

**ATA DA 172ª REUNIÃO ORDINÁRIA
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA
(18 DE SETEMBRO DE 2007)**

Aos dezoito dias do mês de setembro de dois mil e sete, às dezenove horas, no Auditorium Samuel Pessoa da Villa da Saúde, após a constatação do quorum necessário, reuniram-se os membros do Conselho Municipal de Saúde, para a centésima septuagésima segunda reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, tendo como pauta: **1. Aprovação da Pauta para a 172ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde; 2. Informes; 3. Prestação de Contas do FMS referente ao mês de julho de 2007; 4. Relato da Comissão do Pronto Socorro Referenciado; 5. Deliberação de data para realização da Plenária Especial Extraordinária dos Delegados da 10ª Conferência Municipal e encaminhamentos administrativo; 6. Atendimento de Especialidade no Município de Londrina; 7. Parecer do Conselho Municipal de Saúde sobre o Projeto de Lei 338/2007.** Marlene Zucoli dá início a reunião dando as boas vindas a todos e registra a presença dos alunos e alunas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina e Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Aplicação. A seguir coloca em apreciação a pauta para a 172ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde com sugestão de inversão do ponto 4 - Relato da Comissão do Pronto Socorro Referenciado para ponto 2 e inclusão do ponto Complexo Regulador, **sendo aprovada a pauta com as alterações sugeridas.** Marlene registra que as atas ainda estão atrasadas em função do acúmulo de trabalho devido as conferências mais que em breve estarão regularizadas. **A seguir passa-se ao item 1 da pauta: Relato do Pronto Socorro Referenciado: Dr César Marson** cumprimenta a todos e agradece a antecipação da pauta. Faz breve relato sobre sua fala na reunião do mês de julho sobre a implantação da classificação de risco. Como complemento da proposta do Pronto Socorro Referenciado apresenta a Classificação de Risco, que deverá futuramente com algumas mudanças, ser implantada também nas Unidades Básicas de Saúde 16h00 e 24h00. Dr. Cesar Marson explica que o primeiro objetivo é ordenar a porta de entrada da urgência e emergência para garantir que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro e direcionar para as Unidades Básicas de Saúde as consultas que não deveriam estar em Pronto Atendimento ou em atendimento em Hospital Terciário ou Secundário. Esclarece que essa implantação será feita de forma ordenada e objetiva para otimizar o atendimento e que a classificação de risco está dentro do Programa HumanizaSUS do Ministério da Saúde, e além de ordenar o atendimento o mesmo será mais humanizado, pois os pacientes ao chegarem nas Unidades serão acolhidos por uma equipe que de acordo com a ficha avaliará os dados vitais, outros sinais importantes, inclusive a dor que faz parte dos sinais vitais dentro dessa classificação e estratificar esses pacientes em quatro níveis de urgência, que podem ser chamados de 1 (vermelho), 2 (amarelo), 3 (verde) e 4 (azul), que foram adotadas para serem facilmente visualizadas. Pacientes vermelhos devem ser atendidos imediatamente, pois são pacientes com risco de morte ou função; os pacientes amarelos, devem ser atendidos na urgência e emergência, mais que naquele momento não correm risco de morte ou função; os pacientes verdes são os que devem ser atendidos na unidade em que se encontra, só que somente após o atendimento as prioridades que são os vermelhos e amarelos. Dr. Cesar explica ainda que essa classificação deverá ser dinâmica e terá que haver uma organização rígida, pois o paciente classificado como amarelo, após trinta minutos poderá ser vermelho, não podendo portanto ser esquecido e sim ter seu atendimento agilizado. Os pacientes azuis são pacientes que não devem estar naquela unidade, pois não necessitam de atendimento de urgência. As equipes das unidades serão treinadas para desenvolverem seu trabalho de forma adequada e responsável. Dr. Cesar diz também que a classificação não é a mesma para os hospitais terciários e secundários, bem como para o Pronto Atendimento Municipal, pois a classificação do Pronto Socorro do Hospital Universitário não será igual a

54 do PAM, pois existe diferença nos níveis de urgência, no caso do paciente azul, e que o
55 vermelho será urgência em qualquer unidade; esclarece que na ficha consta a queixa do
56 paciente, dados de sua história, medicamento que faz uso, se necessita de ambulância, se
57 pode se deslocar por meios próprios quando encaminhado a outra unidade, o nome do
58 enfermeiro e do médico responsável pelo encaminhamento; a ficha fica no serviço de
59 saúde e outra ficha semelhante é entregue ao paciente, constando todos os dados
60 avaliados dizendo para onde ele está sendo contra referenciado. Dr. Cesar conclui dizendo
61 que é necessário o referendo do Conselho sobre classificação de risco uma vez que o
62 projeto já foi avaliado há dois meses. Diz ainda que já se pensa em um projeto piloto de
63 classificação de risco para o Pronto Atendimento Municipal, pois já existem outras
64 instituições trabalhando dessa forma, tais como a USP, a UNICAMP, o Hospital Mario
65 Gatti, e que essa classificação deverá ser feita com muita habilidade e respeito aos
66 pacientes, procurando sempre orientar sobre como utilizar os serviços de saúde. Dr. Cesar
67 Marson se coloca a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário.
68 **Marlene Zucoli** esclarece que nos serviços próprios a idéia inicial é implantar no Pronto
69 Atendimento Municipal e Pronto Atendimento Infantil, de forma profissionalizada, e que o
70 paciente que não for atendido em função de ser rotina da Unidade Básica de Saúde, será
71 contra referenciado com o visto do médico e que tudo será feito de forma gradativa para
72 que a população se acostume com o fluxo de urgência no município. **Joel Tadeu** pergunta
73 se Dr. Cesar Marson está assumindo só a questão do Pronto Socorro Referenciado ligado
74 a alguma diretoria ou se está assumindo uma Diretoria. **Marlene Zucoli** esclarece que Dr.
75 Cesar Marson é o novo Diretor de Serviços Especiais, que abrange o SAMU/SIATE, PAM
76 e PAI, Maternidade e SID. **César Marson** diz que a discussão do Pronto Socorro
77 Referenciado e da classificação de risco é feita por uma comissão que conta com a
78 participação de conselheiros e que já se reúne há mais ou menos dois anos. **Joel Tadeu**
79 diz que o que se espera com a implantação experimental da classificação de risco no PAM
80 e que tem que haver humanização com otimização, sendo que o treinamento para o PAM
81 e para as Unidades Básicas deverá ser sério e ágil, para que a avaliação seja
82 rigorosamente correta. **Isaltina** pergunta qual a composição da equipe que fará a
83 avaliação de risco, se tem o profissional médico, pois muitas vezes o encaminhamento
84 que é recebido no hospital está assinado pelo auxiliar de enfermagem. **Elizabeth B.**
85 **Candido**, pergunta quanto a preparação da equipe que fará a avaliação, pois deverá haver
86 critérios de avaliação, pois o usuário com dor quer ser atendido, e até que ponto essa dor
87 será valorizada; diz ainda que tem muita preocupação com o paciente que vem da zona
88 rural que não tem a mesma característica da zona urbana. **Rosalina Batista**, diz que na
89 Comissão do Pronto Socorro Referenciado também foi discutido o suporte das Unidades
90 16h00 para apoio aos hospitais, na questão dos encaminhamentos; outro ponto é de como
91 se dará a informação para a sociedade desse encaminhamento e que como conselheira
92 entende que o fortalecimento do Programa de Saúde da Família em locais de conflito
93 poderá auxiliar na avaliação dos pacientes azuis, e que em todo esse processo a
94 humanização tem que ser priorizada para que haja sucesso nessa implantação. **Ana**
95 **Paula** pergunta qual a duração do projeto piloto, qual é o planejamento para informar a
96 comunidade sobre qual serviço ela deverá procurar; em que situações, inclusive os
97 critérios da avaliação de risco e como se dará a remoção do paciente que deverá ser
98 contra referenciado; se a avaliação será extensiva aos pacientes em procura direta e os
99 encaminhados via SAMU e SIATE, uma vez que entende que os enviados via
100 SAMU/SIATE não precisam passar por essa avaliação de risco. **Orides** diz que esse
101 trabalho também já está sendo implantado no Hospital Zona Sul no sentido de não atender
102 mais o paciente por ordem de chegada e sim por critério de prioridade, e para isso a
103 equipe do Hospital está sendo treinada. Esclarece que os pacientes ainda não estão
104 sendo contra referenciados para as Unidades de Saúde, pois estão em fase de
105 classificação até que as Unidades Básicas estejam preparadas para este atendimento;
106 lembra também que é fundamental o papel da Administração Pública na divulgação à

