



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



- 1 **Data:** 22 de fevereiro de 2006
2 **Horário:** 13:30 às 19:00 horas
3 **Local:** Auditório da SESA/ISEP - Rua Piquiri, 170
4 **Conselheiros membros**

	Nome	Freqüência	Condição	Órgãos, Entidades e Instituições
	Usuários			
1.	Custódio Rodrigues do Amaral	Presente	Titular	ADOC
	Miguel Tiago da Hora	Presente	Suplente	ADOC
2	Ana Maria Figueiredo	Presente	Titular	ADV-T-APLER
	Luciane M. Baptista	Presente	Suplente	Fórum Paranaense de ONGs/AIDS
3	Valdir Donizete de Moraes	Presente	Titular	ECOFORÇA
	Roberto Cauneto Picorelli	Presente	Suplente	ECOFORÇA
4	Ruy Pedruzzi	Presente	Titular	FAMPEAPAR
	Arlete Antonia Brunholi Xavier	Presente	Suplente	FAMPEAPAR
5	Abrelino Masiero	Presente	Titular	FAMPEPAR
	Ercílio Santinoni	Ausente	Suplente	FAMPEPAR
6	Joel Tadeu Corrêa	Presente	Titular	FAMOPAR
	Euclides Gonçalves	Presente	Suplente	FAMOPAR
7	David Lupion Fernandes	Presente	Titular	Fed. das Assoc. de Pastores do PR
	Carlos Jéfferson dos Santos	Presente	Suplente	Fed. das Assoc. de Pastores do PR
8	Maria Elvira de Araújo	Presente	Titular	FATIPAR
	João Maria Lérias	Presente	Suplente	FATIPAR
9	Amary César Alexandrino	Presente	Titular	DEFIPAR
	José Apolinário Filho	Justificado	Suplente	DEFIPAR
10	Jonas Braz	Presente	Titular	FNU
	Ivanor de Oliveira Valentini	Ausente	Suplente	FNU
11	Antônio Lúcio Zarantonello	Presente	Titular	FETAEP
	Regina Léscio Barbato	Ausente	Suplente	FETAEP
12	Amauri Ferreira Lopes	Presente	Titular	Fórum paranaense de ONGs/AIDS
	Paulo Reissinho de Paula	Presente	Suplente	Fórum Popular de Saúde
13	Valdir Izidoro Silveira	Ausente	Titular	Instituto Afro-Brasileiro do PR.
	Manoel Rodrigues do Amaral	Presente	Suplente	Instituto Afro-Brasileiro do PR.
14	Hermínia M. Schuartz	Ausente	Titular	Movimento de Mulheres Camponesas do Paraná
	Célia Maria Alves dos Santos	Presente	Suplente	Movimento de Mulheres Camponesas do Paraná
15	Livaldo Bento	Presente	Titular	MOPS
	Irene de Jesus Macena	Presente	Suplente	MOPS
16	Genecilda Lourenço Gotardo	Presente	Titular	MST
	Luiz Aníton Strasser	Ausente	Suplente	MST
17	Lurdes Engelmann	Presente	Titular	Pastoral da Criança
	Marilde Luzia Fávero	Presente	Suplente	Pastoral da Criança
18	Jaime de Oliveira Ferreira	Ausente	Titular	SINDPETRO
	Claudiney Batista	Presente	Suplente	SINDPETRO

9
10
11
12
13
14
15
5



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



	Profissionais de Saúde		Condição	Entidade
1	Leila Soares Seiffert	Presente	Titular	ABEn
	Lili Purim Neihues	Ausente	Suplente	C.R. de Nutrição
2	Antônio Garcez Novaes Neto	Presente	Titular	C.R. de Farmácia
	Cleunice Fidalski	Ausente	Suplente	C.R. de Farmácia
3	Édison Luiz Machado de Camrigo	Ausente	Titular	C.R. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
	Oswaldino Moreira Só	Presente	Suplente	ABRASA
4	Marina Hiromi Assanuma	Presente	Titular	C.R. de Medicina Veterinária
	Luiz Sallim Emed	Ausente	Suplente	C.R. de Medicina
5	César José Campagnoli	Presente	Titular	C.R. de Odontologia
	Josiane Chagas	Presente	Suplente	C.R. de Odontologia
6	Tereza Lopes Miranda	Presente	Titular	C.R. de Serviço Social
	Thereza Cristina de Arruda S. D'Espindula	Presente	Suplente	C.R. de Psicologia
7	João Carlos Mira	Presente	Titular	Conselho dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais do Estado do Paraná
	Marcos Rogério Ratto	Presente	Suplente	Conselho dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais do Estado do Paraná
8	José Carlos leite	Presente	Titular	SINDPREVS
	João Maria de Oliveira	Ausente	Suplente	SINDPREVS
9	Elfrida Karol Andrezza	Presente	Titular	SINDSAÚDE/PR
	Graziela Basso Sternheim	Ausente	Suplente	SINDSAÚDE/PR
	Prest. De Serviços de Saúde		Condição	Entidade
1	Rosita Márcia Wilner	Presente	Titular	FEMIPA
	Moacir A. dos Santos	Ausente	Suplente	FEMIPA
2	José Francisco Schiavon	Ausente	Titular	FEHOSPAR
	Raymundo Margues Machado	Presente	Suplente	FEHOSPAR
3	Alfredo Franco Ayub	Presente	Titular	ACISPAR
	Deise Sueli de Pietro Caputo	Ausente	Suplente	ACISPAR
4	Francisco E. Alves de Souza	Presente	Titular	UEL
	Celso Fernandes de Araújo	Ausente	Suplente	UFPR
	Gestores		Condição	Entidade
1	Antonio Carlos Nardi	Justificado	Titular	COSEMS
	Matheos Chomatas	Presente	Suplente	COSEMS
2	Cristiana R. Façanha	Presente	Titular	COSEMS
	Luiz Fernando Zarpelon	Ausente	Suplente	COSEMS
3	Gilberto Berguio Martin	Presente	Titular	ISEP/PR
	Sandra Tolentino	Justificado	Suplente	ISEP/PR
4	Carlos Manuel A. dos Santos	Presente	Titular	SESA/PR
	Vanessa Maciel Pissetti Muniz	Ausente	Suplente	SESA/PR
5	Ana Maria de Nóbrega de Goes	Justificado	Titular	Ministério da Saúde/FUNASA
	Tânia Margaret Piassa	Presente	Suplente	Ministério da Saúde/FUNASA

Pauta: 1 Expediente interno; 2. Ordem do Dia; 2.1 Aprovação da Pauta – 5 min; 2.2 Assuntos para Deliberação: 7Discussão Temática e Comissões; 2.2.1 – Mesa Diretora – 90 min, 1º Assunto: Aprovação das Atas: 112ª Reunião Ordinária/05, 113ª Reunião Ordinária/05, 6ª Reunião Extraordinária/05, 2º Assunto: Campanha da Fraternidade de 92006 – Tema “Levanta-te, vem para o meio”, Apresentação: Diocese de Curitiba, 3º Assunto: Agenda mínima para 102006, 4º Assunto: Proposta de Calendário para as Reuniões do CES/PR para 2006, 5ª Assunto: Homologação da

17
18
19
20
21
22
23



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



11Secretária Executiva do CES/PR - gestão 2006-2007; 2.2.2 – Medicamentos e reorganização dos seguintes Programas:
12diabetes, dislipidemia, septicemia grave e toxoplasmose – 30 min, Apresentação: Secretário de Estado da Saúde/Dr.
13Cláudio Xavier; 2.2.3 – Comissão de Acompanhamento da CIB – Comissão Intergestora Bipartite. – 15 min; 2.2.4 –
14Comissão de Assistência à Saúde e de Acesso ao SUS - 120 min, 1º Assunto: Plano Operativo Estadual da Política de
15Saúde no Sistema Penitenciário, Apresentação: SEJU/Diretor Luiz Carlos Ginslin Júnior, Coordenador Geral do DEPEN
16Honório Olavo Bortolini, 2º Assunto: Informação sobre o fornecimento de Órteses e Próteses pelo Hospital Erasto
17Gaertner Apresentação: SESA/ISEP/DSA , 3º Assunto: Explicação sobre o Código 7 (pagamento de honorários médicos
18no SUS), Apresentação: FEHOSPAR/Dr. José Francisco Schiavon; 2.254 – Comissão Estadual de Vigilância Sanitária e
19Meio Ambiente. – 30 min, 1º Assunto: Regulamento da Comissão Estadual de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente,
20Apresentação: Valdir Donizete de Moraes, 3. Informes Diversos. 3.1 - Seminário Nacional: Controle Social nas Políticas
21Públicas de Saúde para as Mulheres **Desenvolvimento da reunião: DR. FRANCISCO – DR. FRANCISCO –**
22Vamos dar início à 116ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde. Nesse primeiro momento o item é a análise
23e aprovação da proposta de pauta. Aberto à inscrições para sugestões de inclusão ou exclusão de assunto de pauta. A
24Mesa gostaria de incluir um assunto na Comissão de Assistência a Saúde e Acesso ao SUS, que foi um assunto de
25pauta colocado na última reunião, salvo à enganos, a cerca dos hospitais estaduais e também gostaríamos de fazer
26algumas sugestões de encaminhamentos das reuniões. Mais alguma sugestão? Em votação a aprovação da pauta com
27essas sugestão de inclusão e mais alguns temas administrativos. Contrários? Abstenções? **JOEL TADEU –** Um pedido
28de esclarecimento. O nosso Conselho Municipal de Saúde de Londrina recebeu uma comunicação à respeito de um
29seminário ou de um congresso em Florianópolis, eu gostaria de saber se a Mesa tem conhecimento, inclusive nesse
30documento tiraria um Delegado por Conselho Municipal e como o Joel Tadeu já manifestou desde ontem que tem
31interesse, gostaria que fosse consultada a Secretária Executiva porque Londrina recebeu essa comunicação, inclusive o
32companheiro que está aqui o Custódio Rodrigues do Amaral estava na reunião do Conselho Municipal ontem e
33participou da votação do Conselheiro municipal em Londrina. **DR. FRANCISCO –** Até a reunião da Mesa no meio do
34mês não havia nenhum convite e nenhuma informação sobre esse Seminário, somente o Seminário Nacional sobre o
35Controle de Políticas Públicas das Mulheres em Brasília, esse outro Seminário não veio e se vier colocaremos em
36discussão também na pauta. Então temos essa proposta de pauta com a inclusão do assunto dos hospitais e caso e
37caso tenha que ser deliberado sobre esse Seminário em Florianópolis que ainda não sabemos do que se trata, também
38aumentaremos nessa pauta nos informes ou nas deliberações. Novamente em votação a proposta com essas
39inclusões. Contrários? Abstenções? Aprovado por unanimidade. Antes de darmos continuidade gostaríamos de propor
40algumas questões para todas as reuniões se possível, a primeira questão é sobre a ordem das inscrições para as falas
41dos Conselheiros, gostaria que quando um Conselheiro titular ou suplente solicitar a palavra que erga bem o crachá
42para que algum membro da Mesa, em especial a Secretaria da Mesa localizasse o Conselheiro para fazer a inscrição da
43sua fala por ordem de inscrição, porque muitas vezes o Conselheiro não ergue bem o crachá e não sabemos se
44inscreveu ou não. A segunda questão é que gostaríamos de colocar para encaminhamento é que todos nós sem
45prejuízo da apresentação das defesas das nossas idéias e nossas propostas, fossemos o mais conciso possível e a título
46apenas de organização a Mesa reservara dois minutos para cada pronunciamento com mais um minuto de prorrogação,
47é claro que se o assunto for de interesse a Mesa terá o bom senso de deixar o companheiro Conselheiro concluir as
48suas observações, isso se da apenas porque as pessoas gastam muito tempo repetindo a mesma afirmativa, por
49exemplo reafirmar o que o outro acabou de falar e acaba repetindo tudo igual. Outras coisa que a Mesa diretora está
50propondo, inclusive é o próximo item que são as atas, nós termos uma Ata guardada como essas aqui que estão sendo
51apresentadas, ou seja, além da fita ela vai ser transcrita *ipsis litteris*, porém o que virá para aprovação se for da
52concordância dos membros, será uma Ata mais enxuta, porque fica uma Ata muito grande, cansativa e desinteressante
53de ser lida, fica desvalorizada e desqualificada a nossa Ata. Então teremos uma Ata integral para eventuais dúvidas,
54eventuais questionamentos e teremos uma Ata mais concisa sem prejuízo da qualidade do que foi debatido, dizendo
55por exemplo que o Conselheiro tal fez observação positiva a cerca do projeto tal, teceu as suas considerações, para
56que a Ata não fique parecendo uma bíblia. Essa proposta é apenas no intuito de agilizar e que todos se interessem pela
57leitura, mas o original vai ser guardado, a fita vai estar guardada para que ninguém tenha qualquer prejuízo ou duvide
58da lisura da Mesa. **REISSINHO –** Quero dizer que já tivemos em outros tempos essa discussão nesse Conselho com
59outras pessoas e é difícil entender que a gente possa ter uma Ata sucinta que contemple de fato os acontecimentos
60que as vezes nós leva ao debate aqui. então vejo com uma certa preocupação essa idéia, porque é muito difícil
61produzir uma Ata sucinta que não cause injustiças, de repente a Mesa poderia carregar para si a responsabilidade de
62fazer a Ata sucinta sobre a ótica de depois passar no crivo do *ipsis litteris*, porque não acho correto fazer só
63objetividade e esquecer de fazer a historia desse Plenária, quando o Sr. citou a fala de fulano e beltrano às vezes isso
64pode estar num pedaço de argumento que precisa ser resgatado. **DR. FRANCISCO –** Só para esclarecer mais uma
65vez, primeiro que vai haver uma Ata de arquivo com tudo, o que virá para ca não é uma resumido que prejudique a
66idéia, o que estamos propondo é retirar entre aspas as coisas que não tem necessidade de vir para ca, por exemplo
67espera um pouco depois você fala, tirar o que nem chega perto do essencial, apenas para facilitar, é uma enxugada
68mas sem prejudicar o essencial. De qualquer forma fica o compromisso da Mesa fazer isso e se no decorrer dos
69trabalhos essa Plenária observar que está ocorrendo algum tipo de prejuízo nós voltamos ao modo anterior. **JOÃO**
70**LERIAS –** Quero saber se será enviado aos Conselheiros a Ata integral ou o resumo também? **DR. FRANCISCO –**

25
26
27
28
29
30
31



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



71 Não é resumo, seria uma Ata lapidada que enviaremos para que todos consigam ler e tenham o interesse da leitura.

72 **JOEL TADEU** – Sr. Presidente o assunto não é mais Ata, eu quero ratificar um pedido feito perto de 90 dias atrás

73 nesse Plenário em relação ao contrato social da Premier, eu pedi aqui e não quero o contrato celebrado de prestação

74 de serviço, eu quero o contrato social da Premier Alimentos, essa que ganhou a licitação e está prestando serviços para

75 nós no hotel com o nome de Premier, é esse documento e estou ratificando que quero com urgência esse documento.

