



**Conselho Municipal de Saúde  
do Rio de Janeiro**

**ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Ref.: 09/10/2012**

Aos nove dias do mês de outubro de dois mil e doze das quatorze às dezoito horas, no Auditório Meri Baran, Centro Administrativo São Sebastião/CASS, em segunda convocação, iniciou-se a reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, tendo como pauta proposta: **1) Deliberação sobre o processo: 09/002663/12 (Habilitação do Hospital Universitário Pedro Ernesto, na modalidade Hospital-Dia - AP 2.2); 2) Apresentação, esclarecimentos e aprovação do SISPACTO – 60 minutos; 3) Apresentação do Plano de Ação da Vigilância Sanitária no município do Rio de Janeiro para 2013 – 40 minutos; 4) Solicitação de expansão do PADI (Programa de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde) – 15 minutos; 5) Pauta da Comissão Permanente de Educação – O perfil das unidades de saúde na rede pública da cidade do Rio de Janeiro – 30 minutos; 6) Comissões do Conselho Municipal de Saúde – 20 minutos; 7) Informes.** O **Sr. David Salvador** deu início à reunião às 14 horas e 33 minutos, em segunda convocação, quando foi atingido o quórum exigido por lei e pelo Regimento Interno do Conselho Municipal. Foram convidados para compor a Mesa o **Sr. Gilberto Souto da Silva**, o **Sr. Ludugério Antonio da Silva**, a **Sra. Miriam Andrade de Souza Lopes** e o **Sr. Rogério Marques Gonçalves**, informando que estava um pouco atrasado e enquanto não chegava, que ficaria no seu lugar. **Sr. David Salvador** informou ainda que o presidente do Conselho encontrava-se ausente devido a compromisso de agenda e seria substituído pelo seu substituto que foi eleito pelo Colegiado deste Conselho, e que assumiria a partir deste momento os trabalhos que é o **Sr. Ludugério Antonio da Silva**, a quem passou a palavra. **Sr. Ludugério Silva** deu uma boa tarde a todos, desejando que tivessem uma boa reunião com o cumprimento do horário, já que a pauta de hoje era pequena. Prosseguindo indagando se todos receberam a pauta da reunião. E, passou a palavra ao Sr. David Salvador que pediu inclusão e supressão de pauta. **Sr. David Salvador** informou que teriam 2 situações a ser colocadas na pauta, em primeiro lugar informou que a SUBVISA queria apresentar o Plano de Ação, mas que tinha feito hoje contato por e-mail, pedindo mil desculpas aos Conselheiros que em devido a apresentação do Plano de Ação e sua distribuição para ser aprovado em uma próxima reunião, que o Subsecretário **Dr. Lassance** informou que não conseguiram discutir de forma mais ampliada no Colegiado deles a tempo. Por respeito aos Conselheiros, não poderiam enviar um Plano que não estava acabado. Pediram desculpas e solicitaram que o mesmo seja incluído na próxima pauta, em novembro, essa apresentação. **Sr. David Salvador** prosseguiu informando que a proposta era de retirada deste ponto, o número 3. Em virtude deste ponto levar 40 minutos, quando fechamos a pauta na Executiva, o Conselheiro **Carlos Tufvesson**, assim que recebeu a pauta e, não conhecendo muito bem os procedimentos para pedir ponto de pauta, encaminhou um pedido de inclusão de pauta sobre a necessidade de discutir a inclusão da Hormonoterapia para cidadãos Transexuais em nosso município. E para não perdermos tempo, o **Sr. David Salvador** sugeriu ao pleno, que como a pauta ficaria bem pequena, a inclusão deste ponto de discussão, que entraria antes dos informes e após as discussões dos outros pontos. Informou que o **Sr. Carlos** viria apresentar este ponto, e este ficaria por último dando-lhe condições chegar a tempo, pois estava em atendimento devido a uma agressão homofóbica que estava envolvido tentando solucionar. Portanto, a solicitação era

que este ponto entrasse após o ponto 6 da pauta original. O ponto 2, sobre a SISPACTO, também estava apenas faltando informações para que pudesse ser concluído, e portanto, deveria ser retirado da pauta, para uma próxima reunião. Portanto, a nova pauta ficará da seguinte forma: **1) Deliberação do processo 09/002663/12 (Habilitação do Hospital Universitário Pedro Ernesto, na modalidade Hospital-Dia - AP 2.2)**; o antigo ponto 4 passa a ser o de nº **2) Solicitação de expansão do PADI (Programa de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde)**; o ponto de nº **3) Pauta da Comissão Permanente de Educação – O perfil das unidades de saúde na rede pública da cidade do Rio de Janeiro**; antigo ponto 6) passa a ser o de nº **4) Comissões do Conselho Municipal de Saúde – 20 minutos**; o ponto de nº **5) Necessidade de inclusão da Hormonoterapia para cidadãos Transexuais em nosso município**; e o antigo ponto 7) passa a ser o de nº **6) Informes**. O Sr. Ludugério Silva indagou se todos estavam esclarecidos e colocou em regime de votação a pauta com as alterações propostas para aprovação. **A nova pauta foi aprovada pela maioria simples com um abstenção**. Sr. Ludugério Silva deu continuidade com a leitura do ponto **1) Deliberação do processo 09/002663/12 (Habilitação do Hospital Universitário Pedro Ernesto, na modalidade Hospital-Dia - AP 2.2)**, informando que o processo teve aprovação da Comissão Executiva e do Conselho Distrital da AP 2.2 com a lista de presença e a ata da reunião e, que este Conselho precisava referendar ou não esta decisão. Em regime de votação o processo foi colocado para deliberação e como não houve votos contra nem abstenções, **o processo foi aprovado pela maioria simples**. Continuando a reunião, passou ao item 2) da nova pauta, **2) Solicitação de expansão do PADI (Programa de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde)**. Foi dada a palavra a Dra. Germana que iniciou sua fala dando boa tarde a todos os presentes e agradecendo a mais uma oportunidade de poder expor o trabalho do PADI. Explicou que muito recentemente esteve em plenária do Conselho solicitando a expansão do PADI e com um enorme prazer já tinha sido concluída; continuou dizendo que tinham o PADI no Hospital Lourenço Jorge, no Hospital Francisco da Silva Telles e no Hospital Pedro II, sendo que no Hospital Lourenço Jorge, tinha sido o primeiro desta fase de expansão; que já tinham mais de 120 pacientes em atendimento e que isso mostrava que realmente era uma demanda importante da área e que atendia a essa necessidade. Quando solicitada a expansão naquela época, informou que tinham solicitado uma expansão de número de equipes exatamente igual ao número que tinha sido implantado e que não sabíamos que o processo no Ministério da Saúde era extremamente lento. Apesar de estarmos com o PADI funcionando no Hospital Lourenço Jorge desde o mês de agosto, ainda não tiveram habilitada a Portaria pelo Ministério de Saúde. Disse que não era por culpa deles, pois a documentação estava toda certa e foi entregue no prazo certo, mas sim, pela lentidão dos processos no Ministério da Saúde. No Ministério da Saúde, a Atenção Domiciliar estava alocada no Departamento de Atenção Básica e como tal, ela possuía os mesmos princípios de habilitação das equipes da Saúde da Família, ou seja, eram processos lentos e que já tinham esse conhecimento. Por esta razão, dirigia aos Conselheiros, em nome da coordenação do PADI, a solicitação de uma autorização para solicitar a habilitação de todas as equipes planejadas para serem implantadas até 2016, ou seja, eram mais 30 EMAD's (Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar) e 15 EMAP's (Equipes Multidisciplinares de Atenção de Apoio). Uma vez o processo já estava habilitado junto ao Ministério da Saúde, cada equipe que iria ser implantada, era só ser colocado no CNES que o município passava a receber os recursos correspondentes. Que não sofreria nenhuma descontinuidade nos recursos e não estariam trazendo nenhum prejuízo às finanças do município devido a lentidão do processo no Ministério da Saúde. Continuou dizendo que estavam com este projeto já estipulando o número de equipes e, que o cronograma de implantação era o seguinte: 2013 estaríamos implantando 12 EMAD's e 4 EMAP's, até chegar ao número total em 2016. Que a proposta era habilitar todas as equipes, assim como os senhores faziam com o Programa Saúde na Família, onde era aprovado um conjunto, e quando implantado, era pedido outro conjunto de equipes. Disse que era um pedido meramente formal que não tinha alterado o cronograma de implantação, apenas estavam ajustando o programa por conta desta demora da liberação do Ministério da Saúde. A Portaria do Ministério nº 2527, estabelece dois tipos de equipe: EMAD era a equipe básica composta por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem

