posto é  
900 só até às 17 horas, não sei, tem uns aí que se queixam, ou não tem medico na zona  
901 norte. Então, a razão do verde lá não é só para paciente que vai lá porque quer. Ele  
902 não vai lá porque quer. Esses dias um cara me disse: “Eu prefiro esperar 10 horas na

903 UPA, porque no posto tenho que ir às 3 horas da madrugada, sujeito a um assalto,  
904 como vou para lá? E chego lá, às vezes não sobra ficha para mim”. Então, nós temos  
905 que discutir. Esse negócio de dizer que paciente verde é aquele que vai lá por  
906 querer, por conta dele, porque está no lugar errado, não, ele não está no lugar errado,  
907 ele está procurando o que oferecem para ele. Infelizmente, procuram as emergências e  
908 as UPAs. Obrigado! **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
909 **Coordenadora do CMS/POA: Citolin. O SR. OLIR CITOLIN – Membro do CDS**  
910 **Leste:** Eu fui contemplado na fala de todos os meus colegas que falaram; mas quero  
911 trazer o seguinte: quando a gente passa por situações, usuário certo no lugar certo,  
912 paciente certo no lugar certo, vou dizer, já falei e volto a falar, como trabalhador, com  
913 todas as dificuldades que nós temos, vou dizer o seguinte: o Conceição tem  
914 capacitação sim 24 horas para todo mundo. O que nós não temos, às vezes, é de  
915 liberar a pessoa porque não tem ninguém para colocar no lugar dela, mas que tem  
916 capacitação tem. Quero dizer o seguinte, a SAMU, no meu entendimento, tu vais levar  
917 a minha mãe para o Conceição, não leva para a UPA nenhuma, eu quero Conceição.  
918 Não, eu não posso levar porque não podemos, temos que levar para o pronto  
919 atendimento. Vou citar o exemplo, nós levamos lá para o Cruzeiro do Sul, lá ficamos  
920 uns dias, fomos para o Parque Belém. Graças a Deus que se salvou lá. Não tinha  
921 médico, não tinha isso, não tinha tudo, mas conseguimos, o médico conseguiu, ficou  
922 internada vários dias, mas conseguimos salvar a velha lá. Adoeceu de novo, fomos  
923 para o Pronto Atendimento da Bom Jesus. Eu disse para minha menina: “Não chama a  
924 ambulância! Bota em um táxi e leva para o Conceição”. A gente leva um tempo, mas lá  
925 a gente consegue um leito, o Conceição não manda embora ninguém, atende todo  
926 mundo. Já falei várias vezes, eu fiquei cinco dias lá naquela rampa deitado no chão,  
927 agora, no Pronto Atendimento Bom Jesus fiquei 04 dias e dormi embaixo da maca.  
928 Conseguimos leito, choramos as pitangas e a velha está salva até hoje, está viva. Já  
929 disse, quando ela adoecer que não chame a SAMU, vamos pôr em um táxi e levar no  
930 lugar certo, que é o Conceição, os outros hospitais mandam embora. Falam muito mal  
931 do Conceição, mas é a única que acolhe todo mundo. Então, é muito difícil para nós  
932 todos, como na Maria da Conceição, que nós temos centenas, entre crianças se  
933 drogando, vendendo, isso tudo vai superlotar, é doença mental de tudo que é lado. Não  
934 vai ter mais lugar nenhum, pessoal. Os convênios estão pior que o SUS, são 6, 7  
935 horas, vai no Barão de Bagé que é atendido em 20 horas no máximo. Todos que vão  
936 ali são atendidos, porque isso se chama acolhimento, acolher a todos que vão. A gente  
937 tem que ter uma unidade básica que atenda os usuários e não essa história que vem  
938 do Ministério, um PSF para atender 2500, o médico tem que se esforçar, tem que  
939 chegar nas famílias, atender os acamados. O que mais temos hoje são pessoas velhas  
940 e exigem, não são 20 minutos não, a gente leva uma hora para entender o velhinho,  