107 população sobre o Pronto Socorro Referenciado. **Adilson Castro** cumprimenta a todos e
108 justifica a ausência da conselheira Sônia Petris, e diz que se preocupa com esta questão,
109 pois quando pensa na frequência que se tem muitas vezes de 04 atendimentos por dia ao
110 mesmo paciente, pois pela manhã a mãe procura atendimento na Unidade de Saúde, a
111 tarde o PAI, a noite o Hospital Zona Sul e pela madrugada o Hospital Universitário, não
112 tem financiamento que consiga dar suporte a esse círculo, portanto acha que o caminho é
113 o do Pronto Socorro Referenciado com a classificação de risco e que o mesmo tem que
114 ser feito com muita parcimônia; esclarece que está sendo feita uma experiência no
115 Hospital Zona Sul envolvendo não só a questão do atendimento, mais do acolhimento
116 priorizando os pacientes graves. **Dr. Cesar Marson** respondendo aos questionamentos diz
117 ao conselheiro Joel Tadeu que a preocupação do conselheiro é a do serviço também, pois
118 o objetivo é de garantir que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro e
119 minimizar os acontecimentos referidos por Dr. Adilson pois o paciente fica perdido no
120 sistema, pois tendo várias portas abertas ele as procura de acordo com o seu
121 entendimento e não de acordo com orientação adequada; diz que para ser feita a
122 avaliação de risco a equipe tem que estar entrosada, saber o que está falando e ter muita
123 responsabilidade; garante que nenhum paciente será liberado sem a ciência ou
124 conhecimento do médico responsável; esclarece que quem faz a coleta e a avaliação dos
125 dados é a equipe de enfermagem, pois se os médicos forem fazer a avaliação de risco
126 deixará de atender os pacientes graves, portanto tem que haver uma sintonia entre a
127 equipe e isso demora um pouco. Com relação a zona rural é uma questão mais delicada e
128 que existem algumas exceções que devem estar prevista nesta classificação, pois se o
129 usuário não teve o atendimento em sua UBS por algum motivo ele deverá ser atendido, o
130 mesmo não deverá retornar a zona rural sem atendimento, para isso existem as regras e
131 as exceções que dependem de todos, e para um trabalho pautado na humanização esse
132 tipo de problema não deverá ocorrer, em contrapartida deverá haver também na zona rural
133 a orientação necessária para essa demanda espontânea. **Dr. Cesar** esclarece também
134 que a classificação de risco não é uma experiência e sim um projeto piloto para saber qual
135 a melhor forma de ser implantada essa nova metodologia. Diz ainda que as equipes
136 passarão por treinamento e a princípio nenhum paciente será dispensado só será feita a
137 classificação dentro da Unidade e se iniciará o processo de orientação. Sobre o
138 esclarecimento a população diz que após o aval do Conselho é que se iniciará esse
139 processo de orientação à população, solicita inclusive aos conselheiros que possam
140 auxiliar nesta fase do projeto, e se coloca a disposição para participar juntamente com sua
141 equipe a reuniões de esclarecimentos a comunidade. Continuando Dr. Cesar Marson diz
142 que a classificação de risco é para os pacientes que fazem procura direta, pois os que são
143 encaminhados via SAMÚ já foi feita a avaliação de risco, e os pacientes que são somente
144 transportados das Unidades pelo SAMÚ entende que deverá haver dentro daquela UBS a
145 avaliação de risco daquele paciente. Quanto a fase experimental o tempo deverá ser
146 provavelmente de três a seis meses após o início dos treinamentos; quanto ao paciente
147 avaliado e que precisa de transporte para retornarem a residência ou ao destino da contra-
148 referência, alguma coisa está errada, pois se ele necessita de transporte deverá ser
149 atendido aonde está; quanto ao paciente que está sendo contra-referenciado para a
150 Unidade Básica para atendimento no outro dia, este tem condição de ir com seus próprios
151 meios. Esclarece que a demanda para as Unidades será progressiva e que o paciente
152 contra referenciado à Unidade deverá ser atendido imediatamente e não após vários dias.
153 **Marlene Zucoli** diz que faz parte de um projeto maior, serem colocados em pontos
154 estratégicos plantões regionais, no Maracanã/Panissa, Itapoã, Cabo Frio e Lindóia, e que
155 para isto está sendo feito um estudo técnico de fluxo de demanda; o concurso público já foi
156 realizado e estão sendo convocados os profissionais para contratação, e que isto é uma
157 reorganização do atendimento de urgência do município e que apesar de não se estar
158 conseguindo recompor todas as equipes do PSF, foi colocado de volta na maioria das
159 Unidades o clínico geral e que o PSF é uma estratégia de incentivo do Ministério da Saúde