e que, normalmente, o nosso PADI ficava estabelecido em hospitais para promover a desospitalização, pelo menos esse era o planejamento. Disse que cada base em hospital tinham duas EMAD's, ou seja, contava com dois médicos, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas e seis técnicos de enfermagem e que essa equipe tinha uma condição de atender até 100 pacientes. Ou seja, cada base em hospital podia atender a 200 pacientes. A EMAP, que era a equipe de apoio, de acordo com a Portaria do Ministério deveria ser composta por 3 profissionais da área da saúde a escolher entre: nutricionista, assistente social, psicólogo, entre outros. Mas que no nosso PADI, a EMAP trabalhava com 5 profissionais de saúde que eram: nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Esta equipe de apoio prestava assistência as duas EMAD's, pois de acordo com o plano terapêutico esta equipe não possuía tanta demanda de visitas domiciliares como a equipe básica. Quando o paciente ingressava no PADI era feito um Plano Terapêutico que iria de acordo com a necessidade dele programar a quantidade de visitas e quais seriam os profissionais que iriam visitá-lo. De início, ele receberia a visita de todos os profissionais, em momentos diferenciados. Mas que poderia ser que depois, o paciente estivesse necessitando apenas de um curativo e isso iria depender da visita do enfermeiro e do técnico de enfermagem. Pode ser que ele estivesse com problemas respiratórios e com isso será muito mais intenso o trabalho do fisioterapeuta. **Dra. Germana** prosseguiu dizendo que cada paciente tinha seu plano terapêutico e que as visitas programadas eram de acordo com a sua necessidade. Disse que poderia acontecer, em casos excepcionais, que assim que o paciente ingressasse no PADI, que ele tivesse necessidade de visita diária, ou pelo menos na primeira semana e que por adequação a necessidade de cada paciente não poderiam determinar a quantidade de visitas; que tinham contabilizado a produção pelos procedimentos realizados e pelo número de pacientes em atendimento. Disse que a capacidade máxima em atendimentos simultâneos em cada base era de 200 pacientes concluindo sua apresentação. **Sr. Ludugério** assumiu a palavra e abriu as inscrições para esclarecimentos. Foi dada a palavra ao **Sr. Severino** que iniciou sua fala dando boa tarde a todos e questionou sobre qual era a metodologia de procedimento do PADI para realizar os atendimentos. Como exemplo citou um caso de um paciente em casa, acamado, se ele poderia ser incluído no programa, já que eles estavam sem atendimento. A pergunta era se caberia a eles a inclusão no PADI. **Sr. Barreto** A pergunta era sobre o número de atendimentos se seriam 100, 200 por mês e por semana como era exatamente. **Sr. Milton Lima**, representante da AP 2.1, questionou se o PADI era para atender pessoa que tinha sido hospitalizada e estava em processo de recuperação domiciliar de alguns meses. A segunda pergunta era se o idoso precisava ter sido acamado ou se ele poderia ingressar no programa. Terceira dúvida, era se o PADI oferecia condições técnicas para o paciente ser transferido para seu domicílio, como por exemplo cama adequada. **Sra. Miriam Andrade** perguntou se era para os Conselheiros que já conheciam e que tinham ido observar o programa nos lugares onde ele estava funcionando e se podiam dar um parecer sobre ele. Disse que gostaria de pedir então que pelo menos 2 Conselheiros que tivessem ido ver o programa e tivessem um parecer sobre ele, sobre como funcionava, como eram os atendimentos e qual era o opinião dos pacientes que estavam sendo atendidos. **Sr. Marinaldo** pediu esclarecimentos se a segunda equipe entraria como substituta da primeira e com a resposta sendo negativa, disse que não havia conseguido compreender bem esta questão e que gostaria de saber porque apenas estes profissionais realizavam o atendimento, e não outras categorias de profissionais, e, se era permitido outros profissionais pelo Ministério da Saúde. **Sra. Edileuza**, representante da AP 2.1, explicou que o programa existia em sua comunidade e que havia um acompanhamento. Disse que existiam 3 Clínicas de Saúde da Família, mas que tinham recebiam reclamação de que nem todas as clínicas estavam fazendo este trabalho; que algumas casas não estavam recebendo visita a mais de um ano ficando esquecidos. Disse que acreditava que se havia o programa que tinha que ser contínuo. Continuou dizendo que nem sabia que a pauta era sobre isso; que havia muita reclamação e que nem todas as áreas estavam sendo cobertas. **Sr. Alessandro Motta**, representante da AP 3.3, disse que gostaria de informar que há 30 dias, um tio seu recebeu o atendimento pelo PADI em sua residência, tendo então apenas elogios a tecer sobre o programa. O paciente estava com Alzheimer, acamado, em estágio terminal e foi muito bem atendido por esta equipe multidisciplinar. Que