76 **DR. FRANCISCO** – Eu não sei como está a situação, mas se não foi feito será oficializada o mais breve possível a

77 solicitação à Secretaria de Saúde para que forneça a cópia desse contrato. **JOEL TADEU** – Nós comunicamos à

78 Secretária Executiva que não queremos o contrato celebrado de prestação de serviços, do qual foi incluído naquela que colocou

79 queremos o contrato social. Acho que aqui é o fórum competente e que não precisaria termos feito esse pedido por

80 escrito, aqui somos todos adultos e competentes o suficiente para as deliberações, por isso não pedi por escrito. **DR.**

81 **FRANCISCO** - Então está registrada a solicitação do Conselheiro Joel Tadeu para que a Secretária Executiva solicite a

82 Premier o seu contrato social, caso haja algum problema com certeza a diretoria administrativa da SESA deva ter.

83 Dando seguimento, a última questão que é importante principalmente para os novos conselheiros e não está aqui na

84 pauta, é que o Conselho Estadual de Saúde possui uma série de Comissões Temáticas e está no Regimento Interno do

85 nosso Conselho que é obrigatório a participação dos Conselheiros em ao menos uma Comissão. Então gostaria que a

86 Secretária Executiva passasse a lista com os nomes das Comissões e que cada Conselheiro titular e suplente indicasse

87 em que Comissões ou Comissão quer participar, colocando a ordem de prioridade das Comissões que quer participar

88 porque pode eventualmente coincidir as datas das reuniões das Comissões, então será incluído naquela que colocou

89 por primeiro, por outro lado se as reuniões forem em dias e horários diferentes e for possível participar em ambas será

90 melhor, também a Mesa trará à esse Conselho as ausências se estão sendo justificadas ou não, em virtude de estar

91 sendo destinado recurso público ao Conselheiro ausente e esperamos que cada um participe da Comissão que está se

92 indicando. **DR. RUY** – Sr. Presidente, é obrigatório a participação em uma Comissão permanente, as temporárias são

93 outro caso. Nós precisamos por força de duas leis crias duas Comissões à mais, tem duas Comissões obrigatórias pela

94 Lei 8080/90 e o Decreto (?), que são as Comissões de Nutrição e Ciência e Tecnologia. Muito obrigado. **DR.**

95 **FRANCISCO** – Obrigado Dr. Ruy pela informação e a Secretaria Executiva coloque essas duas Comissões à mais e as

96 pessoas também já vão se inscrevendo nessas duas Comissões. **ANA MARIA** – Sou representante titular da

97 ADVT/APLER. Eu gostaria de justificar que nós chegamos atrasados e gostaríamos que a passagem da viagem não

98 fosse no mesmo dia da reunião, porque hoje por termos nos atrasado perdemos a parte da manhã. Então se for para

99 participarmos da Comissão e da reunião que seja com tempo hábil. **DR. FRANCISCO** – Obrigado. As pessoas que

100 indicarem suas participações nas Comissões suas passagens serão oportunizadas em tempo hábil. **PICORELLI** – Sr.

101 Presidente, nas reunião passada foi falado que os Delegados que irão à Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e

102 Educação em Saúde em Brasília será disponibilizado passagem aérea, porém estou sabendo que é de ônibus e se isso

103 for verdade sabemos que as dificuldades em uma viagem de ônibus à Brasília são grandes. Queria saber da Mesa se

104 isso é verdade? E se for quero dizer que só concordo que a viagem seja de ônibus se todos os segmentos façam a

105 viagem de ônibus, começando pelo Gestor. **DR. FRANCISCO** – Esclarecendo. Realmente foi feita solicitação conforme

106 deliberado por esta Plenária, que os participantes da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em

107 Saúde fossem de avião, nós recebemos uma posição da Secretaria de Saúde que em virtude do valor estimado e

108 capitado para as passagens aéreas para 48 participantes, a Secretaria de Saúde estaria disponibilizando dois ônibus

109 leitos fretados, saindo um de Foz do Iguaçu e outro de Curitiba. Nós reencaminhamos para apreciação do Secretário

110 para que ele faça uma reconsideração dessa decisão, até porque existe a possibilidade de negociar diretamente com às

111 agências aéreas mais econômicas e dessa forma viabilizar o transporte aéreo dos Delegados do Paraná, essa

112 tramitação desse documento se encontra em posse da Direção Geral da SESA e o último contato que tivemos com o Dr.

113 Carlos Manoel fomos informados que estavam fazendo essa negociação com as empresas aéreas. Então realmente

114 houve a primeira resposta e que seria de transporte rodoviário leito, mas pedimos a reconsideração que está sendo

115 analisada pelo Dr. Carlos Manoel. **??** – Só complementando o que o Picorelli falou, existe mais um agravante, nos dias

116 21 e 22 teremos reunião no Conselho, o pessoal de Foz do Iguaçu e Cascavel vem para a reunião, no dia 23 volta e no

117 dia 24 já tem que sair, chegamos em Cascavel pela manhã e às 20 horas temos que sair para podermos estar à tempo

118 em Brasília para o credenciamento. Então quer dizer que estaremos 10 dias fora, 2 aqui e 8 fora, são 4 dias só

119 viajando. **ELFRIDA** – SindSaúde. Queria um esclarecimento da Mesa, porque conforme a proposta de agenda mínima

120 essa reunião teríamos como pauta também a questão do relatório de gestão do 4º trimestre e também qual a

121 perspectiva do curso de capacitação que está nessa agenda mínima mas que não consta de data prevista. E nessa

122 agenda para quando ficará o relatório do 4º trimestre se não está na pauta de hoje? Obrigada. **DR. FRANCISCO** –

123 Conselheira, só esclarecendo que a agenda mínima é ponto de pauta e nós discutiremos no terceiro assunto desse

124 mesmo bloco que estamos e aí vai ser aprovados por todos nós na agenda o que inclui ou que se exclui. Então

125 colocamos essas questões e agora podemos ver como poderemos encaminhar a questão da objetividade das atas, das

126 inscrições para fala, o tempo de fala e as Comissões. Primeiro assunto, aprovação das Atas 112ª e 113ª. Alguma

127 observação à Ata 112ª? **PICORELLI** – Na linha 638 diz assim, quando a gente consegue uma vaga em Curitiba

128 ligamos no TFD e a Central de Leitos informa que não pode arrumar a vaga porque não tem autorização da Central de

129 Regulação, assim o cidadão fica de 10 à 12 dias aguardando, não tem Ponta Grossa aqui não, a liberação da Central de

130 Regulação, depois de 10 dias diz que não pode liberar. Então não tem Ponta Grossa aqui não. **DR. FRANCISCO** – Está

33
34
35
36
37
38
39



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



131feito a observação e será corrigido. Mais alguma observação da Ata da 112ª Reunião Ordinária. **DR. RUY** – Queremos
132parabenizar a Marlene pela paciência de rever toda essa Ata, é um trabalho exaustivo feito pela Secretaria Executiva e
133que está sem correção nenhuma. Obrigado. **DR. FRANCISCO** – Em votação a Ata 112ª Reunião Ordinária.
134Contrários? Abstenções? 01 voto de abstenção. Aprovado pela maioria. Em discussão a Ata da 113ª Reunião Ordinária.
135**DR. RUY** – Sr. Presidente, novamente parabeno a Marlene por não ter nenhuma correção. Obrigado. Em regime de
136votação a Ata da 113ª Reunião Ordinária. Contrários? Abstenções? 04 votos de abstenção. Aprovado pela maioria.
137Essas abstenções são Conselheiros que não participaram mesmo da reunião, deu para entender perfeitamente. Em
138discussão a Ata da 6ª Reunião Extraordinária. Está escrito o Dr. Ruy e depois o Sr. Manoel. **DR. RUY** – Na linha 171 da
139página 5, quando nós referimos que o auditor tem que fazer um levantamento prévio das prestações de contas do
140Relatório de Gestão da SESA/ISEP, nós queremos deixar claro isso que é para ajudar o Conselho, para a Comissão e o
141Conselho entender melhor a prestação de contas do Relatório de Gestão, aí fala que os auditores tem que trazer
142mastigadinho, é trazer tudo mastigadinho, praticamente já levantado os números e outros dados, então faltou o termo
143tudo mastigadinho e algo mais. **DR. FRANCISCO** – É nesse sentido que faremos o enxugamento das atas, com
144certeza vamos colocar as observações do Dr. Ruy, se vim mastigadinho vão achar que isso é congresso de culinária e
145não Conselho Estadual de Saúde. Entenderam agora o que eu quis dizer, não da para ser esse vocabulário numa Ata.
146**MANOEL** – represento os Usuários pelo Instituto Afro-Brasileiro do Paraná. Tenho aqui as correções nas linhas 141 e
147144 da página 5, aqui o Manoel coloca um comentário e na página 144 concluindo é um documentário, eu falei
148simplesmente o comentário e encerrei como comentário, não documentário. **DR. FRANCISCO** – Mais alguma
149observação? **DR. RUY** – Tenho mais uma observação, há um número à mais na linha 164, o Decreto 5.711 e não
15055.711. **DR. FRANCISCO** – Em regime de votação a Ata da 6ª Reunião Extraordinária. **Contrários?**
151**Abstenções? 5 abstenções. Aprovado pela maioria.** 2º Assunto: Campanha da Fraternidade de 2006 – Tema
152“Levanta-te, vem para o meio”, Apresentação: Diocese de Curitiba, cuja solicitação dessa apresentação foi a proposta
153do Conselheiro Apolinário e está aqui conosco o Padre Ricardo para fazer a apresentação da Campanha da Fraternidade
154pela Diocese de Curitiba. Atendendo a uma solicitação do Padre Ricardo não estipulamos tempo, mas falou que solicita
15510 minutos para a sua apresentação e consideramos bastante razoável. **PADRE RICARDO** – Boa tarde à todos.
156Quero agradecer o convite e a possibilidade de estarmos aqui para repassar um pouco esse grande tema que teremos
157esse ano, iniciando no dia 1º de março a Campanha da Fraternidade com o tema Fraternidade e Pessoas com
158Deficiência. Então trabalho na Arquidiocese de Curitiba há 15 anos com surdos que é a minha área de atuação e fiquei
159responsável por esse tema em Curitiba e pela possibilidade de ação em relação à campanha. A campanha é sempre
160colocada como uma relevância social e por isso diz respeito a toda a sociedade também, esse ano também haverá
161congressos e principalmente em maio vai haver em Brasília a questão da acessibilidade que é um tema diretamente
162ligado a Pessoa com Deficiência. E vemos que esse grupo e também os grupos não só os sociais mas as ONG'S,
163entidades, escolas especiais, todos vem tentando ganhar um pouco do seu espaço e mostrar a importância de não
164tratar a Pessoa com Deficiência com miséria, mas a cima de tudo que sejam protagonistas e incluídos de fato em
165todos os ambientes sociais. A igreja tem o seu papel social por isso está propondo que todos possamos trabalhar o
166assunto e o Brasil todo vai estar falando durante esses 40 dias que chamamos de quaresma, a preparação à Páscoa e
167que chegará em todas as bases, foi feito um texto base da campanha muito bem elaborado, trazendo um pouco do
168histórico de como a Pessoa com Deficiência era vista, a idéia da fatalidade, a idéia do deficiente como castigo e que
169deve ser superada, não é castigo e nem fatalidade absolutamente, são pessoas que merecem ser tratadas com toda a
170dignidade possível. Então a proposta com esse lema levanta-te e vem para o meio, que é um trecho onde Jesus cura
171num dia de sábado um homem que estava na frente da sinagoga e tinha a mão seca, é um convite e um chamado
172exatamente a isso, a fazer da Pessoa com Deficiência o espaço que ela merece, isto é vem para o meio e mostra a sua
173capacidade, possibilidade, seus direitos, os desafios, sua inclusão. Então todos os Estados e em todas as dioceses
174estarão trabalhando esse tema, na verdade já existem muitas entidades que há muitos anos batalham pela Pessoa com
175Deficiência e as vezes são pouco valorizadas, então a idéia é somar o maior número de forças e procurar mobilizar e
176sensibilizar a sociedade para superarmos um pouco do preconceito que existe em relação a Pessoa com Deficiência.
177Percebemos que entre as crianças nas escolas existe uma inclusão muito prática, porque as crianças tem uma
178facilidade em receber o diferente, mas nós adultos ainda temos uma série de bloqueios que nós afasta ou nos dão
179aquela idéia de repulsa, então se diz não é comigo, não tenho idéia de como me relacionar com surdo, com deficiente
180visual, com cadeirante e se tem o medo até da aproximação, ou outro perigo do outro lado que é exatamente esse
181paternalismo, essa idéia de compaixão exagerada que tratamos a Pessoa com Deficiência. Esse é um dos pontos
182fundamentais da campanha, Deficiência não é sinônimo de incapacidade, quem capacita é a sociedade, um deficiente
183visual para usar um elevador precisa do braille para ler os números, não poderá usar o elevador se não tiver o braille,
184isso mostra que ele não incapaz, mas mostra que é nós que o incapacitamos, um cadeirante não pode ter o acesso aos
185lugares porque é incapaz, mas nós que não lhe damos o acesso, nas próprias unidades parquiais muitas vezes não
186vemos a Pessoa com Deficiência porque não damos a acessibilidade. Então a idéia de ir e vir, a liberdade, a autonomia
187é uma coisa entre aspas ainda, porque falamos nesse direito mas na prática a Pessoa com Deficiência ainda não tem
188toda essa viabilidade de estar incluído em todos os ambientes sociais. Estou aqui hoje mais para dizer a vocês que é
189um tema muito bom, todas as prefeituras, os Municípios, as dioceses estão com o material bem elaborado, o tema da
190campanha Pessoa com Deficiência foi utilizado esse termo porque na reunião que houve em Brasília as Pessoa com