160 para que o município se aproprie da estratégia de saúde da família e o que devemos ter
161 organizada a atenção básica, seja com equipe formal preconizada pelo Ministério da
162 Saúde ou seja quando há mudança de comportamento da comunidade e da equipe quanto
163 a assistência. **Paulo Roberto Vicente** pergunta se o paciente que chegar ao hospital com
164 febre ou dor de cabeça será contra referenciada para a Unidade de Saúde após ser
165 medicado ou não receberá medicação? E se houver intercorrência durante o
166 deslocamento do paciente o médico que assinou a avaliação de risco será
167 responsabilizado? **Rosalina Batista** diz que entende que as equipes de saúde da família
168 devem mesmo ser incorporadas a atenção básica. **Dr. Paulo Nicolau** diz que quanto ao
169 protocolo da avaliação de risco, sua referência é sobre a escala da avaliação da dor, e que
170 seria interessante deixar um espaço para que o funcionário que preencher a avaliação
171 relate o que o paciente diz; outra observação é que o espaço para a queixa atual deverá
172 ser maior e na avaliação que o médico designasse exatamente o que gostaria de ser
173 observado, exemplo: escoriações, machucados, quedas, etc. e aonde está assinalar com
174 X a resposta apropriada que pudesse ser substituído por doenças pré existentes sabidas e
175 por último que o paciente ou o responsável pelas informações também assinassem a ficha
176 como responsável pelas informações prestadas, não ficando assim a responsabilidade só
177 para o auxiliar que preencheu a ficha de avaliação e ainda que fosse colocada nessa ficha
178 o horário de atendimento. **Dr. Rubens Martins** diz que de acordo com a legislação vigente
179 a consulta é um ato médico e que deve ser exercida pelo médico, e ao que parece na
180 avaliação de risco muitas vezes o médico nem verá o paciente e que os médicos apesar
181 de serem funcionários do município devem respeitar a legislação vigente no Conselho
182 Regional de Medicina, portanto gostaria de saber se foi feita alguma consulta ao CRM e,
183 pergunta ainda se esse procedimento está sendo adotado por falta de médicos no serviço
184 público. **Dr. Cesar Marson** diz que sempre que foi pensado em triagem médica em Pronto
185 Socorro, ninguém quis fazer e assumir a responsabilidade de dispensar um paciente,
186 portanto se procurar o médico para fazer a triagem não se encontrará, quanto a questão
187 do CRM concorda plenamente com o ato médico e a decisão de consulta é do médico,
188 uma vez que o paciente não será dispensado sem que ele faça uma avaliação dos dados
189 constantes na ficha de avaliação de risco e que a consulta ao CRM poderá ser feita se o
190 Conselho entender que é necessária. **Dr. Rubens** diz que entende ser necessária a
191 consulta ao CRM para que tanto os médico como a população sejam protegidas de futuras
192 eventualidades que poderão trazer prejuízos para as duas partes. **Dr. César** diz que a
193 ficha de avaliação de risco é justamente para que a responsabilidade seja somente para
194 aquele momento do atendimento e não para dois ou três dias após o encaminhamento do
195 mesmo e que a sugestão dada por Dr. Paulo Nicolau do paciente também assinar a ficha é
196 muito pertinente, pois fica co-responsável pelas informações prestadas. **Marlene Zucoli**
197 esclarece ao Dr. Rubens que não faltam profissionais médicos no serviço público e que
198 Londrina está inclusive acima da média de consulta por habitante/ano, pois o pactuado no
199 estado é de 1,9 consulta por habitante/ano e Londrina já realiza uma média de 3 consultas
200 por habitante/ano o que dá mais ou menos uma média de 1 consulta a cada três meses,
201 portanto este serviço não está sendo implantado por falta de profissional médico e sim
202 para criar um fluxo para que cada paciente seja atendido no nível de resolutividade
203 compatível com o seu problema, seja na atenção básica, no pronto socorro do Zona Norte
204 ou Zona Sul ou ainda Santa Casa, Evangélico ou HU e que algumas particularidades
205 deverão ser observadas inclusive a procedência do paciente. **Dr. Paulo Nicolau** faz
206 sugestão de algumas modificações na ficha para que ela possa ser preenchida pelo
207 próprio paciente. **Dr. Cesar Marson** diz que os termos técnicos usados na ficha de
208 avaliação são do Programa de Humanização do Ministério da Saúde e não deverão ser
209 alterados. **Marlene** diz que estes procedimentos já são realizados todos os dias nas
210 Unidades Básicas pela enfermagem que avalia o paciente e toma uma decisão técnica. O
211 que está sendo proposto agora é um documento que respalde toda equipe inclusive o
212 paciente. Diz que para a implantação haverá o processo de capacitação das equipes,