a esposa do paciente só tinha elogio e se soubesse que haveria esta discussão toda, tinha trazido ela para provar a eficiência deste programa. Disse que a fala dele tinha sido para esclarecer a indagação da Conselheira Miriam. **Dra. Germana** prosseguiu informando que gostaria de começar pelo fim estabelecendo um pequeno esclarecimento, que a atenção domiciliar ocorre de acordo com a portaria de 3 formas diferentes, a AD 1 que é a atenção domiciliar pura e simples, com paciente que não tem grandes demandas de atendimento, mas está momentaneamente acamado. Normalmente este atendimento é prestado pela Clínica da Família onde existem esse tipo de clínica. Como ocorre o ingresso no PADI, existem 2 maneiras: através da busca ativa realizada pelos funcionários do PADI nos hospitais onde está baseado, ou através de uma demanda de uma consulta de avaliação no SISREG, ou seja, toda a rede que está no SISREG pode solicitar uma consulta de avaliação para o PADI. Tenho acompanhado de perto a demanda de consultas pelo SISREG e ontem verifiquei que não possuímos nenhuma fila, todos os pacientes que demandaram tiveram a visita de avaliação feita. E porque falo da visita de avaliação, e não o ingresso direto no PADI, pois para entrar no PADI é preciso estabelecer determinados critérios. E um critério essencial é a existência de um cuidador, alguém da família ou não que se responsabilize pelo paciente, pelos horários de medicação e pelos cuidados que ele demandará. A existência deste cuidador é imprescindível, para por exemplo prezar pela sua alimentação caso o paciente esteja impossibilitado de preparar seu próprio alimento. São critérios bastante simples para esse ingresso. Quanto a pergunta sobre a estimativa de permanência no PADI, trabalhamos com o tempo de permanência médio de 120 dias. O Ministério da Saúde trabalha com um prazo de 90 dias. O que o PADI faz durante este período que é além de prestar assistência, há uma preparação do cuidador para que na ausência do PADI, há uma continuação da prestação da assistência. Agora se o paciente está acamado numa localidade que não possui Saúde da Família, não existe a possibilidade dele receber a visita domiciliar e está impossibilitado de se deslocar até um posto de saúde ou hospital. Então, há situações em que não é possível, efetivamente, dar alta e ficamos com o paciente pelo tempo necessário. Não é porque chegamos ao fim dos 120 dias que iremos suspender o tratamento se não há condições de encaminhá-lo para outros serviços. Há um princípio no PADI em que nenhum paciente sai do PADI sem estar referenciado para outra unidade da rede, seja para uma consulta especializada, ou para uma Saúde da Família com acompanhamento rotineiro. Não há possibilidade do paciente receber alta sem ter esta consulta agendada para continuidade de seu tratamento. Quanto a pergunta sobre os equipamentos que fornecemos no PADI, é preciso estabelecer uma diferença entre a assistência domiciliar e HomeCare ou internação domiciliar, o PADI não faz e não tem condições de fazer a internação domiciliar. Se o paciente necessita de ventilação mecânica e serviços de internação domiciliar, é um paciente que não pode ser incluído no PADI. Não tem os requisitos para ingressar no PADI e nós o recomendamos para o programa de internação domiciliar. Esses equipamentos são mais específicos para a internação domiciliar, o PADI fornece toda a medicação e curativo que o paciente necessita. Isso é tarefa do PADI. Quanto aos profissionais, acredito que não tenha sido clara e peço desculpas. O que eu disse é que atuamos com mais profissionais que o recomendado pelo Ministério, por exemplo, temos 5 profissionais na EMAP quando o Ministério recomenda apenas 3. Está tão internalizado que esqueci de comentar que cada equipe possui 4 carros para atender suas visitas, porque não necessariamente a equipe andar sempre junta. O médico pode ir para uma consulta, o enfermeiro com o técnico de enfermagem para outra. A agenda da base é única e as equipes trabalham de comum acordo dependendo da necessidade terapêutica de cada paciente. No início tínhamos 3 carros por base, mas vimos que estávamos com uma subutilização das equipes e então aumentamos essa frota para deslocamento da equipe. Quando há necessidade de internação, utilizamos as ambulâncias da rede. Um dos indicadores muito importante no PADI é a taxa reinternação que está abaixo de 3%. Como se solicita o SISREG, indo a qualquer unidade local de saúde e solicitar esta consulta de avaliação do PADI. Estamos trabalhando sem fila até o presente momento. Vou citar um exemplo, no Hospital Salgado Filho houve uma grande articulação do PADI com a Clínica de Ortopedia e foi feito um acordo que os pacientes que tinham sido operados no hospital iam fazer a fisioterapia em sua residência através do PADI e voltavam após 15 dias para uma avaliação. Isso gera uma vantagem enorme diminuindo o risco de

infecção hospitalar, diminui o tempo de permanência nos hospitais, possibilita que mais cirurgias sejam feitas porque os leitos ficavam desocupados. E percebendo esta articulação fizemos a contratação de um fisioterapeuta e um enfermeiro adicional para prestar essa assistência com qualidade e não sobrecarregar o resto da agenda. Tanto que o Salgado Filho está funcionando com 3 fisioterapeutas e 3 enfermeiros, e não apenas 2 como é o comum. Vamos avaliando e adaptando de acordo com cada realidade. Já o Hospital Miguel Couto, tem uma ênfase muito grande do “pé diabético”, devido a cirurgia vascular do hospital e tem o interesse que o PADI assuma a parte ambulatorial deste atendimento. Cada hospital vai descobrindo seu perfil ao longo do tempo, e as equipes irão buscar atender essas especificidades. Se o paciente é atendido no Hospital Souza Aguiar e tem todas os requisitos para ingressar no PADI, mas mora na região da AP 5.3. A equipe do Souza Aguiar faz a avaliação e transfere por telefone este paciente para a equipe da AP 5.3, quando ele sair do Hospital Souza Aguiar, ele já sai com uma visita agendada pela equipe do Hospital Pedro II. Já temos toda a cidade coberta, já que a última vez que viemos pedia ampliação do Programa as áreas AP 5.1, 5.2 e 5.3 ainda não estavam cobertas. Esta forma de captação nos hospitais está completa com transferência imediata caso esteja no Hospital que não está mais perto de sua residência. **Sr. Ludugério** acreditando que todos estão esclarecidos acredito que podemos fazer a votação para aprovar a expansão do PADI, **a expansão foi aprovada com apenas uma abstenção.** Vamos dar prosseguimento com o item **3) Pauta da Comissão Permanente de Educação – O perfil das unidades de saúde na rede pública da cidade do Rio de Janeiro.** A apresentação será feita pelo Dr. Daniel que não se encontrava no momento, foi adiantado o ponto **4) Comissões do Conselho Municipal de Saúde. Comissão de Saúde do Trabalhador, Sr. Miriam Andrade,** a comissão de Saúde do Trabalhador está atuando junto a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), reunindo e conjunto com o pleno na semana passada neste auditório antes das eleições. Tivemos um número reduzidos de participantes, até por conta dos período eleitoral já que é composto por sindicatos que também estavam envolvidos nas eleições. Ficamos de encaminhar por escrito para a Comissão Executiva, um pauta para ser apresentada no Conselho Municipal, a relação das Comissões que foram votadas e aprovadas no nosso pleno. E mostrar a composição que já havia sido feita na reunião anterior. Informar as componentes da Comissão que as reuniões ordinárias teve que ser mudada de novo a pedido da Comissão Executiva houve um pedido para que fosse marcada para a última sexta-feira de cada mês. O pleno aprovou e estou passando que a reunião ordinária da CIST vai ser nas últimas sextas-feiras de cada mês, aqui neste auditório, com a participação dos Conselheiros de cada AP's que foram indicados, participação de todos os sindicatos de cada categoria. E às 10 horas do mesmo dia, a Comissão Saúde do Trabalhador e Intersetorial irá estar reunida na sala de reunião ao lado do Conselho para a reunião apenas da Comissão. Faço um apelo para vocês que são representantes das AP's, pois são enviados e-mails da Comissão e pedimos que nossos representantes dos Conselhos incentivem as pessoas a participar. Vamos promover essa Comissão que é muito importante junto as CRE's. Queremos que seja acompanhado tudo que fazemos para ser cada dia mais útil. **Comissão de Saúde Mental, Sr. Adelson,** a comissão está se reorganizando, preparando uma agenda a ser discutida na próxima reunião. **Comissão de Gênero, Raça e Etnia,** esta comissão tem três representantes afastados por conta das eleições e estamos reorganizando os nosso horários. **Comissão de Saúde, Sr. Milton Lima,** a Comissão de Saúde recebeu uma sugestão muito interessante do Secretário deste Conselho Municipal para formar Subcomissões, e foi formada a Subcomissão de DST/AIDS e a Sra. Ângela de Lamare vai falar sobre quando foi a reunião e dará maiores detalhes da reunião desta Subcomissão e seus trabalhos. **Sra. Angela de Lamare** disse que houve uma demanda de implantação da Subcomissão de DST/AIDS, hoje foi feita a primeira reunião com a presença de algumas entidades que são representativas de portadores de HIV/AIDS, e foi acordado que está Subcomissão irá abranger além da HIV/AIDS, outras infecções, para incluir algumas infecções como Tuberculose, Sífilis que também estejam atreladas ao HIV/AIDS seja tratada por esta Subcomissão que irá se reunir todas as segundas terças-feiras na parte da manhã, antes da plenária. Dia 22 de outubro vai ter uma reunião para discussão do dia 1 de dezembro que é o Dia Mundial de Prevenção do HIV/AIDS, a coordenação desta Subcomissão é do **Carlos**