941 ajudando. E nós amanhã seremos velhos, nós já estamos velhos. Muito obrigado! **A**  
942 **SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do**  
943 **CMS/POA: Doutora Clarissa. A SRA. CLARISSA BASSIN – Sindicato Médico do RS:**  
944 Eu trabalho na Prefeitura desde 94, eu fui lotada no PACS em 97. Eu quero assim, um  
945 pouco abrir o coração aqui. Fátima, tu sabes quando foi o meu último curso patrocinado  
946 por esta Prefeitura? Chuta. Eu não me lembro. Eu fiz no Clínicas porque eu fui formada  
947 pela UFRGS, meu último ano de residência foi no Clínicas, o Clínicas oferece curso de  
948 educação continuada nas áreas de clínica e vários. Eu pago todo o ano curso de  
949 atualização, eu pago. A informatização da PROCEMPA, que custou horrores de  
950 dinheiro, eu não usufruí. A informatização que eu uso no plantão para acessar é esse  
951 equipamento, o *ipad*, que eu pago. O 3G que eu uso é o meu nos meus plantões. Eu  
952 também sou servidora federal concursada de um órgão federal, lá e faço cursos á  
953 distancia pagos pelo Governo Federal, faço um a cada mês, eu tenho equipamentos de  
954 informática á disposição. Quando começou o Programa Paciente Certo no Lugar Certo  
955 eu estava naquela sexta-feira de plantão e recebi os pacientes. O PACS é um serviço

956 bastante conflituado, aquele dia foi o caos na Terra, e eu tenho bastante experiência.  
957 Aquele dia foi muito difícil. E algumas coisas do perfil do paciente e dos seus familiares  
958 têm mudado nesses últimos anos, porque o perfil da providência brasileira tem  
959 mudado. Várias coisas mudaram para melhor, algumas situações do perfil  
960 socioeconômico mudou para melhor, isso é bom. Eu acho que a questão de renda  
961 mudou para melhor, fez com que a questão de emprego mudasse para melhor. Muitas  
962 empresas têm convênios particulares e os colegas que são do SAMU, o Paulo sabe  
963 disso, não sei se tem técnicos de enfermagem do SAMU aqui, devem ter percebido que  
964 muitos pacientes se socorrem do SAMU e dizem: “Eu tenho convênio”. E onde eles  
965 param? No PACS. Aí eles chegam lá e têm convênio. Quando ele tem convênio, como  
966 que eu transfiro o paciente para o convênio dele que não sobrecarrega o leito do SUS.  
967 Essa é uma questão. E essa é uma questão que me sobrecarrega, eu que faço uma  
968 escala de três noites fixas no PACS de plantão, porque a Central de Leitos não busca  
969 leitos nos convênios. Eu sou plantonista do SUS, eu tenho que atender pacientes, eu e  
970 os meus colegas, eu e os enfermeiros, nós temos que parar o que estamos fazendo e  
971 fazer o rastreamento dos entes privados. Como resolver esse problema que não é  
972 pequeno e não é o único que passou a ser um grande problema para nós. O SAMU  
973 não pode levar para um serviço privado do convênio. Esse passou a ser um grande  
974 problema para nós. (Sinalização de tempo esgotado). Eu vou pedir só hoje um minuto a  
975 mais. Isso passou a ser um grande problema de conflito, porque o paciente usa, e é um  
976 direito dele usar o Sistema Único de Saúde, é um direito dele, mas ele também quer  
977 ajudar o Sistema Único de Saúde, ele chega dizendo que têm convênio, ele não quer  
978 utilizar o leito, ele quer compartilhar: “Eu não preciso, eu quero ir para o Divina  
979 Providência”. Como que a gente faz? E a gente chega a um ponto que o SAMU não  
980 consegue transferir, porque o SAMU não pode. Essa é uma pergunta para a gente  
981 resolver, para este Conselho discutir também, porque a gente não tem regra própria. Já  