41
42
43
44
45
46
47



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



191Deficiência optaram por esse nome, para se dar ênfase na pessoa. E o cartaz trás um casal de amigos, uma moça e um
192rapaz com Síndrome de Down, tendo os dois abraçados um ao outro e fazendo gesto de convite, de ir para o meio,
193exatamente mostrando a mesma dignidade, não há diferença entre nós e todos são chamados a participar, todos são
194co-responsáveis pelas Pessoas com Deficiências, o problema é que ainda há muita falta de sensibilidade, pouco
195interesse do poder público em legislar sobre isso e acima de tudo o preconceito, porque se tem o medo de tratar esse
196assunto com seriedade e coragem, porque vai mexer com as estruturas, quando falar em deficiência vou olhar para a
197minha realidade, a minha casa, a minha igreja, o órgão público, o centro comunitário. Então é um questionamento para
198nós e a idéia da campanha é mexer um pouco com essa realidade para que as pessoas possam ao menos começar a
199pensar que a Pessoa com Deficiência tem todos os direitos que nós queremos ter para nós mesmos. Gostaria que vocês
200em seus Municípios procurassem os grupos e fóruns que estão organizados, aqui em Curitiba nós chamamos a
201Federação da APAE, a FEBIEX, a ADEVIPAR, os surdos e fizemos um fórum, já estamos nos reunindo e faremos uma
202grande abertura no dia 5 de março com um culto ecumênico, porque a campanha não é só da igreja católica, quando
203falamos de Pessoa com Deficiência estamos falando de 25% da população brasileira quando envolvemos também as
204famílias juntos. Espero que façam vínculo com as suas cidades, mobilizem as pessoas e utilizem o texto base que foi
205muito bem elaborado, uma pesquisa muito bem feita e possam nesse período e talvez durante todo esse ano dar uma
206ênfase no assunto para conseguir conquistar políticas públicas, organizações sociais e valorizar quem já trabalha com a
207deficiência. Muito obrigado pela atenção. **DR. FRANCISCO** – Agradecemos a sua participação e gostaríamos que o Sr.
208respondessem aos questionamentos, perguntas e esclarecimentos, seria importante o Sr. aproveitar a oportunidade.
209**PICORELLI** – Queríamos que a própria igreja discutisse com a população a política do país e discutir com quem faz
210as leis, se fala muito e o deficiente ainda não tem calçada apropriada, não tem corrimão e outras adaptações
211necessárias. Mas não só a igreja católica e sim todas as religiões para discutir o problema da Pessoa com Deficiência e
212que se possível que se fizesse um relatório dessa campanha e entregasse para todas as entidades, que não fosse só
213nesses 40 dias da quaresma que se discutisse o ano todo. **PADRE RICARDO** – Quero reforçar com certeza, até
214porque se prepara em Brasília sobre o tema acessibilidade e co-responsabilidade de todos, esse é o grande tema que
215será discutido em maio, e quero dar uma ênfase na questão da prevenção que esqueci de falar, é um momento
216especial para junto aos grupo e aos Conselhos de Saúde levarem a população a questão da prevenção das deficiências
217e com certeza tem cada Município, cada Conselho tem uma agenda de campanhas de prevenção, então esse é um
218momento muito bom para colocarem as campanhas de prevenção também. **LURDES** – Pastoral da Criança. Aqui no
219Conselho Estadual de Saúde temos participantes com Deficiência e esses Conselheiros já procuraram a nossa entidade
220para fazermos esse trabalho em parceria, principalmente no Estado do Paraná onde essas entidades estão fazendo
221esse trabalho, quando o padre falou em prevenção nós queremos fazer esse trabalho junto com essas entidades, a
222Terezinha que é do Conselho Estadual de Saúde já procurou a Pastoral da Criança e tem viajado pelo interior do Estado
223justamente para fazer esse trabalho de prevenção. Nós temos esse trabalho preventivo na entidade a partir do primeiro
224dia de gestação e temos trabalhado muito no sentido da prevenção desde antes do nascimento da criança e temos
225compromisso até o 6 anos de idade, após isso as Políticas Públicas e Controle Social nos auxilia também porque temos
226encaminhado muitas pessoas para o Sistema Único de Saúde, e também trabalhamos na Assembléia Nacional junto a
227entidade durante um dia e meio sobre a inclusão social, onde a entidade refletiu a quem incluímos, como permitimos
228que essas pessoas continuem na entidade e como poderemos proceder a inclusão de outras pessoas diferentes no
229nosso meio e continuar esse trabalho evangélico e profético com todas as igrejas e o povo que atendemos no dia-a-dia.
230**DR. FRANCISCO** – Obrigado Lurdes. Mais alguma observação ou solicitação de esclarecimento ao Padre Ricardo?
231Valdir. **VALDIR** – Já não é sem tempo que esse assunto deve ser trazido e cada vez mais essa discussão tanto pelo
232lado de se trabalhar a prevenção quanto pelo outro lado, a questão de quem já está na situação da necessidade e ter
233todo o apoio e conforme já foi dito as Políticas Públicas, tem gente que diz que o prefeito da cidade deveria passar um
234dia de cadeirante para sentir a vida de um cadeirante, porque aí vai saber quais são as necessidades e que o seu
235Município não oferece. Então devemos ampliar essa questão para que se faça a prevenção e que seja tratado para se
236diminuir as barreiras arquitetônicas e as barreiras de contato e comunicação, temos que estar realmente trabalhando
237para reduzir as necessidades. **EUCLIDES** – FAMOPAR. Parabenizo o padre por essa exposição que fez aqui e gostaria
238de dar uma sugestão à exemplo do que fizemos em Arapongas na Campanha da Fraternidade passada, onde todas as
239igrejas de todas as religiões trabalharam em conjunto, e lá também houve um diferencial no qual participei como
240representante de associação de moradores e todas as associações de moradores também se envolveram nessa
241campanha, primeiro fizemos uma passeata na cidade e depois fomos a luta e isto trouxe ótimos resultados. Era isso
242que queria propor, que o Sr. envolva também as associações de moradores, até porque até a própria associação se
243julgará eficiente e não deficiente, precisamos tirar a letra d da palavra deficiente, deixarmos pessoas eficientes. Muito
244obrigado. **DR. RUY** – Sr. Presidente e o Plenário aqui todo, por ocasião do trabalho da Comissão Organizadora da 7ª
245Conferência Estadual de Saúde coordenada pelo companheiro José Carlos Leite, a Comissão Organizadora quando
246colocou junto com a programação da 7ª Conferência a coletânea básica de legislação do Controle Social, colocou nas
247paginas 64 e 65 três leis, duas federais e uma estadual do acesso do Deficiente Físico, do Deficiente Auditivo que são
248as Leis Federais 7405 e 8160, lá está claro o mínimo que os deficiente precisam ter nas suas cidades, como o Valdir
249falou de acessibilidade e de proteção para evitar que se tornem mais deficientes ainda, da mesma forma aqui na
250Assembléia Legislativa no nosso Estado elaborou a Lei 14828 nesse ano de 2005, sobre também os Deficientes Físicos,

49
50
51
52
53
54
55



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



251gostaria que vissem na página 6465 daquele caderno que foi entregue na 7ª Conferência. E também que junto às
252Câmaras Municipais e porque não a Assembléia Legislativa do Estado, procurassem melhorar ou implementar isso em
253todas os Municípios do nosso Estado e nosso país, isso se for possível divulgar para todos através da Internet, aí é um
254embrião dessa política de proteção à esses menos favorecidos. Nessa linha que a nossa Conselheira Lurdes da Pastoral
255da Criança expôs sobre a proteção antes do nascer, é importante a humanização do atendimento ao pré natal de todas
256mulheres, a humanização é fundamental e importante a este estado que é a vida embrionária intra-uterina. E essa
257proteção para evitar deficiência já começa no primeiro dia de concepção, ou antes disso através de Ácido fólico que
258infelizmente nem 1% da população feminina grávida recebe. E também que o Estado exigisse todos os serviços
259públicos de obstetrícia e ginecologia de prevenção dessas doenças físicas causadas pela falta de Ácido fólico e comece
260a implantar o quanto antes. Muito obrigado. **DR. FRANCISCO** – Ninguém mais inscrito. Padre Ricardo, nós do
261Conselho Estadual de Saúde agradecemos muito pela presença e a exposição e estamos aqui a disposição, acho que
262todos os Conselheiros independente da religião de cada um, mas todos estamos engajados nessa Campanha da
263Fraternidades no aspecto que já trabalhávamos e participávamos como foi dito por vários Conselheiros. Vamos para o
264terceiro assunto da pauta, a proposta de Agenda Mínima para o ano de 2006 para esse Conselho. Em resposta a
265Conselheira Elfrida, nós tínhamos colocado isso aqui no começo do mês e até agora não veio, porque só foi liberado o
266Orçamento do Estado recentemente, então não tem a liberação desse recurso, o curso vai haver mas o problema é que
267por questões financeiras esse dinheiro não poderia ser liberado até nessas datas do dia 23 e 24, mas pedimos para a
268direção geral da SESA nos informar quando esse recurso estará disponível para que possamos agendar com esse
269Conselho a realização de capacitação para novos Conselheiros, só não foi realizado agora porque o orçamento do
270Estado foi autorizado próximo ao dia 15 de fevereiro e foi impossível de fazermos essa capacitação. Então a outra
271sugestão foi bem lembrada, o Relatório de Gestão do primeiro trimestre de 2006 você sugere que tenha os quatro
272trimestres de 2005? **ELFRIDA** – Na verdade como estava constando, porque na última reunião foi discutido o terceiro
273trimestre, então falta fechar o ano de 2005 e na Agenda Mínima está como Relatório de Gestão do quarto trimestre. Se
274não está em pauta agora provavelmente deverá ser imediatamente na próxima reunião. **DR. FRANCISCO** – Com
275certeza pediremos para a SESA agendar essa apresentação para o dia 22 de março, até porque estava agendada para
276essa e não veio nenhuma proposta. Gostaria também que a Secretaria Executiva peça já este Relatório de Gestão para
277a SESA, para que possamos enviar para todos os Conselheiros previamente, para que na reunião da Comissão da
278proposta possa ser apreciada. **ELFRIDA** – A respeito desse tema novamente, olhando Relatório de Gestão do terceiro
279trimestre existe elementos, e aí já estou colocando como recomendação de que o parâmetro, a meta seja colocado
280com seu devido resultado, porque o indicativo por exemplo se estipula uma meta e deixa-se isoladamente o percentual,
281ele não significa nada estatisticamente. Então que seja totalmente revisado com o seu objetivo, a meta e o seu
282resultado como uma leitura estatística adequada, e indicadores epidemiológicos conforme a Agenda de Saúde, porque
283também é parâmetro e tem que se olhar nessa Agenda para fazer essa avaliação desse relatório. **DR. FRANCISCO** –
284Tudo bem, vamos inclusive lembrar as equipes da Secretaria de Saúde das recomendações que agora a Conselheira
285apresenta e que reforçam aquela da reunião passada quando nós apreciamos o relatório do terceiro trimestre e
286pedimos já que fosse feito uma série de observações e considerações. Já tem duas observações feitas pela Conselheira
287Elfrida, mais alguma observação para a Agenda Mínima do Conselho Estadual de Saúde? Lembrando que no dia 29 de
288agosto está agendado para que os candidatos venham fazer apresentação de sua proposta de Saúde e seu Plano de
289governo, foi uma proposta que vamos agendar quando tiver já anunciado os devidos candidatos e suas equipes de
290campanha, como aconteceu em 2002 quando os candidatos ao governo do Estado vieram a esse Conselho e cada um
291deles apresentou a sua proposta de governo para a área da Saúde. Cada Conselheiro poderá fazer a sua análise,
292lembrando que este Conselho é supra ou apartidário e que vamos apenas questionar apenas no aspecto de viabilidade
293ou apenas conhecer as propostas apresentadas pelos candidatos. Eles só aprontam em agosto e encaminham em
294agosto. Então como a nossa Reunião Ordinária de agosto é no dia 30, está marcada a LDO para o dia 30, mas vou
295fazer questão de ver qual é prazo que nós temos para observar e emitir alguma opinião a respeito da LDO de 2007 e se
296for necessário podemos até convocar uma Reunião Extraordinária para discutir esse assunto, da mesma forma a LOA
297que é encaminhada para Assembléia Legislativa e nós só fomos ter acesso a ela em setembro, de qualquer forma
298vamos seguir o mesmo raciocínio para ver se conseguimos ter esse material antes e apreciar extraordinariamente ou na
299data prevista e encaminhar alguma sugestão ou críticas a esse ante projetos de lei. **DR. RUY** – No sentido de
300colaborar, o prazo é até setembro para votação na Assembléia Legislativa. Também foi sugerido aqui que deixasse
301claro o que é LDO e LOA para alguns que não conhecem. A LDO é a Lei de Diretrizes Orçamentárias e nela se baseia a
302LOA que é a Lei Orçamentária Anual. **DR. FRANCISCO** – Feito essas observações vamos tentar o quanto antes dentro
303dos prazos previstos fazer essas observações e críticas às propostas de lei. **ELFRIDA** – Só um encaminhamento sobre
304sugestão de pauta dentro do curso de capacitação, que o orçamento seja um item prioritário nesse curso de
305capacitação, porque esse esclarecimento que o Dr. Ruy fez temos que aprofundar para entender o que é financiamento
306de Saúde, porque é imprescindível e é ali que diz de fato onde vai se gastar. **DR. FRANCISCO** – Registrado a
307sugestão para a organização do curso de capacitação de Conselheiros. Nem uma colocação a mais, em regime de
308votação a proposta de Agenda Mínima para o Conselho Estadual de Saúde 2006. Contrários? Abstenções? Aprovado por
309unanimidade. Próximo tem é o quarto assunto da Mesa Diretora, proposta de calendário para reuniões do Conselho
310Estadual de Saúde. **AMAURY** – DEFIPAR. Eu sei que tradicionalmente as Reuniões Ordinárias do Conselho sempre são

57
58
59
60
61
62
63



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



311realizadas nas últimas quartas-feiras, mas queria se fosse possível e conforme a disponibilidade dos outros
312companheiros, que fosse alterado maio, janeiro e fevereiro de 2007, à exemplo do que vai acontecer na de março que
313não é na última, porque o último dia do mês para mim que sou contador é muito difícil estar disponível no último dia do
314mês para estar aqui, então se fosse possível adiantar para a penúltima quando a última quarta-feira for a última para
315mim facilitaria bastante. **DR. FRANCISCO** – Fico preocupado em não poder atendê-lo, mas é complicado. **RATTO** –
316Acho que está claro aqui que temos o titular e um suplente, acho que todos aqui programam a sua agenda anual, nós
317temos os Conselhos Municipais também e se está tudo programada e nesse mês ou em outro não dá, que o
318Conselheiro titular agende com o seu suplente. **JOSÉ CARLOS LEITE** - Acho que está se criando um hábito desse
319Conselho fazer reuniões descentralizadas, mas quando programamos reuniões descentralizadas no mínimo deve ser
320democráticas e privilegiar regiões que não se efetivaram até o momento, então se tem conhecimento de reuniões em
321Paranaguá, em Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Londrina. Então na primeira proposta não tinha Londrina e agora está
322aparecendo Londrina, eu proponho a substituição da reunião de junho de Londrina para a região norte pioneiro, na
323região de Jacarezinho até porque sabemos que é uma região bastante carente. Essa é minha proposta sobre o
324calendário. **DR. FRANCISCO** – A proposta que colocamos em Londrina e Cascavel é porque são cidades além de
325Curitiba que tem uma facilidade enorme de acesso de transportes rodoviários ou outros tipos de transportes, talvez no
326caso de Jacarezinho não sei como é a questão de acessibilidade. **JOSÉ CARLOS LEITE** - Só para esclarecer, achei
327viável a proposta de Cascavel porque na gestão passada tínhamos proposto e esse Conselho não acatou a nossa
328proposta, não estou falando nada em relação à Cascavel, acho que é viável mas a reunião de junho que seja
329transferida para Jacarezinho ou para outra cidade do norte pioneiro. **PICORELLI** – Então quando o Conselheiro diz
330que uma região é mais pobre nós achamos que uma região que é mais pobre de Controle Social é a nossa regional, o
331acesso é fácil. Como temos vários conflitos, um deles é a questão dos dois Conselhos, acho importante que o Conselho
332Estadual de Saúde fosse fazer uma reunião lá, porque temos mais de 40 Municípios que participariam, pode ser para o
333final do ano. **DR. FRANCISCO** – Queria fazer a seguinte posição, colocamos duas reuniões fora, uma em Londrina e
334outra em Cascavel, tem uma sugestão de acrescentar mais uma em Paranavaí e pelo que estou entendendo da
335proposta do Leite é substituir a reunião de Londrina por uma cidade do norte velho. Em relação ao norte pioneiro
336vamos ver que cidade tem o acesso melhor, para que só Conselheiros não tenham um acesso complicado. Pois não
337Matheos. **MATHEOS** – Acho que poderíamos hoje homologar as datas das reuniões e na seqüência a Mesa Diretora
338negocia junto com a Secretaria de Estado as informações de questões de acesso, de hotel, de local para a reunião e aí
339até podemos discutir isso e se não for ruim podemos eventualmente lá na frente chegarmos a uma conclusão que a
340cada três meses podemos fazer uma reunião descentralizada e aí estudaremos de acordo com a origem de cada
341Conselheiro quais são os lugares que trariam menos problemas, então entrariamos com uma proposta da Mesa com
342calendário de local, fechamos o calendário de datas e vamos depois discutir o calendário de local. A única coisa é que
343temos que lembrar é que nesses descentralizados pode ser que coincida algumas reuniões com alguns aniversários da
344cidade. Como proposta de encaminhamento mantemos as datas à princípio e vai para a Mesa Diretora junto com a
345Secretaria de Estado estudar quais são os locais mais acessíveis, tanto na questão de acesso como na questão de
346hoteleria e ambiente de reunião. **DR. FRANCISCO** – Tem algumas sugestões e tem uma proposta de
347encaminhamento. Gostaria de saber da Plenária se está clara a proposta de encaminhamento? Podemos encaminhar
348assim e em março a Mesa trás uma proposta de locais para ser apreciado na reunião de março em outros locais. **JOSÉ**
349**CARLOS LEITE** – Não tenho nada a me opor em relação a data, mas gostaria que ficasse dentro da proposta do
350Matheos como indicativo para a região do norte pioneiro. **DR. FRANCISCO** – Tudo bem. Também na região de
351Paranavaí para procurar discutir e contemplar as regiões do norte pioneiro e noroeste do Estado. Em relação às datas
352do calendário, tem uma solicitação do Amaury para se trocar as datas de três meses, janeiro e fevereiro de 2007 e de
353maio de 2006. Então primeiro em votação o calendário do jeito que está e segundo o calendário com a proposta que o
354Amaury solicitou. Em votação o calendário do jeito que está. Favoráveis? Em votação a proposta do Amaury.
355Favoráveis? A proposta aprovada é manter o calendário do jeito que está. E na reunião de março a Mesa trará uma
356proposta de locais de reuniões, contemplando na composição norte pioneiro e dentro do possível noroeste. Essa
357homologação da Secretária Executiva para que a gente possa pedir que a Marlene permaneça ou não tem que ser
358aprovado nesse Plenário, esse Conselho ao assumir cada gestão aprova ou não o nome da Secretária Executiva, para
359que façamos esse pedido ao Secretário de Saúde que mantenha a disponibilidade. **PICORELLI** – Pode observar que
360uma das estagiárias foi transferida, então vamos pedir que tenha mais uma estagiária para auxiliar a Marlene. **DR.**
361**FRANCISCO** - Quanto a pedido de mais servidores ou estagiários à disposição da Secretaria Executiva do Conselho
362tivemos uma conversa ontem com o Secretário, vamos formalizar esse pedido agora porque o pessoal está super
363atarefado. Em discussão o referendo da solicitação da disponibilidade da servidora Marlene da Secretaria de Saúde para
364permanecer como Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde. Em votação. Contrários? Abstencões? Aprovado
365a solicitação ao Secretário para que se permaneça a Sra. Marlene como Secretária Executiva do CES/PR. Próximo
366item 2.2.2 a situação dos medicamentos e regularização dos programas para diabetes, dislipidemia, Síndrome Séptica e
367toxoplasmose, apresentação do Dr. Luiz Ribas representante da Secretaria de Estado da Saúde. **Dr. LUIZ RIBAS** –
368Boa tarde à todos e obrigado pela oportunidade. Sou diretor do Centro de Medicamentos do Paraná, CEMEPAR. Nós
369estamos trazendo ao Conselho basicamente quatro temas de aumento do acesso do paciente no SUS no Estado do
370Paraná, alguns problemas já existem no Estado do Paraná e o que estamos defendendo na verdade pelo CEMEPAR é