**Tufvesson** que é Conselheiro e está coordenando esta comissão. **Comissão de Educação Permanente**, informou que em agosto foi criada aqui uma representação para participar de reunião externa. Foi uma reunião de Educação Permanente muito boa com discussões riquíssimas. Foi um aprendizagem muito grande. Tiramos propostas, e a roda de conversa foi muito proveitosa. Nosso próximo ponto de pauta foi uma propostas da Educação Permanente que o **Dr. Daniel Soranz** irá apresentar agora, espero que seja apresentada outra vez com participação de outros participantes da rede. Prosseguimos ao item **3) Pauta da Comissão Permanente de Educação – O perfil das unidades de saúde na rede pública da cidade do Rio de Janeiro.** **Dr. Daniel**, iniciou dando boa tarde a todos e dizendo que a apresentação foi feita para mostrar como que está funcionando, hoje, os fluxos da rede. A rede mudou muito nos últimos dois anos. Tiveram grandes transformações e os fluxos ficaram mais claros para as pessoas e principalmente para os conselheiros também. A primeira preocupação que tivemos foi de organizar o nosso sistema para que as pessoas tenham um coordenador de cuidados, sempre a mesma equipe cuidando da mesma pessoa. Todos os sistemas do mundo que funcionam, funcionam assim. Sempre os mesmos profissionais responsáveis pelos mesmos pacientes. Os piores sistemas, o americano, e as cidades com os piores indicadores são aquelas que não têm alguém coordenando cuidado. Em que a pessoa pode procurar e acessar qualquer serviço desordenadamente. No Rio de Janeiro, a gente tem um clássico que é o paciente que tem várias receitas, tem um saquinho com várias receitas de várias unidades diferentes e nenhuma dessas receitas se fala, nenhuma dessas receitas interage. A primeira coisa que eu queria mostrar pra vocês é um site interno que eu vou disponibilizar o acesso apenas para os conselheiros que é o **www.subpav.com.br**, este um site só para funcionários e agora ele está sendo aberto para os conselheiros. O **login é: subpav e a senha é: 1234**. Este site não está aberto para população porque só alguns itens interessam a população. Nesse site o que encontramos todos os protocolos clínicos usados pela secretaria, temos todos os protocolos clínicos adotados pela secretaria, carteira de serviços. Através dos slides, ele demonstra como utilizar o site. Mostrando que a grande maioria dos protocolos são de consenso da Secretaria de Saúde. Na carteira de serviços temos o que as unidades básicas irão oferecer de serviço, com o “carteirômetro” que é o acompanhamento da carteira de serviços. Com as demonstrações das áreas de coberturas da Saúde da Família. Para demonstrar um exemplo, perguntou o endereço do Sr. Ludugério Silva que informou e como resultado a unidade de referência do Sr. Ludugério Silva é o CMS Eitel Pinheiro de Oliveira Lima, aqui eu temos o telefone, o e-mail e o endereço da unidade. Isso serve para unidade que tem saúde da família ou não. As unidades que já tem saúde dá família, eu vou arrastar a casinha aqui para uma área coberta. A Clínica da Família Rosino Baccarini na AP5.1, aqui além de aparecer o endereço, o telefone, o endereço, também eu sei qual é o nome da equipe responsável, o nome do médico responsável por esse paciente e nome do enfermeiro responsável pelo paciente. Por que isso é importante? Porque quando ele chegar a alguma UPA ou em algum hospital, a gente montou um formulário para que essas unidades encaminhem o paciente para suas unidades de referência, e que ao encaminhar, encaminhe com nome da pessoa responsável, com o endereço e com o telefone do responsável dentro da unidade. O que tem acontecido muito com os pacientes é que eles estão indo de unidade em unidade sem saber qual é a unidade de referencia dele. Agora para mandar de volta tem que enviar com o telefone e endereço daquela unidade. Mostrou pelo slide o formulário padrão para as UPAS municipais e estaduais, hospitais federais encaminharem o paciente de volta para unidade de atenção primária. Porque cada unidade estava fazendo de um jeito diferente. Tinha uma que fazia um pedacinho de papel, tinha outra que fazia um formulário parecido com esse. Então através do download baixo o formulário para este encaminhamento. Após o atendimento do paciente naquela unidade ele é enviado para a unidade de atenção primária da sua referência. Agora um profissional de nível superior tem que assinar e carimbar esse encaminhamento. Não pode simplesmente chegar na porta e falar que aquele não é o seu local de seu atendimento. Ou atender e depois não dar informação daquele caso. Foram feitas reuniões com absolutamente todas as unidades de pronto atendimento e todos os hospitais estaduais, municipais e federais e hoje todos tem acesso a esse formulário para poder fazer o encaminhamento para unidade de responsabilidade daquele paciente. **Dr. Daniel Soranz** perguntou se alguém teria mais

algum endereço que gostaria de ver a unidade de referência. Foi pedido que visse então o da Estrada do Barro Vermelho, que teve como referência a Unidade de Saúde Carmela Dutra, na Avenida dos Italianos, 48 - Rocha Miranda. A UPA não é unidade de referência, o acesso é livre se houver alguma emergência pode procurar em qualquer local. Esse é o acompanhamento de atenção primária na unidade de referência. Todos os Conselheiros agora possuem a senha e podem entrar para ver seu próprio endereço. Caso não tenha acesso a internet, pode ligar para o 1746 que ele dará a sua unidade de referência com os respectivos dados, que será acessado neste mesmo site. Outra coisa importante é o perfil de cada unidade, o que cada unidade vai oferecer. No município a gente tinha várias siglas e aquelas unidades tem que cuidar das pessoas que estão naquela região, tem um perfil de atenção primária. Ao longo de 4 anos está sendo feita uma uniformização. Foi criada a carteira de serviços e acompanhamos os serviços pelo carteirômetro. Então todas as unidades de atenção primária agora vão ter o mesmo perfil. É admissível uma unidade de atenção primária não ter sala de vacina. Todas tem que ter. Apenas metade das unidades de atenção primária tinha sala de vacina. É um absurdo. Todas tem que ter porque tem pessoas naquele lugar que precisarão ser vacinadas. Hoje temos uma unidade que não tem sala de vacina. O restante tem. Até o pessoal da AP 3.2 ficou mais feliz quando inauguramos a sala de vacina no Cesar Pernetta, no Méier. Todas as unidades precisam fazer curativo, mas nem todas faziam. Muitas delas não tinham preparo para isso. Todas as unidades tem que ter coleta de sangue, obrigatoriamente. Só um terço das unidades do município colhiam sangue. Hoje todas colhem. Também está lançando prazos uniformes para tudo, então exames de sangue que levavam em algumas unidades noventa, cento e vinte dias, tem obrigatoriamente, agora, que chegar em até cinco dias úteis na mão das pessoas. Se não chegar liga para o 1746. O preventivo ginecológico que levava 180 dias, agora está levando 10 dias úteis para ser entregue. Então todas as unidades vão ter uma uniformidade, tanto na estrutura física como no cadastro de serviços que elas estão entregando. Hoje nem todas as unidades conseguem cumprir 100% da carteira de serviços, mas estamos caminhando para isso. O que é o carteirômetro? É uma forma de acompanhar como está evoluindo os serviços na carteira de serviços. Então são gráficos que conseguimos ver quais unidades que ainda não executam todos os serviços. Mostrou um exemplo do carteirômetro através do site: qual a porcentagem das unidades que possuem programa de tabagismo em novembro de 2011? Quais as unidades que fazem tratamento de hanseníase? Curativo? Prescrição de medicamento azul? Receituário controlado? Gradativamente vai transformando tudo que está vermelho para verde, ampliando assim o acesso e monitoramento dessas unidades. O **Dr. José Carlos Prado Junior** edita mensalmente uma versão do carteirômetro. Esse aqui é um exemplo de uma ação do carteirômetro, prontuário eletrônico. Então as unidades que tinham prontuário eletrônico, que tinham prontuário eletrônico em março de 2011 eram poucas menos de 25% delas. Hoje já são quase 75% das unidades com prontuário eletrônico. Unidades de que faziam teste do pezinho, tinha muita unidade que não fazia o teste do pezinho, agora tem poucas que não fazem. E estamos monitorando para que todas cheguem a fazer. Dispensação de insulina, poucas unidades dispensavam insulina em março de 2011; em novembro de 2011, já estava lá na frente com muitas unidades dispensando insulina. Tínhamos 9 unidades que dispensavam e agora temos quase todas dispensando. As pessoas tem muito mais facilidade de pegar na unidade próxima das suas casas. E assim por diante. No site podemos ver quais unidades não fazem alguns dos serviços da carteira. Também pode ajudar a vocês a pressionar o gestor da unidade local, ou o coordenador para que resolva a questão daquela unidade. Algumas unidades não fazem porque não possuem uma estrutura física adequada ou porque ainda não tem o profissional capacitado. Então gradativamente vai sendo capacitado e melhorando a estrutura física. Muitas unidades não faziam pré-natal, gradativamente elas começaram a fazer hoje a não tem nenhuma unidade que não faça pré-natal. Todas as unidades de atenção primária do município fazem pré-natal. Isso completou o carteirômetro. Consulta de atenção primária em puericultura, foi aumentado o acesso e organizado algumas coisas. Tinha muita malandragem na rede. Pessoas rodavam de unidade para unidade, porque não tinham unidade de referência e pessoas que utilizam medicamento controlado iam numa unidade faziam uma consulta e pegavam uma receita lá, ia para outra e pegava na outra e nunca consegue ter um controle daquela pessoa que está