982 teve uma situação em um determinado dia que chegou a ser tão difícil, mas tão difícil,  
983 que foi a primeira vez em 16 anos de PACS que eu quase aceitei o convite de sair da  
984 Cruzeiro, quase aceitei, porque eu tive 05 pacientes de convênio lá. Eu internei uma no  
985 Moinhos, tentativa de suicídio com dependência química. Um na UTI do Divina  
986 Providência, uma na UTI pela UNIMED do hospital de Montenegro, e outros dois na  
987 UTI do Mãe de Deus. Todos esses pacientes. Eu conheço vários colegas, eles são  
988 muito solidários, a UNIMED acabou ajudando muito, várias pessoas, as famílias  
989 ajudaram muito e os trabalhadores da SAMU acabaram sendo solidários. A UNIMED  
990 acabou transferindo o paciente para Montenegro, mas foi extremamente estressante. O  
991 trabalho não pode ser assim o tempo todo, a gente não pode sair de um plantão  
992 querendo nunca mais voltar para o trabalho, e a equipe do PACS está sendo assim,  
993 não querendo voltar para o trabalho. As conversas no plantão são: quanto tempo falta  
994 para a gente se aposentar? Doutor, como a gente faz para se aposentar com 25 anos?  
995 Como que a gente faz...? A conversa dos plantonistas, dos funcionários da Prefeitura,  
996 é: como que a gente foge do trabalho? Isso é muito grave. Nunca, em todos esses  
997 anos de Prefeitura e de Secretaria eu ouvi tão fortemente a vontade de sair do nosso  
998 trabalho. (Sinalização de tempo esgotado). Isto esta gestão fez conosco. (Aplausos da  
999 plenária). **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
1000 **Coordenadora do CMS/POA:** Bom, eu sou a última. A Dona Maria, que eu considero  
1001 uma tia minha, quebrou o braço, foi no Hospital da Restinga, explicaram a ela que não  
1002 tinha traumatologia, ela foi para o Pronto Socorro, foi bem atendida, mandaram para o  
1003 Beneficência Portuguesa, fez a cirurgia na mão, mandaram para casa. Ela passou  
1004 porque o médico deu remédio errado, porque o médico mesmo disse que deu remédio  
1005 errado, só que ela foi para casa, aí começou a passar mal, chamou o posto porque ela  
1006 não tinha condições de se movimentar. Levaram ela para o Restinga de novo, lá  
1007 disseram que não podia ficar lá, porque lá era o nebulização. Ela fez duas nebulizações  
1008 com 20 gotas de Berotec cada vez, voltou para casa, passou mal. Daí ela pediu que

1009 pelo amor de Deus que levassem ela para o PACS, onde ficou 02 dias. Hoje vocês  
1010 sabem como ela está? Depois de rodar tudo isso está em coma na UTI de onde? Do  
1011 Vila Nova, que socorre todo mundo também. Então, como que a gente vai ver o  
1012 paciente certo no lugar certo? Uma paciente que está com uma cirurgia na mão, que  
1013 avisa no posto que não pode fazer Berotec e o posto fiscalizar 20 gotas de manhã e 20  
1014 gotas de tarde, começa a passar mal, a inchar, daí não tem para quem pedir socorro. E  
1015 agora a quem vou cobrar? Ela está lá sozinha no hospital, com 70 anos em coma. O  
1016 que vocês têm para me dizer? Ah, aconteceu com ela, foi uma casualidade. Não, isso  
1017 foi um crime! Eu considero um crime e eu vou dizer a vocês, vou mexer em tudo que eu  
1018 puder, porque ela é uma pessoa que lutou muito para sair o Hospital da Restinga, é  
1019 uma pessoa que nos deu muito apoio, em todas as caminhadas na Restinga. Daí é o  
1020 paciente certo no lugar certo? É essa a minha dúvida. Então, essa era a nossa primeira  
1021 pauta e temos só uma pautinha pequena, que é o Regimento Interno. Não sei se o  
1022 secretário tem alguma coisa para responder. Então, a nossa próxima pauta é pequena.  