213 esclarecimentos a comunidade, e ao implantar todos os pacientes serão atendidos,
214 independente da cor da ficha até que a equipe tenha autonomia para contra referenciar os
215 pacientes e que isto deverá ocorrer ao mesmo tempo em que os seis pontos estratégicos
216 de plantão de seis horas estiverem funcionando na cidade, além dos 16h00 e 24h00, por
217 isso não há perda para o paciente e nem desassistência e que se houver algum conflito o
218 serviço deverá responder uma vez que há um protocolo estabelecido. Diz ainda que
219 deverá demorar uma mês para iniciar-se esse processo, mais um mês de atendimento
220 sem dispensa de paciente, provavelmente no mês de novembro e em dezembro com
221 alguns encaminhamentos para a Unidade Básica o que dará uma noção de percentual e
222 qual o impacto que os conselheiros e a comunidade irão sentir. **Marlene** encaminha para
223 votação e **é aprovada a implantação da avaliação de risco, com consulta ao Conselho**
224 **Regional de Medicina e acompanhamento permanente da Comissão do Pronto**
225 **Socorro Referenciado. A seguir passa-se ao item 2 da pauta: Informes: Paulo**
226 **Roberto Vicente**, informa que dias 06, 07 e 08 de setembro houve a Conferência da
227 Pastoral da Saúde a qual não pode comparecer por ser delegado da 10ª Conferência
228 Municipal de Saúde de Londrina, e que a mesma tratou sobre a prorrogação da CPMF,
229 envelhecimento da população, EC-29, ou seja uma Conferência muito rica de debate e
230 deliberação; informa ainda que 14, 15, 16 e 17 de novembro acontecerá em Uberlândia –
231 MG, a Conferência Nacional da Pastoral da Saúde, onde serão debatidas as diretrizes da
232 Pastoral para o ano de 2008 em todo o Brasil. **Natal de Oliveira** diz que foi escolhido para
233 ser representante do Conselho Municipal de Saúde, no Conselho Fiscal do Cismepar e a
234 convocatória para a reunião do dia 04 foi colocada no correio no dia 03, portanto não
235 chegou em tempo, solicita que essa correspondência seja enviada com antecedência.
236 **Neusa Maria dos Santos** informa sua participação enquanto representante do Conselho
237 no II Seminário Estadual de DST/AIDS e como não recebeu material antecipado, assim
238 que estiver de posse do CD gravado por Rosângela Alvanhan passará para o Conselho,
239 ressalta a importância da fala do Ministério Público do Estado do Paraná durante o evento
240 e se coloca a disposição para participar da Comissão Municipal de DST/HIV/AIDS, diz
241 ainda que recebeu convite para participar de atividade da Comissão de Direitos Humanos
242 sobre pessoas vivendo com doenças crônicas e dentre as várias deliberações aprovou-se
243 um abaixo assinado para sensibilização do governo do estado para que esses usuários
244 possam receber a medicação de alto custo que fazem uso; o abaixo assinado conta com
245 15.000 (quinze mil) assinaturas e em breve será entregue. **Joel Tadeu Correa** diz que
246 também faz parte do Conselho Fiscal do Cismepar e não recebeu correspondência em
247 tempo hábil, mais que foi informado por telefone da reunião do dia 04 e a alteração da data
248 da mesma, solicita que a correspondência seja enviada tanto ao titular como ao suplente
249 e que em caso de atraso seja feito o contato telefônico com o suplente também, informa
250 que haverá tele conferência na próxima segunda-feira, sobre o financiamento da saúde,
251 sobre a EC-29 como informações importantes para a 13ª Conferência Nacional de Saúde.
252 Ressalta também a fala do Ministério Público Estadual durante o II Seminário Estadual de
253 DST/HIV/AIDS sobre Fundações, que já havia sido tratada durante a 10ª Conferência
254 Municipal de Saúde pelo palestrante representante da CONAN, Sr. Wander. **Elizabeh**
255 **Bueno Candido** informa que participou nos dias 30 e 31 de agosto em Curitiba no I
256 Encontro Regional do Projeto Pró Saúde em que estiveram presentes os cursos de
257 odontologia e medicina de Santa Catarina, Londrina, Maringá e Curitiba sendo muito
258 proveitosa a troca de experiência, e que os projetos do Paraná e Santa Catarina tem as
259 mesmas preocupações; ressalta que Londrina está bastante adiantada nessa discussão;
260 outro detalhe importante é que só Londrina contava com participação de representante do
261 segmento de usuários. **Rosalina Batista** informa que também faz parte do Projeto Pró
262 Saúde e que foi aprovado pelos membros participantes uma verba para capacitação de
263 conselheiros locais de saúde e que próxima semana já se fará um esboço desse projeto;
264 que foi muito importante a capacitação oferecida pelo Ministério da Saúde, pois o Pró
265 Saúde, reforça a formação do aluno de medicina e odontologia, pois a integração com a

266 população e o serviço acontece na prática; informa ainda que na próxima segunda feira
267 será realizada na Câmara Municipal de Londrina, Audiência Pública sobre medicamentos
268 de alto custo; Rosalina diz que participou de Conferências de Saúde em Itajaí e São Luiz
269 do Maranhão representando Londrina e que o avanço conquistado em nossa cidade é
270 evidente, pois se faz saúde a quatro mãos dentro do Conselho Municipal de Saúde, existe
271 o respeito a todos os segmentos o que não acontece em outros municípios; e por último
272 que na sexta feira passada a Unidade de Saúde do Itapoã fechou as 13h00 e os técnicos
273 juntamente com a comunidade fizeram um planejamento local de forma muito positiva e
274 inovadora. **Jeremias Brizola** fala sobre a superlotação do Pronto Socorro do Hospital
275 Universitário em virtude do início das obras para reforma e ampliação do mesmo e pede a
276 compreensão de todos e a colaboração no sentido de divulgar essa dificuldade. **Marlene**
277 diz que em fala anterior do Dr. Francisco Eugenio em reunião do Conselho a ala feminina
278 deveria se mudar para a ala nova, podendo assim ser ampliado o espaço de atendimento
279 em alguns leitos, pergunta se já houve essa mudança. **Jeremias** responde que ainda não
280 ocorreu essa mudança. **Dr. Adilson Castro** informa que a Secretaria de Estado da Saúde
281 está acompanhando o movimento sobre medicamentos especiais originado pela Ordem
282 dos Advogados do Brasil – Seção Londrina, juntamente com o Ministério Público e
283 Câmara Municipal de Londrina e que o estado enquanto instituição é obrigada a recorrer
284 de toda sentença que não lhe é favorável em todas as instâncias pertinentes, e que no
285 momento oportuno o Secretário de Saúde se pronunciará. **Sônia Nery** procedendo aos
286 informes da Diretoria Executiva diz que a cesta básica do Programa de DST/HIV/AIDS
287 conforme posição da Secretaria de Gestão é que será realizada compra dos itens faltantes
288 na cesta básica e que a compra das mesmas completas será regularizada o mais rápido
289 possível; fala da campanha de prevenção de câncer uterino que está sendo realizada
290 durante o mês de setembro em horário diferenciado para as mulheres que trabalham;
291 quando ao último levantamento do índice de infestação do Aedes Aegypti realizado entre
292 03 e 06 de setembro apresentou o menor índice, ou seja, 0,1%, que é bem menor que o
293 preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 1%, graças ao esforço e trabalho da
294 equipe juntamente com a comunidade, e que o alerta deverá continuar. **Cristiane Fujita**
295 diz que viu com tristeza o esvaziamento da plenária eleitoral por todos os segmentos,
296 tendo permanecido somente os que estavam interessados nas vagas para entidades
297 conselheiras; quanto a Associação Médica que tem representação no Conselho
298 estabelecida em Lei, não estavam presentes durante a Conferência não tendo participado
299 nem mesmo da Pré Conferência do Segmento de Trabalhadores, propõe que seja alterada
300 a Lei nº 4.911, que instituiu o Conselho, flexibilizando a participação de outros
301 trabalhadores que comparecem aos eventos da saúde; informa ainda sua participação na
302 Plenária de Trabalhadores realizada no dia 10 de setembro para escolha dos delegados à
303 8ª Conferência Estadual de Saúde, dirigida por Dr. Gilberto B. Martin e Maria Elizabete,
304 onde várias entidades compareceram com seus representantes e assinaram a lista de
305 presença e foram embora, porém o critério estabelecido no regimento daquela plenária era
306 que o delegado eleito deveria estar presente ao final para ser homologado, portanto os
307 que não estavam não puderam ser eleitos. **Dr. Paulo Nicolau** diz que enquanto prestador
308 agradece ao esforço do gestor municipal quanto a otimização de recursos e coloca que
309 existirá um colapso da assistência terciária na área de saúde mental, pois apesar dos
310 esforços não há reajuste adequado das diárias para atendimento aos pacientes e nem
311 remuneração digna aos profissionais, portanto deveremos unir esforços para que se mude
312 essa realidade. **Argéria Narciso** informa que o aparelho de foto coagulação do Hospital
313 de Clínicas foi consertado e o atendimento já foi retomado; quanto a Comissão Municipal
314 de DST/HIV/AIDS a mesma tem encontrado algumas dificuldades e uma delas é quanto a
315 elaboração do PAM-2008 que a Comissão não concorda em elaborar um plano para não
316 ser executado, sugere que na próxima reunião seja pauta a Comissão Municipal para
317 sua reestruturação e para discussão das dificuldades da execução do PAM 2007, pois
318 nem as oficinas de prevenção foram realizadas pela não liberação da Secretaria de