dependente daquele remédio controlado. Ela vai passando de unidade em unidade. Então a gente aumentou o número de unidades com perfil para distribuir remédios de uso controlado e diminuimos a distribuição e começamos a cruzar e percebemos que havia muitas pessoas que passavam de unidade em unidade pegando esse medicamento. Então a maioria das unidades vai dispensar somente para o seu território. Como isso ainda não está acontecendo a pessoa pode retirar em qualquer unidade. Então hoje as pessoas que já possuem dispensação de medicamentos controlados em sua unidade, que moram naquele território, só vão poder pegar na sua unidade. Não poder mais ficar rodando em várias unidades para pegar. É a mesma coisa para insulina. Se não tiver na própria pode pegar em outras, mas cada vez é mais raro que não tenha. A recomendação para os funcionários das farmácias é para que sejam flexíveis, escutem o paciente. Existe uma regra, mas não pode ser uma regra que não tem uma outra pessoa sentindo o que está acontecendo. Às vezes tem algumas questões que o funcionário tem que abrir exceções e cada funcionário tem autonomia para abrir. O que queremos estabelecer é uma relação de confiança com a rede e não uma relação de portas fechadas onde de jeito nenhum você vai poder pegar o medicamento. Se acontecer algum motivo e tiver justificativa para pegar aquela unidade tem que entregar. Foi feita uma pergunta sobre a quantidade de infectologia na rede. A resposta é que temos quase o dobro hoje na rede do que tínhamos em 2008. Só que tem muitos problemas ainda para contratar. Temos vagas para contratar infectologista e não temos profissional disponível. Mas hoje o infectologista, no SISREG, leva 30 dias para sair no máximo. Diferente de outras especialidades que só saem em 90 dias ou 120 dias. Então o infectologista não é um problema grande para conseguir na rede hoje. Qualquer unidade que encaminhar para o infectologista vai ter em 30, no máximo em 45 dias o agendamento. Ainda no perfil da atenção primária, começou a falar um pouco do perfil das policlínicas. Gradativamente todas as vagas das policlínicas serão disponibilizadas pelo SISREG. Era disponibilizado em 2008 3 mil vagas no SISREG e em janeiro desse ano estava marcando 54 mil vagas, 54 mil consultas por mês. E agora no mês de julho desse ano marcamos 114 mil consultas. Quem está na unidade no dia a dia viu o salto que deu, viu o avanço que a gente teve, mas ainda precisa avançar muito. Atualmente temos quase 150 mil pessoas esperando uma consulta no SISREG. Então gradativamente iremos transformando as nossas policlínicas no perfil que tem que ser. Se hoje todos os hospitais federais tivessem com suas vagas disponíveis no SISREG, no seu perfil adequado, não teríamos nenhum dia de espera para qualquer especialidade nessa cidade. **Dr. Daniel Soranz** disse que a Dra. Anamaria Schneider está pactuando com os hospitais federais para que as vagas deles entrem no perfil que tem que ser, no perfil de uma atenção especializada. O terceiro tipo de unidade diferente, na unidade de atenção primária, todos vão se chamar CMS ou Clínica da Família que vão ter a mesma carteira de serviços. Unidade de atenção secundária que são as policlínicas, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Não é para tratar problemas leves de saúde mental, sim para tratar pacientes graves. As unidades de Urgência e Emergência e as UPAS que tem o perfil já bem estabelecido. Elas também tem uma carteira de serviços tem o mesmo padrão de funcionamento, mesmo padrão de serviços a serem oferecidos e agora o cerne são as emergências dos hospitais. Então era isso que eu tinha para colocar e falar um pouco desse perfil de atendimento. O maior erro que temos hoje na cidade, um dos maiores desafios para os próximos quatro anos é conseguir fazer com que as pessoas sejam atendidas no nível de atenção correto. É conseguir tirar aquela pessoa que está fazendo seu pré-natal num hospital para uma unidade base. É conseguir tirar aquela pessoa que está numa unidade base e não consegue acesso aos outros níveis de atenção. Então temos um desafio agora que é organizar essa rede e colocar o que é de atenção primária na atenção primária, e o que é atenção especializada na secundária e na terciária. E estamos no caminho para que isso possa acontecer. Estou disponível para responder as dúvidas. Foi dada a palavra a **Sra. Miriam Andrade** ressaltando que na hora que falou sobre a Comissão de Educação Permanente, esqueceu que o Sr. Adelton precisa completar o informe, gostaria de saber se a mesa permite. A mesa concordou. **Sr. Adelton** disse que no seminário chegou-se ao consenso que a Educação Permanente, deverá ter no próximo Plano Municipal de Saúde sua incorporação pelo o que foi decidido nas Conferência Nacional de Saúde. Que é a reinclusão efetiva da educação permanente, principalmente, a educação permanente popular. Porque hoje nós não temos o nosso Plano,