65
66
67
68
69
70
71



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



371que sempre que vamos fazer esse aumento de acesso seja extremamente criterioso, então nós temos no CEMEPAR
372câmaras técnicas que são compostas por professores das várias universidades das áreas de especialidades e essas
373câmaras técnicas discutem o tema sob o ponto de vista da indicação médica e assim por diante. Nós usamos critérios
374rigorosos de eficiência porque o investimento é extremamente importante, os Srs. sabem que tem alguns
375medicamentos que são muito caros e estamos colocando agora alguns critérios para controle dos resultados no
376momento em que o paciente vai renovar a sua retirada do medicamento. Então no programa de dislipidemia o do
377colesterol alto, no país já se tem um tratamento diferenciado com financiamento do Ministério da Saúde, no Estado
378estávamos usando apenas um medicamento que se chama sinvastatina e existe uma escala para medicamentos que
379são um pouco mais sofisticado. Nós chamamos os representantes da Sociedade de Paranaense de Cardiologia e gente
380das universidades para discutir o assunto e reorganizamos o programa colocando a sinvastatina num nível de atenção
381primária de entrada do paciente, com alguns critérios de que se o paciente não responde ao tratamento ou tem efeitos
382colaterais pela sinvastatina terá um segundo item que é a atorvastatina que é um pouco mais caro, mas que está
383indicado na seqüência do tratamento, então é uma opção que o Estado do Paraná estaria dando. No caso da
384toxoplasmose só vou citar, estamos com os grupos técnicos da Secretaria de Saúde trabalhando porque a
385toxoplasmose ainda é um problema sério no Estado do Paraná, trás problemas de grandes conseqüências com a
386gestante como exemplo a cegueira do feto e outros problemas. Na próxima reunião do Conselho apresentaremos um
387programa completo de como será enfrentado o problema da toxoplasmose no Estado do Paraná. No caso do diabetes é
388uma particularidade do nosso Estado, tem uma legislação que prevê medicamento integral do paciente diabético, no
389ano de 2003 recebemos muitas demandas judiciais com relação as insulinas que são mais sofisticadas e portanto
390extremamente caras, obviamente há uma lógica no tratamento do paciente diabético que não começa com aquela
391insulina que é mais sofisticada. Então criamos com junto com pessoal técnico e médicos da Sociedade Paranaense de
392Endocrinologia e da Universidade Estadual do Paraná um programa que prevê o programa completo de Antônio
393Zarantonelo ao paciente diabético, inclusive aquele paciente que por exemplo iniciou o tratamento, a insulina que se
394usa regularmente em que a maior parte dos paciente responde bem e o paciente não responde adequadamente, terá o
395acompanhamento com os exames complementares, como o investimento é alto temos que ser eficientes, nós temos
396que fazer o segmento para analisar se efetivamente esse investimento feito nessas insulinas mais sofisticadas para
397pacientes que não respondem ao conceito geral, se estão realmente fazendo efeito. No último caso é o Programa de
398Otimização no Tratamento da Síndrome Séptica, há algum tempo atrás nós reavaliamos uma Ata desse Conselho, havia
399sido trazido isoladamente a aquisição pela Secretaria de Saúde por um produto para tratamento da septicemia e há
400uma indicação nessa Ata de que a Secretaria de Saúde apresentasse um maior respaldo técnico para implementar um
401programa dessa natureza. Nós chamamos o representante da Sociedade Paranaense de Medicina Intensiva,
402trabalhamos por três meses num protocolo e chegamos a conclusão e esse é um programa inédito no país e nem na
403América Latina, que é o Programa de Otimização do Tratamento da Síndrome Séptica e que não é apenas o
404medicamento. Infelizmente a literatura pública fala de formulas mágicas onde diz use determinado medicamento e ele
405vai salvar, não é assim, se você não elege exatamente aquele paciente que tem que entrar naquele protocolo de
406tratamento não trás resultado e o gasto é extremamente elevado. Então dentro desse programa iniciou-se um
407treinamento, respondendo até aquela expectativa que estava colocada na Ata do Conselho, um treinamento de
408médicos e equipe com critérios clínicos o paciente de um protocolo amplo, o treinamento para que o médico
409identificasse mais precocemente uma possível síndrome de septicemia grave que mata na maior parte dos casos, um
410pacote de ressuscitação do paciente com septicemia que prevê também alguns exames complementares mais
411sofisticados e efetivamente um pacote de manejo do paciente e se passar por toda essa escala e se enquadrar naquele
412protocolo, ele pode ou não receber aquele medicamento mais sofisticado, a natureza do raciocínio é sempre a mesma,
413que tecnicamente esteja indicado, que eticamente não estejamos fazendo experiência e que seja viável
414economicamente. Então com esse conceito esses três programas que nós trouxemos, procurei ser bastante breve para
415ganhar o tempo nas respostas há algum questionamento que apareça e fico a disposição. Obrigado. **DR. FRANCISCO**
416— Obrigado Dr. Luiz Ribas. Colocamos aberto para questionamentos e esclarecimentos por parte dos Srs. Conselheiros.
417**MOACIR** – FEMIPA. Esse protocolo que o Sr. fez menção desse estudo está disponibilizado ao uso dos seus colegas,
418de quem trabalha na área? **LUIZ RIBAS** – Sem dúvida nenhuma. O Sr. está falando especificamente do último? Já
419houve treinamento pela Universidade Federal do Paraná de 80 médicos nesse protocolo e eu trouxe inclusive os
420protocolos para deixar a disposição do Conselho. Então vai haver o maior número de treinamentos, o primeiro hospital
421qual os médicos foram treinados é o hospital do Trabalhador, porque tínhamos que trazer alguns dados mais concreto
422e é o que nós estamos desenvolvendo pela Secretaria, nós temos a previsão nesse projeto piloto que a Secretaria está
423prevendo, nesse Hospital do Trabalhador que temos a gestão e os Hospitais Universitários de Clínicas, Londrina,
424Cascavel e Maringá, são cinco unidades. Paralelo à isso temos a promessa do Sr. Ministro da Saúde feito pessoalmente
425ao Secretário, que uma vez esse projeto piloto implantado e com esses resultados, porque isso é inédito, não tem esse
426protocolo implantado no país, que ele colocaria recurso do Ministério da Saúde para outros hospitais do Paraná e que
427hoje nós avaliamos e seria em torno de 20 ou 22 entidade. **MATHEOS** – Uma parte já está respondido do
428questionamento que tinha que é a questão da expansão do projeto para a outra etapa da rede, a FEMIPA já
429questionou. Agora uma preocupação que temos e agora como Gestores, está na questão do manejo do paciente
430diabético, principalmente daquele que não vem da rede pública e que cai no nosso colo com as insulinas latas, o

73
74
75
76
77
78
79



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



431 megon e assim por diante. A legislação que temos aqui no Estado do Paraná que é do ano de 2001 e que até onde
432 saiba ainda não havia regulamentada por decreto. Então qual seria o esquema terapêutico que estaria ampliando, fora
433 aquele que o Ministério da Saúde já nós repassa? **LUIZ RIBAS** – Na verdade estamos ampliando tentando cumprir o
434 que a lei prevê mas com critério, porque não é todo paciente diabético que vai usar uma insulina de terceira geração, é
435 uma escala onde começa usando uma determinada insulina e eventualmente não respondeu passa para outra, isso
436 tudo comprovado, não estamos fazendo experiência, isso tudo é a Sociedade Paranaense de Endocrinologia que prevê,
437 não estamos achando nada, embora eu sendo médico não sou eu que determino isso é o comitê técnico. Então uma
438 vez que o indivíduo entre, a primeira coisa é que estamos evitando demandas judiciais que custam caro para o Estado
439 e em consequência custo caro para toda a população, porque o paciente não precisa mais entrar com demanda, ele
440 entra com o pedido dele baseado no protocolo existente no Estado do Paraná, ou seja, usou a insulina tal e não
441 respondeu, está fazendo tal e qual crise, independentemente de qualquer coisa, é cidadão faz parte do sistema, e
442 essas insulinas é muito raro que o paciente tenha condições de adquirir. Se o paciente tem avaliação técnica é avaliado
443 pela nossa auditoria médica e imediatamente entra no processo, não só de receber uma insulina mais sofisticada, mas
444 também e receber a fita e o aparelho para fazer a dosagem. **MATHEOS** – O que a gente tem visto e eu pelo menos no
445 Município de Curitiba forneço as fitas também, a gente conhecia mais ou menos o problema e temos visto que os
446 Municípios em geral não conhecem, não sabem dar o acesso. **LUIZ RIBAS** – E não sabem mesmo porque na verdade
447 estamos apresentando ao Conselho para aprovação, estamos há quatro meses estudando para ter um raciocínio
448 porque isso depende um investimento grande. então não bastava simplesmente comprarmos a insulina mais
449 sofisticada. **MATHEOS** – E aí tem a questão de estudo epidemiológico, qual o número de pacientes que se vai poder
450 cobrir no período. **LUIZ RIBAS** – Na verdade a própria pessoa técnica que é endocrinologista e que é responsável
451 pela Sociedade Paranaense de Endocrinologia, não sabe exatamente o percentual de pacientes que escapam e são
452 resistentes à insulina que se usa normalmente e que o Ministério da Saúde financia. **NETO** – Acho interessante o
453 Estado sair na frente, porém a minha preocupação segue um pouco a do Matheos como que se dará esse protocolo,
454 como vai ser esse acesso na substituição de um medicamento que não tem surtido efeito? Esse controle é muito
455 complicado, por exemplo acompanha-se o paciente na diabete, hoje nós temos medicamento no sistema público que
456 sabemos que não se tem mantido um controle, já não é o mais adequado. Tenho uma preocupação muito grande e
457 acho que vocês vão trabalhar com isso, que é na questão dos problemas respiratórios, mais especificamente a asma e
458 que o Ministério da Saúde teve a atitude mais inteligente em relação a medicamentos, que foi a compra de corticóides
459 inalatórios e sabemos que o custo benefício é excelente. Mas a minha preocupação é em relação à esse protocolo,
460 quem vai manter esse controle e quem vai estar junto à esse paciente para ter essa informação? **LUIZ RIBAS** – O Sr.
461 tem absolutamente razão. A idéia é a seguinte, no Estado do Paraná foi criada uma lei sem discussão preliminar que é
462 isso que estamos fazendo agora, foi colocado que trataria o paciente com tudo que ele tem direito, o indivíduo pode
463 até entender que essa insulina mais cara é a que ele quer e algum médico pode entender que essa insulina mais cara é
464 aquela que ele quer também. Hoje infelizmente ou felizmente existe um negócio chamado medicina baseada em
465 evidência, então nós vamos usar um pouco dessa ciência que já está definida, dizendo que uma insulina. Desse
466 protocolo e claro vai chegar num ponto que teremos um investimento, sem dúvida menor do que o investimento que é
467 feito hoje respondendo a demanda judicial que é sem critério, o juiz manda e obviamente não é papel do juiz entender
468 de medicina, ele manda para qualquer paciente fazer e custa muito caro, eu não poço comprar por pregão eletrônico e
469 por processo licitatório, tenho que ir no mercado comprar e aí compro mais caro. Então isso na verdade é um dos
470 temas, a questão de medicamentos no país é muito grave, então até me proponho em uma oportunidade se o
471 Conselho tiver interesse a por isso como ampla discussão. Então essa é a tese, tem uma lei para evitar demanda nós
472 vamos iniciar um protocolo científico com ampla discussão da sociedade médica e sem dúvida nenhuma vamos por
473 porteiros de acesso, porque aí faremos um racionalização da utilização. Outra coisa é o critério de controle de
474 resultados, não adianta nada esse investimento se eu não souber que aquela glicemia está abaixando e que o indivíduo
475 não está indo para uma insuficiência renal, é o que acontece, não adianta usar aquela insulina que as vezes o
476 Ministério da Saúde prescreve e não tem controle, chega num ponto da vida do diabético que corta o dedo, corta a
477 perna, tem problema renal e aí não tem quem pague o custo social não tem quem pague definitivamente, e o custo
478 efetivo da hospitalização e da assistência médica é inviável. Obrigado. **DR. FRANCISCO** – Se formos dar a réplica, não
479 que não possa, mas tem mais colegas inscritos o Dr. Ruy e a Elfrida e estão inscritos novamente o Matheos e o Neto.
480 **DR. RUY** – Existe duas leis estaduais recentes, uma de 2002 que é a Lei 13438 que fala do Controle Social nesse
481 programa que o Sr. acabou de explicar, aí fala do Controle Social, Conselho Estadual de Saúde no seu Artigo 2º
482 Parágrafos 1º e 5º que segundo o trabalho e esta muito claro, tem que sempre apresentar ao Conselho Estadual de
483 Saúde e etc. O Dr. Matheos já me contemplou em parte quando falou que sempre tem entregue o glicosímetro para
484 doente de diabete fazer o autocontrole em casa e coisa que não acontece na prática por aí, é uma dificuldade muito
485 grande para o usuário conseguir o glicosímetro. Então gostaria de pedir ao câmara técnica a viabilização do que está na
486 legislação, nessa lei que fala do Controle Social. Existe uma outra lei que não foi sancionada pelo Governador, mas a
487 Assembléia Legislativa derrubou o veto e promulgou essa lei após essa do Controle Social em que tira o Controle Social
488 mas não suspendeu essa lei que também fala nos mesmos termos do Controle que não é o social mas de outro controle
489 pela Assembléia Legislativa, dessa câmara técnica e do grupo técnico. Outro questionamento é sobre o protocolo da
490 sinvastatina ao portador da hipercolesterolemia, porque que há diferenciação para o portador de HIV em relação aos