319 Gestão; diz ainda que estão sendo encaminhados ofícios aos Conselhos Locais e outras
320 entidades convidando a enviar um representante para participar como membro da
321 Comissão e que seria muito importante essa adesão. **José Barbosa** fala da realização no
322 dia 10 de limpeza no Ribeirão Quati em parceria com o poder público como ação e
323 combate a dengue, deliberação essa do CONSOESTE. **Marlene Zucoli** procede aos
324 informes da Secretaria de Saúde, primeiramente esclarecendo que com relação ao
325 Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, que também é de sua responsabilidade enquanto
326 Secretária, foi realizado um levantamento dos pontos considerados problemas pela
327 gerente do setor Rosângela Alvanhan, sendo que os três pontos considerados grave eram
328 as Oficinas, Capacitação e Contrato da Sociedade Civil, diz que o esclarecimento é
329 constrangedor mais tem que ser feito para que não paire nenhum mal entendido sobre o
330 fato. Em dezembro de 2006 em reunião de trabalho e foi traçado como seriam elaborados
331 os contratos com as entidades, em seu entendimento o trabalho seria seqüencial, mas
332 para sua surpresa quando indagou a Secretaria de Gestão sobre a demora desses
333 contratos, foi informada que não haviam sido protocolados naquela Secretaria, perguntado
334 a gerente Rosângela quando foram entregues os documentos foi informada que os
335 mesmos não haviam sido elaborados dentro da Secretaria de Saúde, portanto não se pode
336 responsabilizar a Secretaria de Gestão quando o problema é gerencial e operacional da
337 Secretaria de Saúde; esclarece ainda que considerava que o documento que tratava do
338 assunto era interno para que fosse corrigido o erro, e a gerente já foi advertida que
339 deveria corrigir o erro uma vez que ela não fez a atividade, mas como o documento não
340 ficou interno e o mesmo está acusando terceiros, é uma questão a ser resolvida pela
341 Secretaria de Saúde. Marlene diz que com relação ao planejamento estratégico colocado
342 pela conselheira Rosalina diz que foi desencadeado o processo na Secretaria de Saúde, e
343 que ela e a Sônia Nery estão conduzindo o mesmo e dando a aula de planejamento
344 estratégico e distribuindo tarefas e que já foi formado um colegiado local para executar
345 essas tarefas e que é muito gratificante ouvir que além da Unidade de Saúde estar
346 executando as tarefas está envolvendo a comunidade como parceira. Em relação a
347 questão psiquiátrica na reunião da Comissão Intergestores Bipartite foi e está sendo
348 considerado muito sério, o recurso repassado por internação/dia é muito pequeno, e assim
349 que terminarem as contratualizações com os Hospitais Evangélico e Santa Casa e Instituto
350 de Câncer de Londrina será dado início o trabalho com a parte de psiquiatria para a
351 contratualização, diz ainda que com relação a leitos para adolescentes o estado lançará
352 nos próximos dias um credenciamento para contratação de 150 leitos para atendimento
353 em saúde mental no estado do Paraná e Londrina é cidade de porte que deverá ser
354 contemplada com aproximadamente 40 leitos com um repasse de R\$54,00 (cinquenta e
355 quatro reais) a diária, que é um diferencial mais é especificamente para
356 adolescentes. **Sônia Anselmo** registra a presença das aluna do 4º ano de enfermagem da
357 Unifil que estiverem colaborando enquanto monitoras na 10ª Conferência Municipal de
358 Saúde de Londrina; parabeniza os aniversariantes do mês: Dr. Paulo Nicolau, Dr.
359 Nobuaqui, Rosalina Batista e Irene de Jesus; justifica a ausência dos conselheiros: Sônia
360 Maria de Almeida Petris, Marcos Rogério Ratto e Éder Pimenta. Informa o recebimento de
361 correspondência do CONCENTRO que indica o Sr. Natal de Oliveira para assumir a
362 titularidade no Conselho. Notícia sobre o II Treinamento de Suporte Básico e Vida de
363 Londrina, que faz parte da comemoração dos 40 anos do curso de medicina da UEL com
364 400 vagas e os interessados deverão se dirigir ao Edifício Júlio Fuganti, sala 110, sendo
365 que para cada Conselho Local de Saúde e lideranças comunitárias, estão sendo
366 disponibilizadas duas vagas e a inscrição custará R\$5,00 (cinco reais), com direito a
367 lanche. **Dulcelina** informa que está sendo organizada para o dia 02 de outubro das 08h00
368 às 12h00 no Auditório do Contour uma mesa redonda para ser debatida a Saúde do
369 Trabalhador, com a participação do SUS, do Ministério Público do Trabalho, do INSS, do
370 Ministério Público de Direitos Constitucionais, sendo que maiores informações poderão ser
371 obtidas através do telefone 3376-1852. Informa ainda que a data base dos bancários é em