e vamos ter que incorporar que é uma decisão da última Conferência Nacional. **Sr. Ludugério Silva** dando continuidade, questionou quem mais gostaria de se escrever para dúvidas. **Sr. Severino** gostaria de saber se o referencial da atenção básica vai ser a UPA ou a policlínica. Outra questão é sobre os exames. A nossa unidade de base no Jardim América, apesar da interação com a diretora Carminha, tenho uma crítica para ter maior visibilidade no trabalho para o paciente ser melhor orientado e atendido. Quando referido aos exames, nesta unidade ainda temos que esperar até 4 meses para recebermos o resultado. Gostaria de saber como proceder para que este exame chegue mais rápido, e como o usuário consegue ser melhor atendido. **Sra. Sonia Regina**, representante da AP 3.2, indagou ao Dr. Daniel Soranz que gostaria de saber se o mesmo está encontrando dificuldade nas unidades que são mistas e a segunda pergunta: para a educação o senhor tem o Programa Bolsa Família que se a criança não vai para escola automaticamente a família tem seu benefício interrompido, e na saúde ainda não conseguimos avançar nisso. Se vocês estão pensando nisso para corrigir, para os responsáveis terem o compromisso com a saúde dessas crianças. **Dr. Daniel Soranz** iniciou respondendo a pergunta da Sonia que o bolsa família é um problema para gente, não por pesar ou medir as crianças, temos feito muito. O problema é que o Sistema de Informação do Programa Bolsa Família que é uma senha só para o estado todo e não cruza com os demais dados e muitas vezes a pessoa é vista, mas não é registrado no Sistema. Foram feitos mutirão em janeiro por toda a cidade, e está previsto mais um mutirão no próximo janeiro para atualizar o sistema. Ele é aferido duas vezes ao ano, é um sistema semestral. Avançamos um pouco mais falta muito para conquistar. O Rio de Janeiro é a cidade que tem o pior cobertura do Bolsa Família na medição das crianças, por conta dessas informações que não se cruzam. O Ministério da Saúde, agora com o cartão do SUS e auxílio da Assistência, estão fazendo uma parceria pra ser obrigatório o cartão SUS para ingressar no Bolsa Família. A Assistência Social está muito avançada em relação a saúde, pois lida com esse programa a mais tempo. Em relação as unidades mistas ainda temos uma dificuldade, encontramos muita resistência e as mudanças são muito difíceis. A unidade onde mais sofremos para incluir as mudanças é a Milton Fontes Magarão, com uma resistência muito grande. Essa unidade até pouco tempo não fazia metade da carteira de serviços. Chegar a um técnico e falar para ele que é preciso mudar o seu procedimento e passar a fazer curativo que é importante. É muito difícil mudar essa posição do técnico e por isso, é necessário muita ação pedagógica. Quanto ao questionamento do Sr. Severino, as UPAS são unidades de referência de atenção primária para Urgência e Emergência com acesso livre e indiscriminado podendo ser atendido em qualquer unidade, e as policlínicas para o atendimento especializado com acesso pelo SISREG. Para fechar, todos os exames tem que sair em 5 dias úteis, a informação é que já está ocorrendo. Verifique esta informação e caso ainda não esteja saindo neste prazo, liga e me informem. É uma obrigação nossa, estamos nos responsabilizando por isto. Algumas unidades até estão disponibilizando pela internet. E o preventivo ginecológico em 10 dias úteis, e eletrocardiograma, ultrassom, entre outros, em até 30 dias úteis. **Sr. Rogério** disse que trabalho na Maternidade Herculano Pinheiro e temos um setor carinhosamente conhecido por Janelão, uma janela muito grande que é onde tentamos colocar como a entrada. E essa minha fala é sobre o que foi colocado do encaminhamento da atenção secundária e terciária para a atenção primária, nós víamos todos os dias, por muitas vezes, a situação de um paciente que foi atendido em uma UPA em um caso de urologia, e foi encaminhado por uma Maternidade, e isso não pode ocorrer. O que a Maternidade faz com o cidadão contribuinte, eleitor que foi encaminhado para um ortopedista na Maternidade? E não é um papel qualquer, mas uma guia de referência com assinatura do responsável e com o encaminhamento para a Maternidade. É uma situação que não tinha resposta. Há três semanas o Dr. Daniel Soranz fez essa reunião, passando as informações com a via original destes documentos e conseguimos um caminho com o CEP ou endereço, e sabemos onde encaminharemos aquele paciente. Tenho atualizado comigo 273 encaminhamentos para a atenção até a sexta-feira da semana passada, usando aquele formulário mostrado aqui. Não estou fazendo pergunta, mas sim dando um testemunho de quem está vivendo esta mudança. Nenhuma pessoa encaminhada voltou a Maternidade dizendo não ter conseguido atendimento. Está realmente funcionando, e estamos conseguindo fazer a porta de entrada que todos nós merecemos. E saindo a carga impossível de ser resolvida por um hospital,

ainda mais quando é um Hospital especializado. Por exemplo, urologia para o Hospital Souza Aguiar também está errado, mas pode conseguir. Na maternidade é que ele nunca irá conseguir atendimento. Este formulário parece um simples documento, mas o paciente é atendido e encaminhado não tendo retorno sem atendimento. **Sr. Alessandro Motta**, primeiro gostaria de falar sobre o remédio em casa, na minha localidade é muito difícil a locomoção para pegar o remédio. Queria saber se há algum projeto voltado para facilitar isso ao usuário. Em uma reunião em março com o Dr. Hans, foi dito que teríamos o servidor SISREG para atender no Rio de Janeiro. Queria saber se está funcionando ou qual seria o prazo. E o pedido é recebemos hoje esse site, e os Conselheiros dêem uma olhada e se abra um fórum para dúvidas, ou sugestões de melhorias. **Dr. Eduardo**, a primeira questão é sobre esse site que vamos ter acesso, e é um presente, mas um dos desafios colocado aqui é que o usuário seja encaminhado para o serviço certo. E gostaria de saber se existe algum serviço digital próximo a esse para que possamos utilizar e facilitar essa informação que estamos recebendo. Outra é sobre a questão da mesma equipe para o mesmo paciente, queria saber sobre a rotatividade de profissionais que ocorre em alguns lugares e temos recebido muitas reclamações sobre isso, pois prejudica o acompanhamento. **Sr. Gilberto**, representante da FAPERJ, o que o Dr. Daniel Soranz disse aqui, para mim foi um pouco de surpresa, mas uma surpresa boa. E acredito que poderia trazer uma determinação da secretaria e botar isso em todos os laboratórios que tem na clinica com tempo de entrega. Porque quando as pessoas fazem o exame fica preocupada com o tempo da entrega. A última vez que eu fui num posto de saúde, procurar um exame da minha esposa, perguntaram se o laboratório era novo ou antigo, que se fosse o antigo nem saberia dizer o tempo, o novo ainda temos uma resposta. Eu simplesmente fiquei calado porque acho que o antigo e o novo tem que ter. Ambos devem seguir a nova determinação de ser entregue em até dez dias tem que está ali no laboratório para quando a pessoa fizer o exame saber quando vai pegar. Porque geralmente estava demorando noventa dias. Um exame ginecológico estava demorando noventa dias. Eu chego lá para saber do exame da minha esposa, para mim não importa se é novo ou antigo, mas eu quero saber do resultado do exame. Então que saia uma determinação da Secretaria para esses laboratórios, e geralmente a pessoa é curiosa, ela chega e fica lendo tudo e o tempo que vai levar para entregar. E se realmente levar dez dias como Dr. Daniel Soranz disse que já está acontecendo vai ser uma vitória para o usuário, uma vitória para o trabalhador. **Sra. Bia**, o bolsa família na saúde é a rede básica que faz. Quem é o profissional responsável pelo setor que faz esse cadastramento? **Sr. Ludugério Silva**, parabenizou a o Dr. Daniel Soranz pela apresentação e pela responsabilidade dessa demonstração que acabaram de apresentar nesse momento, mas eu tenho algumas pergunta. Um exemplo: Dr Daniel Soranz é meu médico, minha referencia é Eitel. Eu já venho me tratando com o senhor há anos, ele me disse que meu CEP não é aqui mais. Ele me disse que agora eu vou me tratar numa outra unidade. O meu cartão SUS tem validade ou não? Porque eu concordo que a precise fazer esse levantamento, que a gente precisa facilitar para o paciente, para que o paciente tenha uma unidade perto da sua casa. Mas como que fica também a informatização das unidades? A última reunião que nós tivemos com o secretario, têm uns 15 dias. O Secretário deu grande esperança de um entendimento com o estado, com o federal e o município no que tange ao SISREG, Central de Regulação é tudo que a gente espera para que os pacientes não sofram com a questão do SISREG. Houve avanço, mas como o senhor diz que ainda precisamos avançar, e muito. Mas a gente precisa dar uma outra conotação a população a respeito do SISREG, para que as pessoas não tenham o SISREG como um inimigo deles, mas sim como um controle da nossa saúde e de quem trabalha ali. **Dr. Daniel Soranz** começou a responder tratando a questão do remédio em casa que foi desativado em 2007, acabando o contrato com os Correios. Disse que entrou uma empresa para substituir os correios e foi uma tristeza. Disse que desde então não foi distribuído mais. Foi distribuído em 2008 três remessas do remédio em casa pela Comlurb . Temos alguns relatórios desse programa. O remédio em casa tinha 30% de desperdício de medicamento. Segundo, ele foi feito para manter as pessoas afastadas das unidades de saúde, numa situação muito política e eleitoreira. Nenhum país do mundo que tem sistema de saúde decente envia remédio. Remédio é muito sério. Se não tiver um farmacêutico, uma assistência farmacêutica que veja as condições de armazenamento daquele remédio,