81
82
83
84
85
86
87



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



491demais Usuários? Porque o portador de HIV tem mais dificuldade de conseguir a sinvastatina, tem que atingir de 500
492mg para cima de colesterol e os demais não precisam atingir esse nível tão elevado para conseguir a sinvastatina?
493Muito obrigado. **LUIZ RIBAS** – Com relação a primeira questão do glicosímetro talvez não tenha me explicado bem. O
494Programa de Tratamento Integral do Diabete prevê o glicosímetro em algumas circunstância de controle mais rigoroso,
495como é o caso dessa insulina de 2ª ou 3ª geração, então já está previsto que haja um controle e a entrega do
496glicosímetro e da fita, esse programa está sendo lançado para apreciação desse Conselho e a partir desse lançamento
497nós vamos fazer o treinamento das pessoas. Sobre a sinvastatina existem algumas questões técnicas em relação ao
498grupo que está contaminado com o HIV ou que tem a doença, acho que não é momento agora para discutir porque o
499fígado eventualmente responde diferente ou não, o que estou trazendo como programa diferente é que além da
500sinvastatina que vamos ampliar a abertura da porta de acesso que hoje é apenas a cardiologia, estamos procurando
501ampliar um pouco porque por exemplo se sou médico da atenção primária e recebo um paciente com 320 de colesterol,
502eu tenho que usar algum tipo de medida se a dieta e o exercício físico não deu certo. Então estamos discutindo isso e
503estamos dando uma segunda alternativa, quer dizer, obviamente vai ser revista toda essa posição com relação ao
504paciente de HIV que deve ser alguma coisa da fisiopatologia, ou seja, da forma que a doença se apresenta no paciente
505com HIV. **ELFRIDA** – SindSaúde. Tenho alguns questionamentos mais para esclarecimento. A dislipidemia já está
506dentro do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde? O Sr. citou essa droga mas ela não faz
507parte desse protocolo já assinado pelo Ministério da Saúde. O outro questionamento que tenho é em relação a essa
508situação que dentro do protocolo do Estado essas drogas estão nas não padronizadas, então seria um protocolo clínico
509aos moldes do que existe do Ministério da Saúde com as devidas diretrizes terapêuticas, com o fluxograma, com toda a
510distribuição aos moldes do do Ministério da Saúde, porque eu conheço e sei que ele é um pouco burocrático, mas em
511termos de sistematização é bom. Em relação aos custos eu vi um dado muito interessante do próprio protocolo, só no
512ano de 2002 de 129 mil pacientes atendidos se gastou quase 483 milhões, minha Regional gasta ao equivalente igual à
513Atenção Básica, é um dado muito interessante. E esses não padronizados que demandam ações judiciais, acho que isso
514urge do Estado, acho que é muito interessante a iniciativa dessa câmara técnica discutir protocolo clínico e diretrizes
515terapêuticas, porque se direciona enquanto SUS opções terapêuticas. Mas também fico preocupada porque os
516indicadores de Saúde numa série histórica que retirei no *site* oficial da página do Estado tem o dado só até 2004, todos
517os indicadores permanecem ou pioraram, por exemplo o indicador de redução de internamento por infarto, por com
518são todos indicadores que não tem resultados diferentes, a terapia renal substitutiva aumentou o número de pacientes
519por conta de perder rim por causa do diabetes, os médicos podem estar validando essa questão porque é um dado e
520um indicador muito importante. Então acho que paralelamente é importante, é uma reivindicação muito antiga escrever
521pelo protocolo clínico com diretrizes terapêuticas ao molde do que está escrito no Ministério da Saúde, porque se da
522uma diversidade de opções, diretrizes e fluxogramas e não se permite que qualquer pessoa ou as ações judiciais
523estejam cerceadas. A exemplo do que o Ministério Público falou no ano passado quando o viox estava proibido tinha 60
524kg de prescrição para a justiça deliberar, quer dizer que existe um grave problema nessa questão de prescrição e a
525indicação equivocada. Então acho que isso venha à suprir, mas eu só conheço protocolo do Estado dentro da Saúde
526Mental que foi editado no ano passado, acho que falta complementar toda a questão de indicação clínica e a sua
527diretriz terapêutica deve ser mais elaborada, porque se não da o diagnóstico e fecha. Eu gosto muito e li com muita
528atenção o protocolo do Ministério da Saúde, ele fundamenta com toda a bibliografia clínica, com as opções, com o
529controle e avaliação, por exemplo a dislipidemia só deve ser usado quando tudo que deve ser feito na Atenção Básica
530der errado e o paciente tem risco de infarto, para mim enquanto Saúde Pública esse tudo antes é extremamente
531irrelevante. E sugerindo para o Dr. Carlos Manoel que está presente atualizar a página de dados do Estado, eu sou
532Conselheira nova e estou com dificuldade de ter acesso de informação. Obrigado. **LUIZ RIBAS** – Primeiro novamente
533talvez não tenha me expressado bem, eu disse exercício físico, dieta e depois nós falamos dos medicamentos, isso é
534atenção primária, isso até falei e deve estar gravado, porque obviamente na atenção primária tem que reforçar essa
535idéia com a Sra. está reforçando. A segunda coisa não estamos inventando a roda, nós vamos seguir rigorosamente o
536que os cientistas nacionais já prescreveram e editaram como norma do Ministério da Saúde, o que estamos fazendo é,
537a exemplo de outros Estados da nação colocando uma alternativa terapêutica no caso da dislipidemia. Em relação a
538sinvastatina nós vamos tentar criar um critério de entrada um pouco mais adaptado a realidade, porque o paciente faz
539o exercício, faz a dieta e continua com o colesterol alto. Então estamos tentando tornar eficiente o sistema e a
540sinvastatina é muito custo eficiente adequada. Tem pacientes que tem contra indicação da sinvastatina por causa do
541fígado, do rim ou porque tem efeitos colaterais e não estão respondendo, não adianta continuar usando quilos de
542sinvastatina que não vai resolver, então usamos uma outra estatina que no caso do Paraná pela sociedade foi indicada
543a atorvastatina, mas está indicada como segunda opção outra estatina no Ministério da Saúde. Então isso tudo está
544previsto e vamos deixar à disposição do Conselho. E de novo, ninguém está inventando por achar, é tudo com critério
545tentando dar uma alternativa terapêutica e tornar eficiente o investimento feito pelo Estado. Outra coisa e pela terceira
546vez, estamos lançando à aprovação desse Conselho hoje os três programas que estão aqui e isso a partir de hoje
547efetivamente passa a ser o programa do Estado do Paraná. Então se o pessoal ainda não sabe exatamente do
548Programa do Diabete, se o pessoal ainda não foi treinado no Programa da Septicemia ou se o pessoal das nossas
549Regionais não recebeu a atorvastatina é porque estamos lançando a idéia. **DR. FRANCISCO** – Eu estou inscrito. Por
550ser de outro hospital mas também por trabalhar junto com os auditores da Regional de Saúde eu tenho uma série de

89
90
91
92
93
94
95



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



551 preocupações. Primeiro quero parabenizar a iniciativa. Mas para que isso não vire um poço sem fundo, ou para que não
552 fique maior ainda, algumas preocupações que inclusive a Elfrida coloca, hoje os protocolos das estatinas vão muito na
553 questão do colesterol, índice de tal e etc., porém eu percebo e acompanho lá que ninguém mais pergunta se o
554 paciente está fazendo exercícios, quer dizer, tem colesterol alto, se já foi alguma vez para o cardiologista, já se indica a
555 sinvastatina mesmo com o colesterol com índices não tão altos. Precisa se constar no protocolo não só se o índice de
556 colesterol e triglicerídeos está abaixando, mas também se o peso do paciente está abaixando, porque pode aparecer
557 algum medicamento para emagrecer, assim como a cirurgia bariátrica virou panacéia para a obesidade a sinvastatina
558 pode virar também a panacéia para quem tem colesterol aumentado. É claro que a atorvastatina é muito mais cara,
559 porém é uma estatina melhor que a sinvastatina e claro que os cardiologistas preferem a atorvastatina. Conheço essa
560 situação e tenho a preocupação que nenhum profissional vai prescrever a sinvastatina se entrar a atorvastatina,
561 exceto para o paciente que tenha próximo de 100 de colesterol que a sinvastatina pode resolver, mas para o paciente
562 que passar de 100 de colesterol será prescrito a atorvastatina, por isso deve se ter muito cuidado e controle rigoroso
563 com critérios. Da mesma forma por ser intensivista me preocupa o medicamento **chigles**, não sou contra, mas o custo
564 benefício tem que ser muito bem acompanhado, e até proponho à esse Conselho a aprovação dessa proposta, porém
565 com uma reavaliação daqui alguns meses, porque o **chigles** tem um custo muito alto, claro que tem seus benefícios
566 mas quero dizer como intensivista que a indicação é de difícil precisão, se não for naquele momento exato pode se
567 esquecer, porque não nem antes e nem depois indica o **chigles**. Quero deixar bem claro aos Conselheiros que fico um
568 pouco mais tranquilo porque esse medicamento estão sendo indicado para unidade de terapia intensiva de hospitais
569 escolas públicos, onde a própria determinação do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde indica que
570 qualquer novo protocolo, terapia, inclusão tecnológica passe pela a avaliação dos hospitais escolas. Acho ótimo que
571 esteja sendo feito dessa forma, porque se não vai se abrir de qualquer forma e pode acontecer que exista a hipótese
572 de um paciente septicêmico estar para morrer e algum colega diga para a família que se o paciente tomasse o
573 medicamento **chigles** talvez vivesse, se isso acontecer a família vai exigir para o Secretário, para o Promotor para que
574 se forneça o medicamento **chigles**, sabemos que está fora de protocolo, não tem indicação, mas conseguir explicar isso
575 para os familiares é muito difícil. Então acho que se deve ter uma discussão aprofundada, principalmente em relação ao
576 **chigles**, mas não sejamos contrários a iniciativa da Secretaria em propor protocolos, não engessados, mas rígidos,
577 objetivos, claros e periodicamente avaliados. **LUIZ RIBAS** – Nesse primeiro *slide* tentamos trazer isso à tona e que é a
578 grande preocupação, primeiro não é desregado e hoje em lugar nenhum do mundo se faz atenção à saúde
579 especificamente na área médica sem critérios a serem seguidos, isso é muito importante que é a tal da medicina
580 baseada em evidência e que seguimos, as vezes as sociedades médicas não são tão rigorosas com isso. Por exemplo
581 em relação a sinvastatina e atorvastatina tem um critério rigoroso que hoje é a APC apresentada ao Ministério da
582 Saúde e é cobrado, tem um critério rigoroso de entrada nesse novo sistema, nessa alternativa, obviamente isso será
583 controlado e organizado. Sou professor há 20 anos na UFPR e sei que o médico hoje recebe em torno de sete
584 representantes de laboratório por dia fazendo propaganda que se tem o melhor medicamento para qualquer coisa,
585 todo dia se tem um lançamento na indústria internacional. Então o papel da Secretaria é analisar o que efetivamente
586 pode trazer benefício ao paciente, que está previstos em alguns protocolos e tentar organizar a realidade local que é o
587 caso da dislipidemia. No caso do **chigles** é mais rigoroso ainda, porque o apelo entre a vida e a morte está muito
588 presente na UTI, por isso um grupo pequeno de hospitais e instituições que estão integradas à esse primeiro evento,
589 porque efetivamente de 90 à 180 dias teremos estatisticamente em quais pacientes usamos, quais foram os be
590 nefícios e é um compromisso que está sendo gravado, traremos para o Conselho analisar se realmente foi efetivo ou
591 não. Porque se tem 20 ou 30% de sucesso? Porque é o mais indicado, o médico é pressionado e acaba prescrevendo
592 um medicamento de uma forma totalmente mal indicada e que não trás resultado. Por outro lado tivemos um caso que
593 o paciente tinha 25 anos e teve um acidente onde fez uma lesão, uma septicemia grave, tendo a vida inteira pela
594 frente foi indicado o produto porque estava dentro do protocolo e salvou, é assim que funciona, desde que se use os
595 critérios clínicos indicados. Voltando para o caso da dislipidemia porque o Secretário está perguntando, a atorvastatina
596 na verdade tem haver com o percentual da população que está previsto que utilize. Então vai ter um escalonamento e
597 uma utilização da sinvastatina mais criteriosamente, o estímulo da atenção primária para o exercício e etc., vai ser uma
598 população controlada que vai usar essa atorvastatina, no caso do diabetes é exatamente o mesmo critério. Então o
599 papel da Secretaria é técnico, temos que eleger a terapêutica e criar critérios e mais, estamos nos expondo claramente
600 à avaliação desses programas e isso é uma indicação do Secretário, claro que um programa não acontece de um mês
601 para o outro, acontece de seis a doze meses, daqui há 180 dias traremos os resultados à crítica geral. **DR.**
602 **FRANCISCO** – Na fala do Matheos enceraremos as inscrições para esse assunto. **MATHEOS** – Acho que seria
603 interessante fazermos alguns alertas, por exemplo quando comecei a implantar o uso de fitas, acontece que quando
604 vem a licitação sou obrigado a comprar outra fita e perco o glicosímetro, esse é um nó que temos que estudar.
605 Consegui dentro da própria legislação da licitação a desculpa da continuidade do programa, temos que pensar nisso e
606 que inclusive fosse padronizado o glicosímetro e a fita. A segunda questão é que a Secretaria de Estado, não as
607 Secretarias Municipais, estamos levando processo em cima de processo com mandado de segurança e tutela
608 antecipada em relação ao interferon piguilado, que é uma apresentação do interferon que usa-se uma vez por semana
609 na hepatite C, tem protocolo do Ministério da Saúde desde 2002 e os colegas rasgam esse protocolo, o juiz também
610 rasga também o protocolo e manda a gente fornecer, então a questão de protocolo não é uma questão de garantia.