372 setembro e está em rodada de negociação, e que os bancários deverão entrar em greve
373 por tempo indeterminado. **Dr. Adilson Castro** solicita a possibilidade de transferir a pauta
374 sobre o Parecer do Projeto de Lei 338/07 para a próxima reunião, pois não poderá
375 permanecer até o final desta reunião, sugestão acatada por todos. Passa-se ao item **3 da**
376 **pauta: Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde referente ao mês de julho**
377 **de 2007: Ubirajara** primeiramente apresenta a MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DA
378 CONTA GESTÃO PLENA, MÊS DE JULHO DE 2007: Saldo Anterior - R\$3.827.145,36,
379 RECEITAS - R\$8.235.108,54, Teto Financeiro R\$5.791.108,65; Ações Estratégicas (extra-
380 teto) R\$2.419.014,28; Acomp. Pac. Saúde Mental 04-05/07: R\$118.168,10; Acomp. Pac.
381 04-05/07: R\$319.038,85; Acomp. Pós Transplante: R\$79.052,53; Acupuntura 04-05/07:
382 D\$1.350,00; AIDS FAEC S.I.A. 04-05/07: R\$6.120,00; AIDS FAEC AIH -3/07: r\$4.060,00;
383 Assistenc. Domiciliar 04-05/07: R\$3.876,00; Assist. Pré Natal: R\$11.480,00; Câncer de
384 colo Uterino 04-05/07: R\$8.738,66; CEREST 01/07: R\$30.000,00; Cirug. Eletiv.Media
385 Complexidade 05 e 06/07: R\$238.039,88; C.E.O 06/07 R\$24.200,00; Detecção
386 Deficiência Auditiva 05/07 R\$173.337,00; Fisioterapia 04-05/07: R\$5.298,20; Humanização
387 do Parto 04-05/07: R\$4.330,00; Inibidor de Lactação 03/07: R\$95,24; Leucemia mielóide
388 04-05/07: R\$215.500,00; Prótese Dentária 04-05/07: R\$4.890,00; Psicodiagnóstico 04-
389 05/07: R\$274,00; Reabilitação 04-05/07: R\$255.931,13; Registro Civil e Nascto. 0/07:
390 R\$1.520,00; Samu 06/07 R\$149.000,00; Sífilis 03/07: R\$535,00; Terapia e Psicoterapia
391 04-05/07: R\$12.956,80 Terapia Renal Substitutiva 04/07 R\$708.719,86; Tuberculose 04-
392 05/07: R\$2.919,00. **Receita Patrimonial:** R\$24.626,38; rendimento de aplicação em
393 julho/07 – R\$24.626,38; Receitas Diversas: R\$359,23; Devolução adiantamento R\$359,23.
394 DESPESAS: Repasses Credenciados SUS: R\$5.805.902,66; Cirurgias Eletivas:
395 R\$147.302,30; Fatura Ambulatorial PJ: R\$2.571.503,63; Fatura Hospitalar AC/MC PJ:
396 R\$1.776.331,51; SIA Ações Estratégicas R\$572.673,26; TRS: R\$738.091,96; SIH Ações
397 Estratégicas R\$0,00; Serviços do Município: DESPESAS: R\$858.058,90; Fat. Amb/Hosp
398 A.M.S (MC/AC) - R\$854.788,90; Tratamento Fora do Domicílio R\$3.270,00; RESUMO
399 GERAL DA GESTÃO PLENA - julho/07: Saldo Parcial: DÉBITO: R\$6.663.961,56;
400 CRÉDITO: R\$8.235.108,54; SALDO: R\$5.398.292,34; Transferências julho/07 – DÉBITO:
401 R\$555.553,12; Saldo em 31/07/2007 R\$4.842.739,22. MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA
402 DA CONTA PAB – MÊS DE JULHO DE 2007. Saldo Anterior – R\$552.575,42; RECEITAS.
403 Programas do MS R\$1.292.302,50; PAB Incentivo Povos Indígenas 06/07 R\$22.750,00;
404 PAB Agente Comunit. Saúde 06/07 – R\$153.900,00; PAB Prog. Saúde da Família 06/07 -
405 R\$467.100,00; PAB Saúde Bucal 06/07 - R\$28.900,00; PAB Teto Fixo 06/07 –
406 R\$619.652,50; Receita Patrimonial: R\$2.866,86; Rendimento de aplicação em julho/07:
407 R\$2,866,86; DESPESAS: Manutenção de Programas: R\$643.000,00; Apoio à População
408 Indígena R\$23.000,00; Farmácia Básica Contrapartida R\$20.000,00; Saúde da Família/Ag.
409 Comunitários R\$600.000,00; SALDO PARCIAL: DÉBITO: R\$643.000,00; CREDITO:
410 R\$1.295.169,36; SALDO em 31/07/07: R\$752.553,64; TRANSFERÊNCIAS JULHO/07 –
411 DÉBITO: R\$452.191,14; SALDO em 30/07/2007: R\$752.553,64. MOVIMENTAÇÃO
412 FINANCEIRA DA CONTA EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS – MÊS DE
413 JULHO/07: Saldo Anterior – R\$252.419,49; RECEITAS: CRÉDITO: R\$120.267,51;
414 Ministério da Saúde: CRÉDITO: R\$118.984,49 Inc. Hosp Referência Vig.Epidemio Hospit
415 06/07: R\$5.000,00; TFVS 06/07, mais adicional; CRÉDITO: R\$113.722,50;
416 PATRIMONIAL: CRÉDITO: R\$1.283,02; Rendimento de aplicação em julho/07:
417 R\$1.238,02; DIVERSAS DEVOLUÇÕES: CRÉDITO: R\$0,00; DESPESAS: DÉBITO:
418 R\$221.814,64; Diversas Despesas c/ o Fundo Epidemiológico R\$221.814,64;
419 Transferências: R\$0,00; Saldo em 31/07/2007: DÉBITO R\$221.814,64; CRÉDITO
420 R\$120.267,51; SALDO R\$150.872,36 **Argéria** solicita esclarecimento sobre os Programas
421 e Convênios com relação ao saldo de R\$401.000,00 (quatrocentos e hum mil reais) na
422 conta do Programa de DST/HIV/AIDS, pois a informação que se tem é que este saldo é
423 maior do que o apresentado. **Ubirajara** explica que o saldo apresentado é o real em 31 de
424 julho de 2007, e estão incluídos os recursos do programa e o recurso repassado para a