1023 (Falas concomitantes em plenária). Quer responder? **A SRA. FATIMA ALI -**  
1024 **Coordenação de Urgência e Emergência/SMS:** Eu gostaria, quero sim fazer uma  
1025 fala, até no sentido das coisas que foram colocadas, da gravidade de algumas delas e  
1026 também para que vocês observarem o que foi colocado como fator crítico de sucesso  
1027 no final da avaliação do projeto. E uma das situações que nós colocamos ali foi a  
1028 questão das relações interpessoais e trouxemos muito da relação, do  
1029 comprometimento profissional. Primeiro, o Núcleo de Educação em Urgência, isso é  
1030 encaminhado pelo relatório, é um núcleo muito ativo, Dra. Clarissa, tem um link para  
1031 inscrição. Nós tivemos nesse meio tempo cursos em parceria com o Albert Einstein,  
1032 curso com o Sírio Libanês, especificamente para trabalhadores de unidade de pronto  
1033 atendimento. Nós encaminhamos para todas as unidades de pronto atendimento. E  
1034 tem também a questão de adesão dos trabalhadores, que é o que eu digo que é a  
1035 questão de como eu me qualifico para a atenção. Foi encaminhado e está aí, vários  
1036 profissionais participaram. Quando foi implantada a questão da linha do AVC e a linha  
1037 da dor torácica, eu fui ao PACS durante 05 noites seguidas para trabalhar na questão  
1038 específica médica, não eu, eu fui participar do processo com um colega da sociedade  
1039 de cardiologia, não tinha mais do que 03 ou 04 colegas e a gente fez em várias vezes,  
1040 no sentido de poder contemplar a categoria médica nas suas diversidades de horário,  
1041 nas suas várias cargas de plantões. Assim: eu faço plantão à noite, ou estou na  
1042 Estratégia de Saúde da Família, no final de semana. Tudo que é dos trabalhadores da  
1043 saúde, é compreensível. A outra questão que eu coloquei aqui como fator crítico de  
1044 sucesso foi a gestão da clínica, que é justamente isso. Como nós olhamos hoje o  
1045 cuidado que nós prestamos para o usuário, que é essa assistência cuidadosa,  
1046 qualificada, no sentido do que eu tenho, na responsabilidade que eu tenho de tentar  
1047 encaminhar ele dentro da rede de atenção. Então, os trabalhadores também têm que  
1048 ter esse compromisso, tem que ter esse envolvimento. Não adianta nós pensarmos em  
1049 30 mil coisas maravilhosas no papel se nós não conseguimos efetivar e envolver a  
1050 todos. E eu acho que esse sim é um grande nó crítico. Aí vem a questão da  
1051 insatisfação, que é quando eu vou me aposentar, quanto tempo falta. Daí tem outra  
1052 questão, né, nós pensamos muito na garantia de que tu classifica e eu não disse que  
1053 o verde não é um paciente de pronto atendimento. No início da fala eu disse  
1054 justamente o contrário, o paciente verde é o paciente da vocação da unidade de pronto  
1055 atendimento. Ele é aquele paciente leve, mas que tem uma situação aguda, nunca teve  
1056 nada, começou com uma dor de cabeça, é um paciente verde, ou agudizada, eu tenho  
1057 uma diabete, descompensei e preciso de um atendimento, eu sou uma paciente de  
1058 porta de emergência. Então, está equivocado quem diz que paciente verde não deveria  
1059 estar lá, é lá que ele tem que estar. Nós temos que, minimamente, organizar, tanto é  
1060 que essa é uma meta nossa no PAS no tempo de espera para pacientes classificados  
1061 como verdes. Esse é o papel que nós temos que ter e nós começamos a avançar

1062 nisso. Classifica, nós tínhamos um tempo de espera muito alto. O primeiro momento  
1063 que se fez – ah precisamos de mais médicos; porque o cálculo era feito até a consulta  
1064 médica. Então, foi aumentado o número de profissionais médicos, mas agora a gente  