97
98
99
100
101
102
103



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



611 Outra preocupação que tenho é em relação ao **chigles**, prefiro pagar o hospital do que fornecer, porque se não
612 qualquer cidadão vai acionar a Secretaria de Saúde para fornecer de seu estoque o **chigles**, tem que se tomar cuidado
613 com isso também. Aquilo que se tem em estoque o juiz pode te tomar, aquilo que você paga para o Prestador o juiz
614 não pode tomar de um hospital para levar para outro, o hospital pode emprestar negociando em cima de critérios,
615 agora se tiver no estoque do CEMEPAR pode-se através de liminar ter que fornecer, eventualmente é melhor inventar
616 uma forma de suplementação do que fazer estoque. Então nessas partes operacionais e como Gestor agora, sou
617 obrigado a lembrar que essas dificuldades existem e são frequentes, e quanto a questão técnica quero lembrar também
618 que nós fazemos parte da Comissão que está realizando o RENAN e já estamos pensando em tirar a sinvastatina dos
619 excepcionais, porque dela agora está competitivo e cabe na Atenção Básica, e deixar a atorvastatina que já estava
620 padronizada desde 2002 na lista dos especiais, como excepcionais APAC. **LUIZ RIBAS** – O reembolso já tem o que
621 ele está dizendo, faz uma APAC e reembolsa. O Secretário está propondo que se coloque um período de 06 à 12
622 meses, que é razoável. **NETO** - É só um alerta defendendo a classe dos Trabalhadores. Qualquer protocolo só vai ter
623 funcionalidade e só vamos achar acesso racional se todos e não só os médicos, mas toda uma equipe de profissionais
624 de Saúde tiverem presentes, treinados e comprometidos com esse protocolo. **ELFRIDA** – Nós vamos colocar em
625 votação essa proposta e não sei se cabe mas faria uma seguinte sugestão, a dislipidemia está no protocolo do
626 Ministério da Saúde como excepcional e tem uma gama, porque a partir de 12 meses se abrir o protocolo do Estado
627 gera-se uma demanda, ignora-se o protocolo do Ministério da Saúde e daí não tem mais volta, eu sugeriria que o
628 excepcional fosse encaminhado para essa câmara hierárquica do Ministério da Saúde, porque tem todo um fluxograma
629 já estabelecido e para não estarmos se dirimindo de não atender uma demanda desse, uma discussão a respeito do
630 tema, acho que não é por aí. Mas que se faça um caminho onde já tem trilhado um espaço de discussão e os não
631 padronizados que de fato o Estado faça esse protocolo com as diretrizes terapêuticas, aos moldes do que já temos
632 conhecido dos excepcionais. Só para se ter uma idéia os não padronizados são 1.400.000 por trimestre de ações
633 judiciais e outras demandas, é muito dinheiro. Se a Mesa puder acatar a minha sugestão para votação. **LUIZ RIBAS** –
634 Só quero reforçar que no caso da dislipidemia a atorvastatina faz parte do protocolo do Ministério da Saúde. O Estado
635 do Paraná não estava com uma organização de hierarquia de uso de atorvastatina, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio
636 de Janeiro já usam a atorvastatina desregadamente, nós tínhamos um consumo extremamente pequeno de
637 atorvastatina e que é a segunda opção à sinvastatina. **ELFRIDA** – Só para esclarecer. Seguimos então o protocolo do
638 Ministério da Saúde que está escrito. **LUIZ RIBAS** – Exatamente. Colocando um critério local. **DR. FRANCISCO** –
639 deixar bem claro que é uma questão realmente bastante técnica, talvez alguns Conselheiros possam até ter alguma
640 dificuldade para discussão, mas o que eu sugeriria é a implantação desse programa, e que se tenha um protocolo
641 cientificamente e rigidamente controlados e com uma avaliação de 180 dias aqui nesse Conselho, se possível um pouco
642 antes da apresentação da avaliação encaminhasse para o Conselho. Quem aprova essa proposta feita pelo CEMEPAR,
643 pela Secretaria de Saúde com essa adaptação do Conselho? Alguém contrário? Abstencões? Aprovado por
644 unanimidade. Gostaria de passar a palavra ao Secretário antes do próximo ponto de pauta. **DR. CLAUDIO XAVIER** –
645 Gostaria evidentemente de dar os parabéns à todos os eleitos, mas gostaria inicialmente em nome da Secretaria e do
646 Governo do Estado agradecer especialmente a duas pessoas, ao Carlos Manoel e ao Gilberto que nos representaram e
647 representaram a Secretaria no período da última gestão. Vamos continuar juntos, o Carlos Manoel na Diretoria Geral,
648 eu na Secretaria. Ontem nós fizemos um pedido a então Presidente Maria Goretti que tentássemos encaminhar o
649 quanto antes a substituição do Gilberto, como vocês já sabem ele sai no dia 02 de abril para cuidar da sua candidatura.
650 Mas gostaria Carlos de lhe dar os parabéns pelo esforço e pela condução no Conselho, que sempre esteve
651 representando a Secretaria junto com o Gilberto. Quero dar os parabéns à todos os eleitos, acho que é o momento de
652 renovação, o momento de troca sempre é útil porque refazemos as baterias, podemos ver o que está errado, o que
653 tem que mudar, surgem novas idéias, novas propostas e novos encaminhamentos. Então a troca das pessoas, não
654 pelas pessoas em si, mas ela acaba trazendo força ao Conselho Estadual de Saúde. Então o Francisco, a Marina, o
655 Valdir, o Amaury, a Dra. Arlete, o Neto a Sandra que tem sido suplente do Carlos Manoel e do Gilberto, a Vanessa que
656 também estava no Conselho, então todos vocês chegam agora com uma energia revigorada, acho que assim como
657 começo de ano, aniversário, posse de nova diretoria é um momento de se parar e fazer uma reflexão. E acho que o
658 momento é um momento para o Conselho, é um ano eleitoral e é um ano que vai ser discutido política de governo,
659 investimento e vamos ter que estar muito mais próximos e respeitando o Conselho Estadual de Saúde. Ontem mais
660 uma vez eu colocava à Presidente Maria Goretti que eu acho que o caminho deve ser este, Governo é Governo, Gestor
661 é Gestor, Controle Social é Controle Social, o que não pode em momento algum significar afastamento,
662 desconsideração ou pouco contato. Então a idéia nessa nova gestão e eu espero que a vida pessoal permita de estar
663 cada vez mais próximo acompanhando as reuniões do Conselho. E gostaria de já deixar agendado com o Francisco e
664 que ficasse oficial, que sempre haja uma reunião previa da Mesa Diretora comigo, com o Carlos Manoel e com os
665 representantes da Secretaria, então já fica agendado que na véspera sempre que possível ou se o horário permitir pela
666 manhã a Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde se reúna com a Mesa Diretora da Secretaria de Saúde, eu e o
667 Carlos Manoel e as pessoas que fazem parte do Conselho. Nós estamos muito próximos numa apresentação na Escola
668 de Governo às terças-feiras no Museu Oscar Niemeyer e eu gostaria na impossibilidade de convidar à todos que a Mesa
669 Diretora fosse a essa reunião, para que pudéssemos apresentar ao Sr. Governador e a todo o governo. Estive agora na
670 última Tripartite e vocês já devem ter discutido o Pacto de Gestão, que está sendo um momento histórico para o nosso

105
106
107
108
109
110
111



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



671país, estamos tentando mudar um degrau inteiro, estamos saindo da NOAS para entrar numa nova pactuação em que
672se deixa de trabalhar na habilitação dos Municípios e nos Estados através de formas de gestão até que se chegue na
673gestão plena, se deixe de trabalhar nessa divisão para passar para um pacto de responsabilidade Sanitária. É uma
674mudança muito grande e vai envolver progressivamente um trabalho muito grande da Bipartite e do Conselho Estadual
675de Saúde na pactuação desses níveis de governo, ou seja, vamos tentar chegar a uma claridade no sentido de quem
676faz o que e qual o investimento exato de cada esfera de governo, algo que hoje um dos nós para podermos avançar na
677qualidade, um dos grandes problemas do SUS hoje que é conseguir ter qualidade no atendimento em todos os níveis.
678O SUS foi planejado para atender metade da população e está atendendo mais de 80% dos brasileiros e isso tem um
679custo, por outro lado estamos muito bem quando vimos que foi comparado lá em Brasília que temos uma linha de ação
680para a Saúde Pública, a Argentina por exemplo tem 80 modelos diferentes no mesmo país de uma forma não articulada
681entre as diversas províncias do país irmão Argentina. Além disso nos deparamos com outra dificuldade lá em Brasília e
682pela primeira vez nesses três anos tivemos registrado uma postura mais crítica, porque não estamos tendo efetividade
683nos nossos pleitos infelizmente, nós somos atendidos com toda educação, com toda simpatia, esse Ministro novo é uma
684pessoa de altíssima qualificação, com uma equipe de primeira, mas estamos recebendo cafezinho e água mineral.
685Então não estamos conseguindo e nos colocam mais ou menos assim, quer credenciar tais leitos de UTI pode
686credenciar mas dentro do seu teto, quer abrir tal serviço mas dentro do seu teto. Daqui um pouco não precisaremos
687nem ser muito espertos para saber que não adianta nem ir para Brasília, se é para colocar dentro do nosso teto nem
688temos essa necessidade. Esperamos que isso mude e que o Paraná possa continuar avançando em novos
689credenciamentos, em novos serviços, estamos bem animados com o Plano de Saúde e acho que hoje temos uma forma
690clara de atuar. A única situação e tenho conversado com o Dr. Carlos Manoel e com o Gilberto se para o ano que vem
691vamos ter que mudar a forma de trabalhar dentro dos hospitais estratégicos, se ao invés de colocarmos uma verba de
692apoio mensal de acordo com o contrato e de acordo com estabelecimentos de metas se faça uma contratualização em
693cima da própria remuneração das AIHs e o Estado passando, como está ficando cada vez mais claro, o Estado já
694custeia hoje a média e média e alta complexidade e assim como nós aqui no Estado do Paraná custeamos a Atenção
695Básica. Parabéns a todos vocês eleitos, vocês sem dúvida tem legitimidade, serão ouvidos e respeitados pelo Governo e
696pela Secretaria de Estado da Saúde mesmo em posições divergentes. Nós tivemos uma reunião pública com Deputados
697Federais no Conselho Regional de Medicina, com grande cobertura da Imprensa e lá colocamos da postura desse
698Governo em que claramente assim que houver qualquer modificação ou regulamentação da Emenda Constitucional 29,
699a gente tem certeza da posição do Governador, mas no momento o que defendemos é que estamos investindo mais,
700mesmo ainda considerando a água como investimento em Saúde que é uma linha desse Governo e salvo ordem
701judicial, em contrário todo Governo defende como investimento em Saúde. Então sejam bem vindos como colegas de
702trabalho e o Gestor e Conselho Estadual de Saúde estarão trabalhando próximos. **DR. FRANCISCO** – Queremos
703ressaltar esses pontos em que o diálogo sempre foi mantido independente das divergências, como o Sr. mesmo
704colocou, mas essa oportunidade que nós faz periodicamente junto com a Mesa Diretora discutir uma série de assuntos,
705até para a gente traga para o conselho respostas e soluções de questionamentos que é feito à direção e encaminhado
706por esse Plenário e deve ser tratado pela Secretaria de Saúde, isso facilita muito o trabalho de todo o Conselho, é isso
707o pretendemos levar nesse período de gestão e contando com a contribuição e com a colaboração da Secretaria de
708Estado da Saúde no sentido de ajudar operacionalizar as atividades do Conselho como um todo, e claro trabalhando e
709discutindo, como já disse na abertura dessa reunião se temos divergências porém temos um grande consenso, porque
710todos nós estamos trabalhando para consolidar o SUS no nosso Estado e nosso país e todos nós também estamos
711trabalhando a bem da saúde da população do nosso Estado e do nosso país. Agradeço mais uma vez a sua participação
712e convido se puder continuar aqui conosco na condução dos trabalhos. O próximo item 2.2.2 relato do representante
713da Comissão Intergestora Bipartite. **EUCLIDES** – FAMOPAR. A reunião da Bipartite ocorreu na sexta-feira passada
714onde eu e a Tereza não recebemos convocatória e documentação dessa reunião. Então infelizmente não pudemos
715participar dessa reunião e de outras passadas devido ao mesmo problema, gostaria que a Mesa atentasse à isso e
716pedisse a Secretaria Executiva que enviasse as convocatórias para nós, porque não está sendo enviado. **DR.**
717**FRANCISCO** – Está registrado Sr. Euclides. Inclusive nós na próxima reunião poderemos deliberar conforme interesse
718do Sr. Euclides se haverá ou não renovação de permanecer como representante do Conselho Estadual de Saúde na
719Comissão Intergestora Bipartite. **PICORELLI** – Quero um esclarecimento. Pediria para a Mesa se pudesse explicar,
720porque temos algumas coisas que vão para a Bipartite que não passam pelo Conselho e não deveria passar antes pelo
721Conselho e depois para a Bipartite? **DR. FRANCISCO** – Tem mais alguma pergunta sobre Bipartite? Porque como o
722Matheos é Conselheiro no Conselho Estadual de Saúde e também membro integrante da Bipartite pediria que
723respondesse à essas questões. **MATHEOS** – Em linhas gerais e de uma maneira bem curta tem que ser entendido o
724seguinte, os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais tem suas instâncias colegiadas deliberativa, principalmente na
725questão de diretrizes de política, enquanto que na Bipartite ou Tripartite são os locais onde os Gestores federal,
726estadual e municipal e estabelecemos a negociação da questão dos fluxos do dinheiro e como nós operacionalizamos
727as Políticas que os Conselhos defendem. Então por exemplo o Conselho define que está aprovado a questão do
728medicamento para o diabético ou do Plano de Assistência ao diabético e aí lá na Bipartite vai se discutir e homologar o
729que a Secretaria de Estado repassaria, se é material ou recurso financeiro. Então a grosso modo é por isso que tem
730muitas coisas que na Bipartite são definidas e não é trazido para o Conselho, porque a princípio ou é parte de uma