425 Casa de Maria e em outra conta fica a contra partida do município que são R\$120.000,00
426 para pagamento de recursos humanos do CID e R\$30.000,00 para outras despesas.
427 **Acácio dos Santos** observa que a ordem do relatório deveria ser a mesma da
428 apresentação pois facilita o acompanhamento. **Jeremias** solicita se há alguma informação
429 sobre o pleito do aumento de teto financeiro do município. **Ubirajara** esclarece que não
430 tem nenhuma informação e o que existe de fato é quando for completada a fase de
431 contratualização o Ministério da Saúde deverá publicar os três contratos com os Hospitais
432 Filantrópicos e deverá haver um aumento no teto financeiro de Londrina, pois o incentivo
433 INTEGRASUS que hoje é repassado diretamente aos Hospitais e o incentivo IAC passará
434 a ser repassado via Fundo, sendo este o único aumento previsto. **Jeremias** questiona
435 sobre os pagamentos atrasados que somam quase R\$10.000.000,00 (dez milhões de
436 reais). **Ubirajara** esclarece que essa conta é um pleito que foi feito em Brasília e até agora
437 não se tem novidades a respeito. **Marlene coloca em votação a Prestação de Contas**
438 **do Fundo Municipal de Saúde referente ao mês de julho de 2007, sendo aprovada**
439 **com 14 votos favoráveis e uma abstenção do conselheiro Natal de Oliveira.** A seguir
440 passa-se para o **item 4 da pauta: Deliberação de data para a realização da Plenária**
441 **Especial Extraordinária dos Delegados da 10ª Conferência Municipal de Saúde e**
442 **encaminhamentos administrativos: Sônia Anselmo** apresenta os números do balanço
443 da 10ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina, elaborada para 400 delegados, tendo
444 sido credenciados 132 delegados de usuários; 68 delegados de trabalhadores; 49 de
445 prestadores e 50 de gestores, perfazendo um total de 299 delegados credenciados; nos
446 trabalhos de grupo esses números caem um pouco mais, ou seja, 260 participantes sendo:
447 110 do segmento de usuários; 43 trabalhadores; 43 prestadores; 45 gestores e 19
448 observadores; quanto aos delegados presentes, ou sejam os que assinaram a lista de
449 presença do dia 08 de setembro, na Plenária Final foram 249 delegados. Fica portanto
450 constatado que a presença dos delegados caiu gradativamente e ao final praticamente
451 50% do proposto para a Conferência. Sobre as propostas no Tema “Participação Social e
452 Saúde Ambiental” foram apreciadas todas as 108 propostas do documento, sendo
453 aprovadas 86 e suprimidas 22. No Tema “Pacto pela Saúde e as Políticas Públicas de
454 Estado” o documento era composto de 227 propostas das quais foram apreciadas 112 e
455 aprovadas, 08 foram destacadas e ainda não foram votadas e 10 foram suprimidas,
456 restando portanto 115 proposta a serem avaliadas durante a Plenária, sendo que além
457 dessas 115 propostas deverão também serem apreciadas 66 propostas que não
458 constavam do Relatório Final e foram recuperadas pela Comissão de Sistematização,
459 totalizando 188 proposta a serem apreciadas e mais sete moções. **Sônia** sugere dia 27 de
460 outubro para a realização da Plenária, uma vez que outros eventos acontecerão nos finais
461 de semanas anteriores a esta data e que as propostas que deveriam ser encaminhadas à
462 8ª Conferência Estadual de Saúde, já o foram, num total de 53 propostas de nível estadual
463 e federal, bem como a inscrição dos delegados representantes do segmento de usuários.
464 **Angélica** pede a palavra e lamenta a baixa presença dos delegados inscritos na
465 Conferência, diz que houve um grande gasto e empenho de todos da Comissão
466 Organizadora e dos que compõem a gestão municipal para a realização do evento e pede
467 aos segmentos de usuários mais compromisso em relação a participação. **Joel Tadeu**
468 também lamenta a baixa participação dos delegados e elogia o empenho da Comissão
469 Organizadora para a realização da Conferência o exaustivo trabalho e o longo período de
470 pré conferência para se chegar ao final, ressalta que é necessário a formação de novos
471 quadros. Lembra que a Sônia Anselmo está convidada a participar da Comissão de
472 Sistematização da Conferência Estadual, como indicação unânime do Conselho Estadual
473 e da comissão Organizadora daquela Conferência. **Dr. Rubens** faz uma justificativa
474 dizendo que por falta de experiência não conseguiu sensibilizar e convocar como deveria a
475 classe médica para participar da Conferência, enfatiza que há um compromisso de se
476 trazer o médico para o debate, principalmente na melhoria do atendimento médico no
477 município, melhor capacitação e também conforme postulado dentro da proposta área

478 médica; que participa ativamente da Comissão Executiva do Conselho, contribuindo
479 portanto em vários momentos e não só durante a reunião do Conselho, portanto não
480 acredita que a retirada dos médicos do Conselho trará benefícios para o município, mais
481 que acredita que dentro do trabalho que está sendo desenvolvido da participação cada vez
482 mais forte da categoria em busca da saúde, só trará benefícios a comunidade. **Paulo**
483 **Roberto** lembra que a 9ª Conferência Municipal de Saúde terminou as 00h15 e foi
484 discutido que deveria ser reduzido o número de delegados para a 10ª Conferência, como
485 isto não aconteceu agora é a hora para mudar e pensar-se que o número ideal de
486 delegados seria de 300. **Rosalina Batista** coloca que o voto de confiança dado pelo
487 Conselho a Comissão Organizadora foi muito importante, e que se entristeceu quando
488 percebeu alguns conselheiros criticando a Comissão Organizadora, pensando que
489 nenhuma decisão foi tomada pela Comissão sem aprovação do Conselho, os mesmos são
490 também responsáveis pela Conferência e que a agressões para com a Sônia Anselmo e
491 a Marlene Zucoli acontecidas durante a Plenária Final da Conferência foram lastimáveis,
492 diz ainda que na 9ª Conferência quando apresentou a proposta de realização de
493 Conferências a cada 04 anos, foi pensando nessa pouca participação, no desgaste
494 político, e no encaminhamento das questões e que isto deverá ser pauta do Conselho.
495 **Argéria** parabeniza a Comissão Organizadora, e diz que concorda com a fala do Paulo
496 Roberto e que o projeto deve ser revisto, não só na questão da participação, mais também
497 no número de proposta, pois acaba sendo desumano o trabalho a noite para sistematizar
498 as mesmas e depois não se conseguir apreciar todo o relatório, pois é extenso demais,
499 discorda da realização de Conferência a cada 04 anos e pensa que deveria se diminuir o
500 número de palestrantes. **Ana Maria Figueiredo** diz que concorda quanto a diminuir o
501 número de palestrantes e que as datas de cada etapa deve ser definida com
502 antecedência. **Sônia Anselmo** informa que as datas são definidas com antecedência
503 dentro do Conselho. Após várias considerações **fica aprovada a realização da Plenária**
504 **no dia 27 de outubro das 08h00 às 14h00 no Anfiteatro do Hospital Universitário.**
505 **Sônia Anselmo** solicita que as entidades que não enviaram suas indicações que o façam
506 com urgência, pois há necessidade de se elaborar o Decreto de Posse dos Conselheiros.
507 Passa-se ao **item 6 da pauta: Complexo Regulador: Marlene Zucoli**, inicia sua fala
508 esclarecendo que há uma portaria do Ministério da Saúde que define um valor para o
509 Estado do Paraná, que a Secretaria de Estado em reunião de agosto da Comissão
510 Intergestores Bipartite apresentou um projeto para o Complexo Regulador; Marlene explica
511 que o Complexo Regulador é um instrumento que organiza o que se tem de oferta de
512 serviços de consulta de especialidade, exame de especialidade e leitos, sendo possível
513 jogar no sistema a informação, fazer a rede com os municípios pelos quais somos
514 responsáveis pela prestação de serviço e que compõe essa infra estrutura um programa
515 de computador que já vem pronto que se pode aceitar ou não; esclarece que a Dra.
516 Joelma e o Edvaldo estiveram durante a semana em Brasília recebendo um treinamento
517 sobre o Programa e sobre as questões gerais sobre o Complexo Regulador para se
518 pudesse pensar o do município que já estava programado, portanto foi uma surpresa o
519 estado ter apresentado um projeto que não pensou a rede de assistência, a pactuação no
520 estado, a pactuação interna, a pactuação regional, mas somente aplicar um determinado
521 recurso, não olhando a rede de assistência que está se organizando no Paraná e em
522 nossa região e em como estaria dentro de um sistema organizado. A nossa Regional que
523 está com acúmulo de discussão sobre Regulação desde a atenção básica, a questão
524 hospitalar e a questão de pensar um programa, não concordou com o projeto e pediu que
525 se formasse um grupo de trabalho para montar um projeto de Complexo Regulador no
526 estado do Paraná envolvendo inclusive questões como a integração do TFD com Curitiba;
527 como o COSEMS não votou favorável ao projeto o estado voltou atrás e formou-se então a
528 Câmara Técnica responsável pela elaboração do projeto. Na última reunião da Bipartite foi
529 apresentada pela Câmara Técnica uma alternativa de trabalho. A informação era que o
530 recurso seria de R\$1.800.000,00 (hum milhão e oitocentos mil reais) mais a novidade