1065 tem que pensar no que isso implica em termos de outros processos. Então, eu tenho  
1066 mais médicos atendendo, tenho um maior volume de pacientes atendidos,  
1067 consequentemente, tenho mais coisas atrás disso e isso nós temos que avançar. E a  
1068 outra questão também, é uma discussão do número de pacientes por hora, que é uma  
1069 resolução do CRM, que nós acatamos, nós seguimos, que são três pacientes e meio  
1070 por hora, descrito por atendimento médico. (Falas concomitantes em plenária). Três e  
1071 meio é no sentido de que a gente faz uma conta de 03 horas. Desculpe, ninguém pode  
1072 ser dividido ao meio. Isso que eu quis dizer. Tá? Em princípio, os verdes seriam de  
1073 ambulatórios. O Dr. Bobek usou essa expressão. Gente, unidade de pronto  
1074 atendimento não é atendimento ambulatorial, unidade de pronto atendimento compõe a  
1075 rede de urgência e emergência, e um tem 24 horas por dia. E o paciente verde é o  
1076 paciente sim da rede de urgência e emergência. Então, é equivocado quem diz que  
1077 esse paciente está superlotando, ele está no lugar certo, é lá que ele tem que estar. E  
1078 eu tenho que atender a urgência dele e depois sim tentar vincular ele a um serviço de  
1079 saúde, mas esse atendimento tem que ter ali na unidade. Daí tem toda a questão dos  
1080 amarelos, dos laranjas e dos vermelhos, em que conta eles entram. Então, essas  
1081 discussões nós precisamos avançar na questão dos processos, dentro das  
1082 emergências, e que nós avançamos muito, nós melhoramos muito. Nós pioramos em  
1083 alguns aspectos e melhoramos em outros. O tempo de espera, antes das unidades de  
1084 pronto atendimento, chegava a ser de uma semana por um leito, hoje a média do  
1085 tempo de espera está em torno de um dia e meio. Esse é o tempo de espera por um  
1086 leito a partir da definição clínica do local. O médico, então, define que ele tem que  
1087 internar, ele solicita o leito, a partir disso começamos a contar quanto tempos ele  
1088 aguarda. Daí tem outras questões, que é como eu solicito esse leito, como evoluo esse  
1089 paciente no sentido de orientar o regulador. A outra questão que é, séria, Dra. Clarissa,  
1090 e a gente tem que fazer essa discussão sim, e eu já me envolvi várias vezes com essa  
1091 questão, nós temos 1,5 milhões em termos de saúde suplementar e de pequenos  
1092 convênios ambulatoriais. Essa é a primeira coisa e esse paciente fica completamente  
1093 perdido na hora de uma situação, que ele tem um vínculo com determinado local, ele  
1094 perde esse vínculo, tem que internar em leito do SUS, na emergência. A outra questão  
1095 só esses pacientes que tu chegas na casa, atende a situação de emergência, não te  
1096 informam, tu levas para o pronto atendimento e quando ele chega lá acha que está  
1097 demais para ele e: “Não, eu tenho convênio”. A outra questão é da saúde mental, os  
1098 pacientes de saúde suplementar não tem porta de entrada para a saúde mental, todos  
1099 eles vão, ou para o PACS, ou para o IAPI. Isso é uma coisa que nós temos que  
1100 começar sim a discutir, mas todos usuários do SUS vão ser atendidos com a mesma  
1101 qualidade. Isso a gente tem feito, a gente sabe disso, vão ser atendidos pelo SAMU.  
1102 Então, tem muitas coisas que nós evoluímos, tem outras que nós temos que evoluir,  
1103 mas só vamos conseguir isso se todo mundo se comprometer efetivamente nesse  
1104 processo, o que não é um processo fácil. Trabalhar em urgência e emergência, não  
1105 preciso dizer isso para vocês, é uma situação que te provoca um desgaste ao longo  
1106 dos anos. Na verdade, por que nós utilizamos classificação? Por que tu classificas?  