113
114
115
116
117
118
119



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



731política Nacional ou de um política Estadual já estabelecida, o que é discutido é a operacionalização do processo. **DR.**
732**RUY** – Na linha do Picorelli, pela Lei Estadual 10.613 o órgão deliberativo é o Conselho Estadual de Saúde, a Bipartite
733pactua, toma decisão por consenso, tanto é que não vota. **MATHEOS** – É ao contrário do que falei, quem define as
734Políticas são os Conselhos e na Comissão Bipartite ou Tripartite definimos como operacionalizar, foi isso que falei.
735Outra situação que acontece é o seguinte, é a idéia é sempre buscar o consenso, isso é verdade, e muitas vezes o que
736não chega ao consenso nós tiramos de pauta. Agora a Bipartite aprova projetos, tanto que para poder pegar recurso de
737nível federal e outras situações, no meu caso se aprovo uma situação em que vou fazer um convênio com o governo
738Estadual ou federal, aprovo no Conselho Municipal de Saúde e passo pela Bipartite, mas não passo pelo Conselho
739Estadual de Saúde. Então deve ficar claro que nós como órgão colegiado somos responsáveis pelas diretrizes, pela
740política global, mas não pela execução. E outra coisa, nós não substituímos o Executivo, nós não assumimos o lugar da
741Secretaria de Estado, é evidente que nós representamos o Controle Social, temos que cuidar se o recurso está sendo
742bem aplicado e de maneira eficaz. **DR. RUY** - Gostaria que fosse aberta a possibilidade de Conselheiro do interior
743também participar da Bipartite. Muito obrigado. **ELAINE** – Boa tarde à todos. Não posso me furtar de falar, porque
744acho que a primeira sugestão que dei para esse Conselho, considerando felizmente que parte são pessoas novas, que
745estão aqui pela primeira vez e parte já está aqui e conhece um pouco essa matéria e considerando que no calendário
746do Conselho Estadual de Saúde tem programado um curso de capacitação de Conselheiros, acho essa discussão da
747Bipartite é um tema. Qual é o papel da Bipartite e qual é o papel do Conselho? Porque gostaria muito que tudo o que o
748Matheos falou fosse o que realmente acontecesse, mas dentro da divergência natural acho que é bem divergente.
749Então entendo que o Conselho Estadual de Saúde há aproximadamente 5 anos tenta colocar que o calendário da
750reunião do Conselho seja bem próximo, um dia antes ou um dia depois da reunião Bipartite. E nunca a Bipartite deu
751muito espaço para essa discussão, porque daí o Conselheiro poderia participar e poderia estar ouvindo o que acontece
752na Bipartite e trazer para o Conselho Estadual de Saúde analisar. A pauta da Bipartite é perfeita, nisso tenho que
753parabenizar os Gestores, muitas vezes o Conselho não só tem a pauta como as discussões lá ocorridas, por exemplo
754quem ler a Ata da Bipartite de outubro vai ver que a situação da dengue já estava lá colocada como poderia ter uma
755epidemia no Estado, tem um problema com vacinas que já está colocado lá em outubro do ano passado, assuntos que
756não passaram por aqui. Então a primeira questão é que fica a sugestão de essa assunto fazer parte do curso de
757capacitação de Conselheiro e sendo sugestão é que esse Conselho volte pensar e resgate as deliberações da 11ª e 12ª
758Conferência Nacional de Saúde, onde está bem claro como deve ser esse elo de ligação, qual é o papel da Bipartite e
759do Conselho Estadual de Saúde, lógico que os papéis são diferentes. Agora muitas vezes e eu tenho que reconhecer Dr.
760Matheos que a Bipartite delibera coisas que não remete para o Conselho Estadual de Saúde e encaminha essa
761pactuação que é papel de vocês, nós não queremos tirar esse papel de vocês, ao mesmo tempo entendemos que o
762Conselho corre em papel secundário, terciário e as coisas prioritárias do SUS acabam não passando por aqui e isso eu
763lamento. Fico feliz quando vocês tem a mesma posição que o Conselho, por exemplo no ponto do sistema prisional nós
764remetemos a discussão para novo estudo e voltar apresentar e vocês fizeram a mesma coisa, mas não é sempre que as
765nossas decisões convergem para um mesmo sentido, isso tenho reparado na Ata da Bipartite e quem continuar lendo
766as atas da Bipartite vai ver a relevância da pauta, a relevância do assunto, e muito do que sei hoje aprendi na Bipartite
767porque fazem uma discussão profunda do SUS. **EUCLIDES** – Reforçando as palavras da Elaine e digo por ter
768participado das reuniões da Bipartite há muito tempo. Acho que a Bipartite é um órgão colegiado de alta instância
769dentro do Estado, até porque como a Elaine mesmo disse questões que não passam por aqui por exemplo são as
770pactuações entre Municípios e Secretaria de Estado. **VALDIR** – Obrigado Sr. Euclides. Na fala do Dr. Matheos
771encerramos as inscrições. **MATHEOS** – Primeiro não represento a Bipartite de maneira integral, porque quando as
772pessoas estavam falando parece que era para mim. A questão é que recebemos uma pressão do Ministério da Saúde,
773na Tripartite, então por exemplo um determinado Plano, lá em Brasília sai uma Portaria dizendo que tenho 30, 60 dias
774para aprovar se não o dinheiro não vem. Então apesar de ser uma reunião de gestores estadual e municipais, muitas
775vezes temos uma pressão que vem de Brasília e aí arruína nosso calendário. **VALDIR** – Não havendo mais inscritos.
776Que eram Conselheiros que faziam parte dessa Comissão não estão mais, então a proposta é que os Conselheiros vão
777pensando isso durante esse mês e na próxima reunião fazemos uma redefinição em cima do calendário das reuniões da
778Bipartite para ver quem poderá acompanhar mais de perto e de preferência pessoas que tenham facilidade de
779participar nessas oscilações das datas das reuniões da Bipartite. Então a proposta que fazemos e que na próxima
780reunião façamos a recomposição da Comissão de Intergestora Bipartite, para que então essa Comissão seja realmente
781o elo de intercâmbio, que leve conforme a proposta que já foi colocada aqui também, que na capacitação qual é o
782papel do Conselho e da Bipartite e os membros dessa Comissão possam estar representando esse Conselho na
783Comissão Intergestora Bipartite. Todos de acordo? Alguma proposta diferente? Podemos então passar para o ponto
7842.2.3 Comissão de Assistência à Saúde e Acesso ao SUS. O primeiro assunto é o Plano Operativo Estadual da Política de
785Saúde no Sistema Penitenciário. **CARLA** – Boa tarde à todos. Eu faço parte da Comissão que está elaborando o Plano
786Operativo Estadual da Política de Saúde no Sistema Penitenciário. Esse Plano foi apresentado na última reunião do
787Conselho, mas como encaminhamento ficou de primeiro passarmos na Bipartite e depois submeter a aprovação do
788Conselho Estadual de Saúde e para quem não estava vou falar um pouco sobre o Plano. Ele é um Plano que visa
789implantar ações de Saúde para a população penitenciária do Estado do Paraná por meio da implantação de novas
790equipes de profissionais que atuarão dentro das unidades prisionais, garantindo assim o acesso às ações e serviços de

121
122
123
124
125
126
127



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



791Saúde conforme princípios e diretrizes do SUS. O recurso é do Ministério da Saúde e foi estabelecido pela Portaria 1777
792e prevê que será repassado R\$ 40.000,00 por equipe implantada dentro dos presídios. Então a ideia é que se
793componha equipe mínima de profissionais em Atenção Básica que trabalharão dentro dos presídios e daí fizemos uma
794pactuação das referências hospitalares ambulatoriais com a diretoria do Sistema de Saúde. E os Municípios que o
795complexo médico penal não possa atender vai ser referenciado para os hospitais. Na reunião da CIB do dia 17 de
796fevereiro ficaram pactuadas essas referências hospitalares ambulatoriais de média e alta complexidade. Em Curitiba
797teremos cardiologia cardiovascular, deficiência auditiva, deficiência física, gestação de alto risco, nefrologia,
798neurocirurgia, oncologia, traumatologia ortopedia, UTI e urgência/emergência. Para Piraquara que também tem unidade
799prisional os serviços de referências em Curitiba são, cardiologia cardiovascular, deficiência física, gestação de alto risco,
800nefrologia, neurologia, oncologia, traumatologia ortopedia, UTI e urgência/emergência. Em Maringá os serviços de
801referências são cirurgia cardíaca e cardiovascular, deficiência auditiva, nefrologia, neurocirurgia, oncologia, traumatologia
802ortopedia, UTI e urgência/emergência e o que não tem em Maringá terá umas referências em Londrina. Para Londrina
803cirurgia cardíaca e cardiovascular, deficiência auditiva, deficiência física, gestação de alto risco, nefrologia,
804neurocirurgia, oncologia, traumatologia ortopedia, UTI e urgência/emergência. Ponta Grossa terá os serviços de cirurgia
805cardíaca e cardiovascular, deficiência auditiva, deficiência física, gestação de alto risco, nefrologia, neurocirurgia,
806traumatologia ortopedia, UTI, urgência/emergência e infectologia e alguns serviços vão ser referenciados para a 2ª Regional
807e outros para Curitiba. Guarapuava cardiologia, deficiência auditiva, gestação de alto risco, neurocirurgia, UTI,
808urgência/emergência e terapia renal substitutiva. Francisco Beltrão tem referência para deficiência auditiva, gestação
809de alto risco, nefrologia, UTI e urgência/emergência. E Foz do Iguaçu tem serviços de referência de cirurgia cardíaca,
810deficiência auditiva, oncologia, nefrologia, UTI e urgência/emergência. Cascavel de cirurgia cardíaca, deficiência
811auditiva, deficiência física, nefrologia, neurocirurgia, oncologia, traumatologia ortopedia, UTI, urgência/emergência, essa
812tabela é um anexo do Plano Operativo e que foram discutidas as referências hospitalares. Ficou pactuado que os
813Municípios de Pinhais e São José dos Pinhais não entrariam nesse sistema de referência porque querem fazer uma
814discussão mais aprofundada com o Estado. E esse Plano Operativo que foi apresentado na última reunião foi aprovado
815pela CIB e agora precisamos que seja aprovado pelo Conselho para que possamos encaminhá-lo ao Ministério da
816Saúde, para começar implementar as ações de Saúde dentro dos presídios. Estou a disposição para esclarecimentos.
817Obrigada. **PICORELLI** – O mesmo dinheiro que é atendido para toda a população, esse Plano entra também nesse
818dinheiro? **CRISTIANA** – Boa tarde. Me preocupou quando foi colocado a questão de que Pinhais e São José dos
819Pinhais não estavam dentro dessa primeira aprovação que houve na Bipartite e fico me questionando se não era
820interessante amadurecer um pouco mais as discussões para que haja uma aprovação dessa proposta. **MANOEL** –
821represento os Usuários pelo Instituto Afro-Brasileiro do Paraná. A minha preocupação é também sobre o teto financeiro
822dos Municípios que estão na semi plena, porque se está já tem um dinheiro carimbado. E se isso vai ser como um
823super teto, um teto a mais? **VALDIR** – Só lembrando aos senhores que esse assunto foi discutido e debatido aqui, foi
824trazido com as alterações apresentadas pela Comissão nessa Plenária. **CARLA** – Em relação ao recursos financeiros, a
825população do presídio é contada na população total, então por exemplo Piraquara que já é recenciada com a população
826prisional. Se tratando da referência de média e alta complexidade a referência hospitalar já entram no teto das AIHs,
827se o Município enter que as AIHs são insuficientes, isso é uma questão de pactuação com o DSS de rever o teto, mas
828eles entram no teto das AIHs porque já estão contados como população do Município. Em relação à Atenção Básica
829vem um dinheiro novo do Ministério da Saúde, para cada equipe que for implantada dentro do presídio vem R\$
83040.000,00, esse dinheiro só virá se as equipes forem efetivamente implantadas, é um dinheiro que vem do Ministério
831da Saúde fundo à fundo e que usaremos para fazer a Atenção Básica dentro dos presídios, até porque isso fortalecerá o
832sistema de atenção à saúde e prevenir, porque os presídios são um lugar de disseminação de doenças. Em relação a
833um aprofundamento na discussão dessa proposta, já mandamos cópia do Plano Operativo e da Portaria na última
834reunião, os Conselheiros receberam com antecedência. **VALDIR** – Só tem mais três pessoas inscritas, o Dr. Matheos,
835o Picorelli e Sr. Euclides, na fala do Dr. Matheos encerramos as inscrições. **MATHEOS** – Na Bipartite no mês de
836novembro fui eu que acabei atrapalhando um pouco a conversa e na última Bipartite não pude comparecer porque
837estava no INCA como Conselheiro. Então tenho algumas perguntas que gostaria de fazer, por primeiro aquela questão
838das metas que essas equipes tinham para a população, havia uma proposta de só fazer os exames periódicos em 20%
839da população encarcerada ao ano, ou seja, se tem 900 pessoas no presídio iria se fazer exames físicos completos em
840180, o que foi criticado por nós. Gostaria de saber se foi mudado essa meta ou continua desse jeito? A outra questão é
841que na proposta era apesar de ter um incentivo semelhante ao do PSF, a carga horária principalmente dos médicos
842seria de apenas 4 horas. Isso não estaria indo contra a Política de Saúde da Família? Lembrar que esse curso é 70% do
843Ministério da Saúde e 30% do Ministério da Justiça. Para se ficar claro, na operacionalização fatalmente será disputado
844a cota de 30% que é o que forneço para o interior e Região Metropolitana, fora o Ahu e na Feminina. E tem outro
845detalhe, a minha posição como Gestor é que não aceito priorização de fila, entendo que se for para ser atendido como
846a população devem ser submetidos a regra da população, não posso priorizar se não por motivo clínico. Gostaria que o
847Conselho também ponderasse essas considerações, por outro lado se os Conselheiros não se sentirem seguros para
848aprovar não tem problema nenhum, já está atrasado três meses mesmo, fica mais um mês atrasado e se discute
849melhor. Tem que ser dito aos Conselheiros novos que não existe o constrangimento, você só pode votar naquilo
850que se tem certeza que esta fazendo. **VALDIR** – Obrigado. Para encerrar os inscritos são o Picorelli, Sr. Euclides e o