acompanhando, vai fazer mais mal do que bem para as pessoas. Nosso objetivo é cuidar das pessoas e não mandar remédios para elas. O remédio em casa funcionava para duas coisas: hipertensão e diabetes. O que aumenta a sobrevivência do hipertenso e diabético? É só medicação? Não. É a mudança de hábitos. Se você quer fazer que a pessoa viva mais e viva melhor não é o remédio que vai resolver. O remédio faz parte de um conjunto de coisas daquele tratamento, daquele plano terapêutico. Os pacientes que estão acamados recebem dos seus agentes comunitários, o remédio em casa. Nós tínhamos 103 pontos de distribuição de remédio no município do Rio de Janeiro. Hoje fizemos uma publicação no Diário Oficial há dois meses, hoje em dia tem 403 farmácias com farmacêuticos disponíveis para entrega de medicamentos. De um cadastro que antigamente era de 103 itens, agora é de 211. Aumentamos a distribuição, aumentamos os pontos de distribuição mas com qualidade com um atendimento multifuncional para o paciente. É muito ruim a cidade que envia remédio para a casa das pessoas. É muito bom politicamente, porque dá voto, mas é muito ruim assistencialmente para essas pessoas. Então não vai voltar, porque tecnicamente é muito danoso para as pessoas. Se fosse bom outros países já teriam aderido. A segunda pergunta é referente se ainda vão receber o servidor paralelo do SISREG aqui no Rio de Janeiro. Ainda não temos, mas está no planejamento do Ministério da Saúde colocar um servidor no Rio Janeiro. Quanto as dúvidas do sistema, os senhores podem acessar no próprio site, cada setor desse site tem um profissional responsável. Os fóruns são atualizados permanentemente. Mas podem enviar as dúvidas para meu e-mail que responderei com maior prazer. Para entrar no sistema de Bolsa Família que pode ser feito pela assistente social, enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo agente ou pelo médico. Cada equipe, cada unidade se organiza para fazer esse lançamento. Qualquer profissional que tenha o CNES pode fazer este lançamento sem problema nenhum. Conselheiro indaga se o usuário pode acessar pelo 1746, os blogs das unidades disponibilizam onde ser atendido e pelo site da Secretaria. As naves do conhecimento também disponibilizam o acesso para saber onde ser atendido e a listagem de farmácia entre outras coisas. Conselheiro indaga como poderá fazer isso? É anual. Então por ano temos uma substituição da média de 12% ou 11% de pessoas que são demitidas ou que saem por outros motivos, que não é considerado muito alto, é um número 11% é bem razoável, na média. Agora, tem locais em que a rotatividade é muito maior. E pode estar ligada a questão da violência, distância e outras coisas. Tenho mais de 7% de transferências que atrapalha a hospitalidade. Então temos 12% de saída, de não permanência e 7% de transferência. Conselheiro indaga sobre a divulgação. **Dr. Daniel Soranz** responde que foram feitos alguns folders que é esse compromisso da Secretaria com os prazos. Não entregamos antes da eleição porque poderia parecer que era campanha eleitoral. Então guardamos os folders, apesar de ser uma informação que daria muitos votos. Por exemplo: tinha gente que tinha uma carteirinha do Hospital de Bonsucesso e fazia tudo no Hospital de Bonsucesso. Vou me tratar com o cardiologista, não faço nenhuma consulta de atenção primária e fico ocupando aquela vaga do cardiologista. É muito confortável porque o sistema foi sempre assim. Mas toda vez que estou consumindo aquele cardiologista com um único paciente, o resultado desse paciente não vai ser bom, pois ele está no serviço errado e vai deixar de ter os benefícios que teria se tivesse tratado no nível de atenção correto. E estará ocupando a vaga de cardiologia de outros pacientes. Então gradativamente estamos espaçando essas consultas na unidade de referência. Então se o seu cardiologista atendia a cada dois meses, agora vai ser uma vez por ano e vai intercalando com consultas de atenção primárias. Porque isso é melhor para o resultado daquele tratamento para aquele paciente. E às vezes o paciente não percebe isso e prefere ser tratado naquela unidade. Se eu quiser estragar o sistema, se eu quiser ser um profissional mal intencionado e quiser gerar problema eu vou simplesmente falar: hoje, o Sr. Ludugério Silva não vai mais se tratar aqui comigo não porque a Secretaria colocou uma regra e com essa regra você não vai mais se tratar comigo. Isso só vai gerar dano. Pois você não explicou ao paciente o porquê dele está sendo colocado em uma unidade de atenção primária porque isso vai trazer melhorias para o desempenho clínico. Você não explicou para ele como vai acontecer esse processo e como vão funcionar essas consultas intercaladas. Ainda tem profissionais mal intencionados na nossa rede, e eles esperam uma mudança mais impopular para jogar sua insatisfação em cima do paciente. Isso tem