531 apresentada é o recurso é de R\$1.100.000,00 (hum milhão e cem mil reais) para o Estado
 532 do Paraná e a proposta apresentada pela Câmara Técnica é que cada município gestor
 533 regule o que contratar e pagar; hoje o leito do Hospital Evangélico está na Central de
 534 Leitos do Estado, o SAMÚ regula a porta de entrada e precisa saber onde tem leito, e fica
 535 uma disputa pois dois regulam o mesmo leito. A decisão tomada pela Bipartite foi que a
 536 princípio Londrina, Curitiba e Maringá e outros que poderão aderir depois ficarão dentro do
 537 Complexo Regulador que está sendo elaborado, é que os municípios gestores plenos o
 538 que for contratado e pago é o que será regulado. Para Londrina deverá ser repassado um
 539 recurso aproximado de R\$85.000,00 (oitenta e cinco mil reais) que será utilizado para
 540 montar a Central de Regulação do município de Londrina, que irá englobar a parte de
 541 consultas coordenadas pela Fabiana, os exames que estão dentro do Cismepar e a parte
 542 de leitos do município, Londrina continua sendo referência para a Macro região por ser
 543 pólo. **Marlene coloca que precisa do aval do Conselho para a continuidade dessa**
 544 **negociação do Complexo Regulador, sendo a proposta aceita por unanimidade.**
 545 **Angélica** solicita ao conselheiro Natal que pelo adiantado da hora transferir o ponto de
 546 pauta sobre o Atendimento de Especialidades no município, como primeiro ponto de pauta
 547 da próxima reunião, uma vez que essa é uma demanda trazida por ele para o Conselho. O
 548 conselheiro Natal concorda com o encaminhamento e também os demais conselheiros.
 549 Nada mais havendo a tratar encerrou-se a reunião. A presente ata elaborada e digitada
 550 por Sônia Maria Anselmo, será lida e assinada pelos conselheiros abaixo relacionados.

551

552 **TITULAR Marlene Zucoli**
 553 **SUPLENTE Sônia Regina Neri**

554

555 **TITULAR Wania Gutierrez**
 556 **SUPLENTE Sônia Maria de Almeida Petris Ausente c/ justificativa**

557

558 **TITULAR Rubens Martins Júnior Ausente c/ justificativa**
 559 **SUPLENTE Benedito Fernandes Ausente**

560

561 **TITULAR Argéria M. Serraglio Narciso**
 562 **SUPLENTE Cristiane Lima Fujita**

563

564 **TITULAR Isaltina Pires Cardoso**
 565 **SUPLENTE Deid Francisco Ferraz da Silva Ausente**

566

567 **TITULAR Éder Pimenta de Oliveira Ausente c/ justificativa**
 568 **SUPLENTE Marcos Rogério Ratto Ausente c/ justificativa**

569

570 **TITULAR Bett Claidh Nascimento**
 571 **SUPLENTE Manoel Nivaldo Da Cruz**

572

573 **TITULAR Fahd Haddad Ausente**
 574 **SUPLENTE Ana Paula Cantelmo Luz**

575

576 **TITULAR Alda Mastelaro Hayashi**
 577 **SUPLENTE Mara Rossival Fernandes**

578

579 **TITULAR Francisco Eugênio Alves de Souza Ausente**
 580 **SUPLENTE Jeremias Bequer Brizola**

581

582 **TITULAR Orides Lopes Pinheiro**
 583 **SUPLENTE Ogle Beatriz Bacchi de Souza**

584			
585	TITULAR	Paulo Fernando Nicolau	
586	SUPLENTE	Nobuaqui Hasegawa	
587			
588	TITULAR	Neusa Maria dos Santos	
589	SUPLENTE	Custódio Rodrigues do Amaral	
590			
591	TITULAR	Joel Tadeu Corrêa	
592	SUPLENTE	Maria Ângelo Magro	
593			
594	TITULAR	Cícero da Silva	Ausente
595	SUPLENTE	Acácio dos Santos	
596			
597	TITULAR	Laurentino dos Santos Paulista	Ausente
598	SUPLENTE		
599			
600	TITULAR	Livaldo Bento	Ausente
601	SUPLENTE	José do Carmo Medeiro	Ausente
602			
603	TITULAR	Angélica de Souza	
604	SUPLENTE	José Barbosa	Ausente
605			
606	TITULAR	Terêncio de Lima	
607	SUPLENTE	Maria Aparecida da Silva Cardoso	
608			
609	TITULAR	Ailton de Souza	Ausente
610	SUPLENTE	Natal de Oliveira	
611			
612	TITULAR	Euclides Lunardelli Filho	
613	SUPLENTE	Wilma Silva Ribeiro	
614			
615	TITULAR	Paulo Roberto Vicente	
616	SUPLENTE	Vera Lúcia Giachetto	Ausente
617			
618	TITULAR	Elizabeth Bueno Candido	
619	SUPLENTE	Oswaldo Godoy Ribas	Ausente
620			
621	TITULAR	Rosalina Batista	
622	SUPLENTE	Irene de Jesus Macena	Ausente
623			
624			
625			
626			
627			
628			
629			
630			
631			
632			
633			
634			
635			
636			