1107 Porque a demanda é muito maior do que a oferta. A procura pelos serviços de urgência  
1108 e emergência é maior do que a capacidade que a gente tem, é por isso que nós  
1109 classificamos. Essa é uma discussão que não se esgota aqui, porque acabou trazendo  
1110 várias outras coisas, mas que precisa acontecer, na ABRASCO foi assim também. É  
1111 um primeiro momento, é uma discussão bem rica e bem importante. **A SRA. DJANIRA**  
1112 **CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e Coordenadora do CMS/POA:**  
1113 Obrigada, Fátima. A Liane queria saber se alguém tem algum questionamento, mas  
1114 acho que nós, os questionamentos já foram. Nós temos uma pequena pauta que

1115 ficamos de passar nesta plenária, que é o **Regimento Interno Padrão das Comissões**  
1116 **Temáticas. (Anexo II)** Então, a Heloísa vai passar. **A SRA. HELOISA HELENA**  
1117 **ROUSSELET DE ALENCAR – Assessora Técnica do CMS/POA:** Gente, esta  
1118 questão foi trazida no começo deste ano e já foi colocada a pauta, tirada da pauta mais  
1119 de uma vez. O que acontece é que as comissões, isso a partir da nova Coordenação  
1120 do Conselho, a gente fez um seminário interno de avaliação e planejamento das ações  
1121 do Conselho, e uma das questões que foi encaminhada é que as comissões deveriam  
1122 ter um olhar especial do Núcleo de Coordenação. Então, nós começamos a nos reunir,  
1123 a fazer as reuniões da comissão. Eu mesma que não sou conselheira e não sou  
1124 membro de comissão, comecei a participar das discussões para tentar reorganizar e  
1125 retomar o quorum das comissões. Certos? As nossas comissões, algumas ainda estão  
1126 com pouca capacidade de operação. Aí, na primeira reunião que eu fui da Comissão de  
1127 DST/AIDS essa discussão veio. Então, foi feita uma sugestão pela Comissão de  
1128 DST/AIDS e Hepatites Virais de alteração do regimento interno padrão. As comissões,  
1129 todas têm um regimento interno padrão e a avaliação da comissão era de que estava  
1130 muito difícil conseguir compor os núcleos de coordenação das comissões com o  
1131 número de pessoas previstas nesse regimento interno. Eram previstas 04 pessoas.  
1132 Então, era um coordenador, dois coordenadores adjuntos e um secretário. Isso era o  
1133 que estava proposto no regimento aprovado. A comissão sugeriu que esse número  
1134 fosse reduzido para 02 pessoas, uma coordenação com 02 pessoas, o coordenador e  
1135 um vice-coordenador, e deu. Dessas duas pessoas um deveria ser conselheiro,  
1136 necessariamente o coordenador, o outro não necessariamente um conselheiro, porque  
1137 às vezes as comissões são compostas de pessoas que militam naquela temática. Além  
1138 disso, que desses dois um seja usuário e o outro não precisa ser, pode ser de qualquer  
1139 outro segmento. É só essa a alteração, o resto fica como está. Então, está voltando  
1140 hoje para ser deliberado se altera ou não o regimento interno. Qualquer dúvida a gente  
1141 explica. **A SRA. DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO – CDS Restinga e**  
1142 **Coordenadora do CMS/POA:** Então, em regime de votação? Algum questionamento?  
1143 Não? Quem concorda com a mudança? Dezenove votos. Quem vota contrário? Quem  
1144 se abstém? Uma abstenção. **APROVADA** a nova mudança. Então, são 21h06min, eu  
1145 concludo a reunião. Obrigada! (Encerram-se os trabalhos do plenário às 21h06min)

1146

1147

1148 **DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO**  
1149 **Coordenadora do CMS/POA**

**MIRTHA DA ROSA ZENKER**  
**Vice – Coordenadora do CMS/POA**

1150