acontecido muito, principalmente em algumas unidades mais antigas. Já adverti esses profissionais por escrito quanto a esse modo de tratar. Um deles foi no Hélio Peregrino, na Praça da Bandeira, na Rua do Matoso. Simplesmente chegou para uma paciente que tinha diabetes, insulínica, e disse que não iria tratar mais, pois havia uma regra da Secretaria. A paciente entrou em contato com a ouvidoria e fomos saber o que estava acontecendo com esse profissional. Ele estava fazendo isso com todas as pacientes. Ele foi advertido pela direção. Ainda acontece e vamos precisar acertar isso. Precisa explicar de fato como as coisas vão acontecer. Espero ter respondido todas as questões e estamos à disposição sempre que um conselheiro quiser para fazer alguns ajustes de algumas coisas nesse processo. **Sr. Regina** indagou que nós temos em alguns lugares, você está falando em tecnologia e cada vez mais temos que nos apropriar disso que está chegando. Se vocês estão pensando nessas unidades, essa modernidade vai ter que chegar lá, em alguns lugares tem como se fosse um portal que as pessoas possam chegar ali e saber a rua em que elas estão. Quais são as unidades que atendem o que, nos lugares onde elas moram. Com essa divisão dos territórios. Se vocês estão pensando nessa tecnologia não só para alguns, porque nem todos vão ter essa informação. Se vocês pensam nisso enquanto transparência de informação ou multiplicar as informações para quem acessa essas unidades de saúde. Por exemplo, a televisão que tem nos ônibus poderia servir de modelo, ou se ficaria difícil do usuário mexer. Mas poderia ter unidade de menor complicações onde os usuários conseguissem ver quais são as unidades que fazem o tipo de atendimento mais próximo a sua residência. **Dr. Daniel Soranz** respondeu que foi ótima a colocação, pois temos que estar preocupados com isso porque essas informações não são para nós e sim para os usuários. Está sendo editado um guia do sistema, um guia SUS, já está em ajustes finais. Para essas informações estarem impressas para as pessoas terem mais facilidade de acesso. Igual o guia da RIOTUR que a pessoa tem aquele livrinho. Como é muito grande, vai ser um para cada área da cidade, cada AP terá o seu livro. **Sr. Ludugério Silva** questionou se o pleno está contemplado com as perguntas, pois temos ainda um assunto em pauta que são os Informes, gostaria de agradecer ao **Dr. Daniel Soranz** e dar continuidade. A mesa chamou os conselheiros que se inscreveram para dar informes. Antes a plenária foi informada que o **ponto 5) Necessidade de inclusão da Hormonoterapia para cidadãos Trans em nosso município** foi retirado, pois o palestrante teve que sair e ficará para a próxima reunião. Próximo **item 6) Informes**. **Sra. Sonia Regina**: disse que no último dia 5, tivemos pactuados com a CAP 3.2 e com o Conselho Distrital da AP 3.2, uma reunião onde conseguimos juntar o CRAS, a CAP, o Conselho Distrital, os moradores e principalmente os agentes de saúde novos e os antigos que estavam naquela área e, que ainda estão atuando. De positivo foi tirado que mais uma vez como o Dr. Daniel Soranz acabou de falar da importância dos quadradinhos estarem conversando uns com os outros. E pudemos perceber muito claramente que a realidade do território só vai mudar quando esses quadradinhos realmente se conversarem. E foi muito bom essa promoção porque estávamos dentro de uma comunidade e todos os serviços que eram da diretora de escola, diretora de creche, diretora das unidades e os agentes de saúde que são as pessoas que abordam e fazem a diferença dentro da comunidade. Vimos que foi produtivo. Vimos um quadradinho, o CRAS conversando com a CAP, vendo o que um poderia fazer para ajudar o outro. Mais estreitamente sabendo quem é quem manda, quem é quem podia fazer essa diferença. Só queria deixar registrada esta informação. **Sr. Mauro Pereira**: disse que na verdade o informe é um convite. Na próxima semana, receberemos aqui no Rio de Janeiro, a Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, que tem ainda o debate da Rio +20, o que alcançamos no bojo da Rio +20. Tem uma tríade entre sustentabilidade, economia verde e erradicação de pobreza. Então serão 4 pólos no Rio de Janeiro: Planetário na Gávea, Jardim Botânico, Museu Nacional, na Quinta da Boa Vista e conseguimos levar para Zona Oeste no Centro Esportivo. No Centro Esportivo, estaremos falando sobre a questão da saúde, da dengue e do meio ambiente e também fizemos uma parceria com a CAP 5.2 e com o Conselho Distrital de Saúde da AP 5.2 junto com a ONG Defensores do Planeta. Então quem quiser participar, lá na Zona Oeste será nos dias 16, 17 e 18 de outubro. Na cidade do Rio de Janeiro, começará no dia 15, a abertura no Museu Nacional. Então quem quiser participar serão bem vindos, até porque o assunto de saúde vai ser pertinente junto com o Ministério da Saúde, Universidades, Órgãos

de Pesquisa, Fiocruz, entre outros. Vou deixar em cima da mesa os folders para quem quiser se interessar saber um pouco mais. **Sr. David Salvador:** deu informe a respeito do Conselho Distrital da AP 1.0. Informou que tivemos uma reunião ordinária no Conselho Distrital nesta última quinta-feira. A reunião ocorreu normalmente, com a Comissão Executiva já trabalhando e ainda sem presidente. Disse que não foi possível escolher o presidente lá como os senhores sabem. A Comissão Eleitoral fez uma proposta de nova data para nova eleição, para começar um novo processo eleitoral mas a avaliação pessoal que eu faço é que a coisa esse ano não acontecerá. Porque o mandato da Comissão Executiva vencerá em 31 de dezembro. Nós estamos no dia 9 outubro, acredito ser muito difícil que ocorra alguma coisa agora. Mas de qualquer maneira estamos dando o maior auxílio para que isso possa ocorrer e transcorrer da melhor maneira. O fato é que lá tem duas candidaturas que não conseguem obter a maioria do seu colegiado. Então precisamos, na verdade, ter um consenso entre as duas candidaturas, com uma abrindo mão em favor da outra, ou que surja um terceiro nome que seja capaz de agregar e trazer consigo a maioria do Colegiado. De qualquer maneira o Conselho Distrital não está parado porque a Comissão Executiva está tocando os trabalhos. Esse era o informe. Outro informe é sobre a Metropolitana I que tem que se reunir. Nós sabemos que fomos representados no Conselho Estadual de Saúde através da Metropolitana I, pois o Conselho Municipal do Rio Janeiro não tem uma representação direta no Conselho Estadual. Ele é representado através da Metropolitana I, que é o conjunto de municípios que se reúnem e defendem sua região no Conselho Estadual. A Metropolitana I tem se reunido ordinariamente a cada mês, e montou uma Comissão para elaborar um Seminário a respeito dos serviços prestados pelo Estado na região. Então a Metropolitana I quer ver como anda a regulação estadual na região. Se falarmos do município do Rio de Janeiro é fácil pelo volume de serviços que temos aqui na cidade. Agora se a formos falar de um município como Seropédica, Magé e outros então veremos que o serviço é praticamente nenhum. E depende muito do Estado e da capital. Portanto, esse seminário, a intenção é trazer o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde para ver como é que anda essa regulação, para discutir com os conselheiros dessa região. Estão participando como nossos representantes na comissão desse Seminário os Conselheiros Alessandro e Roque. A comissão vai se reunir no dia 18 de outubro, em Queimados, e a reunião ordinária deste Fórum da Metropolitana I será no dia 25 de outubro. **Sr. Miguel:** é só para entendermos essa Metropolitana. Sete municípios dessa Metropolitana tem a população menor do que Rio das Pedras. É só para se entender onde estamos contextualizados. Na realidade, nós pertencemos a uma Metropolitana de sete municípios que são menores que a população de Rio das Pedras. É só isso. **Sr. Ludugério Silva** informou que este ponto era para informes e não levantamento de discussões. O **Sr. David** informou que está preocupado com essa questão a representação do Conselho Municipal no Conselho Estadual. **Sr. Rogério disse que o Conselho Estadual** não traz nenhuma informação. E na Conferência, às vezes, os delegados ficam brigando para ter assento na Conferência Estadual. Eu sinto pelo fato do município do Rio de Janeiro ainda não está representado no Conselho Estadual. Não havendo mais nada a ser informando foi encerrada a reunião cuja ata eu Wagner Ubiratan Candido Alves a dou por lavrada e a assino em conjunto com o Sr. Ludugério Antonio da Silva, que coordenou a Mesa dos trabalhos como substituto do presidente deste Conselho Dr. Hans Fernando Rocha Dohmann.

Wagner Ubiratan Candido Alves

Ludugério Antonio da Silva