129
130
131
132
133
134
135



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



851Ratto. **PICORELLI** – Fico preocupado Srs. companheiros porque eu estou na base e faço estágio para contar horas
852para a minha faculdade de serviço social, e assim vejo a dificuldade do usuário vir para a capital para fazer uma
853cirurgia de alta complexidade. Agora se for o mesmo dinheiro vai continuar o trabalhador lá na ponta sofrendo. Tenho
854uma proposta que o Estado coloque dinheiro para atender essa população, porque se ficar nos 30% que Curitiba
855atende vai continuar o problema e o usuário que precisar de uma neurocirurgia ou uma cirurgia cardíaca invés de
856esperar 6 meses, vai esperar 1 ano. **EUCLIDES** – A minha preocupação é a mesma que a do Picorelli no seguinte
857sentido, notamos naquelas fichas ambulatoriais dos Municípios de atendimento a presidiários e também as militares
858que são atendidos pelo teto da Secretaria de Estado e do Município, porque a responsabilidade do prisioneiro ou do
859policia militar é do Estado e não do Município e nem da Secretaria Estadual de Saúde. A outra preocupação que tenho
860é por exemplo se a delegacia encaminha um paciente para ser atendido em uma Unidade de Saúde, o que ocorre
861quando o camburão chega é que corta-se toda a fila de espera e negligentemente o preso é atendido em primeiro
862lugar. Acho injusto que o Estado e os Municípios arquem com mais este ônus. Existe uma proposta do Governo Federal
863de um corte de 5 bilhões na área da Saúde para este ano de 2006, isso significa menos dinheiro para o Estado e para
864os Municípios complicando ainda mais o atendimento na Saúde, a exemplo do ano passado que foi tirado mais de 2
865bilhões de Reais para o Bolsa Família. Isso é errado, até concordo que os Estados e Municípios assumam essa
866competência desde que venha verba específica para este fim. Por exemplo nas fichas ambulatoriais de atendimento do
867PAB que é um dinheiro *per capita* que o Município tem e que se atende um prisioneiro que muitas vezes nem é daquela
868cidade e cai no teto do Município e na conta do PAB, deixando de se atender um cidadão daquela cidade. Foi entregue
869aqui em reuniões passadas esse cronograma, mas temos novos Conselheiros que não receberam este material e não
870tem conhecimento do que se trata. Então concordo que seja encaminhado especialmente para esses novos
871Conselheiros para que tenham conhecimento da matéria e se sintam seguros para votar. Muito obrigado. **MARCOS**
872**RATTO** - Conselho dos Servidores Municipais de Londrina. Não vou ser repetitivo, mas quero fazer uma proposta de
873encaminhamento à Mesa, pegando o gancho de algumas falas eu acho que não está tendo consenso, realmente tem
874bastante Conselheiros novos que querem ter acesso. Na fala da companheira ela disse que teve algumas mudanças na
875Bipartite, ao menos foi o que entendi, que essas mudanças viesse ao conhecimento de todos para que pudéssemos ter
876mais condições na próxima reunião de discutir, enviar esse material com antecedência. Assim acho que da para
877satisfazer a todos e deliberar, tendo em vista que a nossa pauta tem bastante pontos e estamos bastante atrasados.
878**VALDIR** – Acho que diante dessas propostas quero consultar a Plenária se todos estão de acordo que seja
879encaminhado os documentos para os Conselheiros e em um próxima reunião, não necessariamente na próxima, que
880volte para discussão e votação desse Plano? **ABRELINO** – FAMEPAR. Na reunião passada o que foi esclarecido para
881nós que esse atendimento seria feito somente nas penitenciárias, agora entendi que tem que ser compartilhado as
882verbas dos Municípios, acho que não tem nada à ver uma coisa com a outra. Porque foi dito aqui bem claro que
883delegacias não são consideradas penitenciárias, que seria beneficiado somente as penitenciárias. **VALDIR** – Acho que
884isso encaminha na Comissão, inclusive essa dúvida deve ser levada para a Comissão e se esclarece todas as dúvidas
885que ainda houver pendentes e na próxima reunião do Conselho já trás todas essas dúvidas que foram levantadas aqui
886e mais alguma que a Comissão na hora da discussão levantar, quando chegar aqui na Plenária a Comissão já vem com
887uma posição e a Plenária apenas vota o parecer da Comissão. Pode ser assim? Então é consenso essa proposta. Vamos
888passar para o próximo segundo assunto do ponto, que é Informação sobre o fornecimento de Ortopes e Próteses pelo
889Hospital Erasto Gaertner. A pessoa que vai fazer a apresentação está ausente? **PICORELLI** – Só um esclarecimento.
890Eu tive levantando no interior do Estado e tem muitos Consórcios Intermunicipais de Saúde que tem vários processos
891de ortoses e próteses parados e não sabem para onde encaminhar. Então gostaríamos que a SESA informasse às
892Regionais de Saúde e os Consórcios sobre como está o encaminhamento de ortoses e próteses. A Regional de Saúde
893de Paranaíba está com 40 casos parados porque não sabe para onde mandar. **DR. FRANCISCO** – Até à pouco havia
894falado ao Secretário que tinha pelo menos dois assuntos da SESA e um era esse e outro o assunto era sobre os
895Hospitais Universitários Estaduais da posição estratégica deles, e ele falou que voltaria alguém para prestar
896esclarecimentos. De qualquer forma deixamos esse assunto para caso alguém da SESA venha e aí se discute, ou então
897reapresenta na próxima reunião. Pode ser assim? Então vamos para o terceiro assunto era uma explanação sobre
898Código 7 que tinha sido pedido pelo representante FEHOSPAR, que era sobre um problema que a FEHOSPAR estava
899sentindo. **MACHADO** – Boa tarde à todos. Sou suplente do Dr. Schiavon que foi nomeado recentemente pela
900Confederação Nacional da Saúde como membro da Comissão Nacional de Saúde, é uma coisa muito positiva. O assunto
901Código 7 vou tentar explicar da melhor maneira possível. Esse código não existe mais a partir do ano de 2004. Como
902funciona os hospitais privados e as Clínicas de um modo geral? Os médicos que lá atuam, atuam na condição de
903autônomos, a condição deles é de cliente dos hospitais, ou seja, eles levam os seus pacientes, utilizam da estrutura do
904hospitais, cobram os seus honorários, os hospitais pelo seu lado cobram a conta, o uso dos serviços, medicamentos e
905etc. Só reforçando a seguinte situação também, alguns dos hospitais hoje tem médicos como empregados,
906principalmente na condição de plantonistas ou intensivistas, aqueles que se pode cobrar o cumprimento de horário e
907outras condições especiais. O outro médico ninguém controla o horário dele, ele atua de acordo com a sua agenda, de
908acordo com seus pacientes, de acordo com os seus clientes. Vamos voltar à década de 1970, na época do INPS,
909Instituto Nacional de Previdência Social, nessa época então a conta hospitalar era apresentada ao INPS com o Código
9107, onde o médico dizia o trabalho executado e por ali recebia os seus honorários, isso continuou quando veio o SUS na

137
138
139
140
141
142
143



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



911Constituição Cidadã em 1988. O ano passado o Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde na Portaria
912158 determinou que deixasse de existir o Código7 e aparecendo no seu lugar o Código 45 que determina que o hospital
913passa receber os honorários médicos na sua conta hospitalar, ficando responsável para devolver isso ao médico. Isso
914naturalmente gera uma série de problemas para os hospitais, para as Clínicas, aos particulares de um modo geral.
915Porque isso daqui a pouco vai, fevereiro de 2005 e mais tarde pelo Secretário Municipal de Saúde um resolução
916também forçando esse teor. Nós também como disse o Secretário a pouco fomos muito bem recebidos em todos os
917lugares que fomos, recebemos café, água mineral, sorrisos, só que essa situação vem se perpetuando ao decorrer
918desse ano, a situação de modo geral dos hospitais é muito complicada financeiramente, poderíamos alegar há um
919tempo atrás que os hospitais não faziam a sua gestão com a devida competência, que as pessoas que lá estavam por
920vezes não sabiam controlar o financeiro e etc. Isso já não é verdade há um bom tempo, a coisa se profissionalizou
921muito e o problema continua, não temos solução e temos buscado em todas as portas possíveis. E achamos importante
922então trazer esse assunto para conhecimento desse Comissão, porque acho que já era sabido por quase todos e de
923certa maneira pedir um voto de apoio. **DR. FRANCISCO** – Machado não é questão de voto de apoio ou de voto
924contrário, quero deixar bem claro que tanto a FEHOSPAR quanto a FEMIPA tem que começar a discutir essa questão,
925porque pelo o que estão passado os Hospitais Universitários de Ensino não existe mais contrato por tabela, ou seja, o
926pacto que estamos fazendo, é mais o menos o que o Secretário falou, para que todos os Conselheiros entendam, os
927hospitais fazem um rol de metas a serem atingidas anualmente, mensalmente e por está prestação de serviços
928envolvendo índices de qualidade, índices de infecção hospitalar, produção científica no caso dos hospitais universitários,
929e etc., ele recebe um bolo de dinheiro, ou seja, esqueçamos que existe uma tabela do SUS, no qual tem quanto que o
930hospital ganha, quanto é o honorário médico, quanto é do anestesista. Então a modalidade de pagamento dos hospitais
931universitários já mudou e agora também com a nova proposta de remuneração do filantrópicos que está saindo do
932Ministério da Saúde vai ser o mesmo caminho, os hospitais vão receber não mais por fatura, mas por um volume de
933recursos mensais total. Inclusive chamado forma orçamentada, vai se receber um orçamento, entre aspas, que o
934Ministério da Saúde para realizar um série de tarefas de diversas complexidades, não mais por procedimento, não mais
935por ato em separado. Então mesmo que entendamos que está acabando com o Código 7, não sei como poderemos
936modificar isso dentro de uma relação que o próprio Ministério da Saúde modificando com todos os hospitais e aí fica a
937critério de cada hospital essa discussão. estou falando isso porque quinta e sexta-feira passada houve um Seminário
938em Curitiba discutindo a avaliação da contratualização dos Hospitais Universitários de Ensino e o dirigente do Hospital
939Evangélico de Curitiba perguntou como se fazia agora nessa nova situação, em virtude que não tinha mais como pagar
940o honorário para o médico e o diretor da Santa Casa de São Paulo falou que lá só trabalha médico contratado, então
941ele esta mudando as relações de trabalho dentro do próprio hospital, então é isso que cada federação vai ter que fazer,
942discutir com cada sindicato, hospitais e etc. **MACHADO** – Só completando para deixar bem claro. Houve uma série de
943transferências de responsabilidades do SUS para o hospital privado, não houve a contra partida. Quer dizer, você vai
944assumir, houve um acréscimo no tributário e não houve uma contra partida, ou seja, desequilibra qualquer contrato.
945**DR. FRANCISCO** – Picorelli, Zarantonello Sr. Euclides e Reissinho. **PICORELLI** – O Dr. Schiavon participou na
946reunião passada da Comissão de Assistência a Saúde e Acesso ao SUS e falou isso. O hospital particular que é
947conveniada ao Sistema Único de Saúde vai começar a colocar a taxa alta para médico, para o hospital e daqui à pouco
948ninguém mais vai querer ser conveniado ao SUS, vai virar uma caos. Acho que deveríamos fazer alguma proposta de
949Moção para o Ministério da Saúde. **ZARANTONELLO** – Usuário. Primeiro um esclarecimento, eu não entendi se vai ser
950para só para a rede pública ou também para a privada? **DR. FRANCISCO** – Privada é tudo, a modalidade é uma só,
951pública e privada vai ser a mesma forma de pagamento. **ZARANTONELLO** – Conforme a sua explicação mais
952detalhada não vai ser mais por procedimento, ou seja, seria um valor fixo para o hospital? **DR. FRANCISCO** – Não.
953Será feito gradativamente e não é para todos. **ZARANTONELLO** – Mas a idéia é de chegar a ser para todos? **DR.**
954**FRANCISCO** – A idéia é isso. **ZARANTONELLO** – Então imaginamos que seja uma verba fixa antes mesmo que o
955serviço seja prestado, ou seja, será pago antes de prestar o serviço? **DR. FRANCISCO** – Não. Será depois, porque se
956tem metas a cumprir. **ZARANTONELLO** – Essa meta é baseada em capacidade instalada? **DR. FRANCISCO** – Sim.
957**EUCLIDES** – A minha preocupação é com a questão do teto financeiro. Porque como fica quando o hospital extrapola
958o teto financeiro e ainda ser pacientes a atender? Gostaria de receber essa resposta do Ministério da Saúde. Será que
959foi convidado os prestadores para participar desse processo? **DR. FRANCISCO** – Na fala do Reissinho vamos encerrar
960as inscrições. **REISSINHO** – Fórum Popular de Saúde, Usuários. A minha preocupação enquanto usuário faz um certo
961contra ponto a colocação do Picorelli e até consigo fazer um confronto com o Sr. Euclides. O Usuário tem sim todo o
962direito de encomendar a melhor decisão, então entendo que um tema complicado como esse não poderia ser pauta de
963um primeiro do Conselho e principalmente essa é uma questão que deveria ter sido pautada na nossa Conferência,
964dada a complexidade dele. Em função disso o que está regulamentado tem que ser ponto de apoio, tem que ser ponto
965de partida. Entendo que essas falas da forma de pactuação a Secretaria do Estado esteve explanando em algum
966momento alguma coisa nessa linha, entendo também que é dever de apontar caminhos do Ministério da Saúde, ele
967sempre terá necessidade de uma referência em função de que a descentralização do SUS nasce com essa matriz, quer
968dizer, o Município pode e deve se preparar, mas ele nasce quando leigo para caminhar no aprendizado. O exercício
969desse aprendizado as federações, principalmente por todos os Municípios, nós enquanto Conselheiros Estaduais de
970Saúde temos que levar em conta também esse compromisso, dando essa bola que deve estar quicando nos Municípios

145
146
147
148
149
150
151



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



971também. Nós enquanto Usuários não podemos estar defendendo o atendimento só de balcão sem saber se de fato está
972sendo racionalmente utilizado. As razões das conversas aparecerem na Comissão de Assistência a Saúde e Acesso ao
973SUS, esse temário é complicado, eu estava atendo para isso amadurecer, todas as entidades que estão envolvidas
974devem estar opinando, nós enquanto Conselheiros devemos dar o voto em função da opinião desses entes, das
975entidades tecnicamente qualificadas. Obrigado. **IVANOR** – FNU. Tenho algumas preocupações em relação a discussão
976que está sendo feita pela seriedade que apresenta, ela muda uma relação de bonificação entre o contratante e o
977Prestador. Entre tanto à esse Conselho certas informações não foram devidamente divulgadas, nós precisaríamos por
978exemplo minimamente conhecer por escrito o que compõe o Código 7 e o Código 45 para começar, em segundo lugar
979ter uma explicação técnica de como é que vai ser a viabilidade desse orçamento, se vai ser provisionado em cima de
980uma demanda que não é conhecida, contra pondo um pagamento por serviço prestado, onde é possível fazer o
981controle do que realizou e do que recebeu. Essa é uma condição que fica incontrolável, já que se um determinado
982hospital realizar ou não realizar com o que se comprometeu ele vai ter um orçamento garantido na União. E mais
983envolver junto aos prestadores qual é a relação hoje que ele tem com os seus profissionais, até por conta mesmo dos
984Hospitais Universitários onde tem médicos que estão acabando o curso e estagiando por exemplo, vão estar sendo
985utilizados como uma diária barata e o rendimento fica no hospital. Então queremos conhecer com mais profundidade
986esse projeto. Obrigado. **DR. FRANCISCO** – Só para esclarecer que são relações de trabalho e vínculos bastante
987diferentes entre hospitais públicos universitários e os privados. A Rosita é a última inscrita. **ROSITA** – Representante
988dos Prestadores de Serviços Filantrópicos. Acho que estamos com duas situações aqui, temos a questão do Código 7 e
989a questão da contratualização de serviços. Vou falar por que conheço bastante dessa questão porque participei de uma
990oficina de três dias com Ministério da Saúde em Brasília, participei da avaliação da contratualização dos hospitais de
991ensino. Acho que caberia a Secretaria vir fazer essa apresentação. Hoje temos as seguintes situações no Estado, temos
992hospitais de pequeno porte contratualizados, temos hospitais universitários de ensinos contratualizados, apenas dois ou
993três se não me engano com um ano já de contrato e que já foi feita uma avaliação. Temos agora uma proposta para
994contratualizar os hospitais de médio porte filantrópicos, no Paraná isso vai representar cerca de 33% dos hospitais,
995então termos um universo de hospitais contratualizados e um universo de hospitais que não vão estar contratualizados
996e vão continuar recebendo por AIH, então essa questão do Código 7 vai variar bastante conforme a situação. Acho que
997o Conselho merece ser melhor informado sobre as questões do Código 7, do Código 45, da contratualização, como
998falou o companheiro Ivanor. Existe a Portaria 635 do Ministério da Saúde onde ele regulamenta todo o processo de
999contratualização, todas as metas qualitativas, metas quantitativas, indicadores que vão nortear o contrato, comissão de
1000acompanhamento com Controle Social desses contratos. Vai ser tudo pactuado e o hospital para receber vai ter metas
1001quantitativas e qualitativas para cumprir. Esse Conselho merece uma apresentação dessa Portaria desse processo,
1002porque acho que ele é muito mais interessante tanto para o Gestor, para o Usuário e para o Prestador do que um
1003recebimento de um pagamento por produção. Se existem metas que inclusive compreendem uma humanização do
1004atendimento, uma melhoria no atendimento, uma melhoria na qualificação dos profissionais, tudo isso faz parte dessas
1005metas que tenderá a ter uma melhor qualidade no atendimento. A questão do Código 7 e do Código 45 é uma situação
1006e a questão da contratualização é outra situação. **DR. FRANCISCO** – A Mesa propõe o seguinte encaminhamento,
1007convidar para a próxima reunião se houver tempo um representante dos prestadores da área privada para explicar
1008sobre a questão do Código 7, Código 45 e da contratualização, vamos convidar também para falar sobre esse assunto o
1009Gestor Estadual e se possível também o COSEMS. Porque se interfere na Saúde da população essas relações
1010contratuais dos hospitais é importante que acompanharmos, mas é uma relação principalmente de, entre aspas,
1011compras e de contratualização de serviços onde tem Gestão Plena ou não de Gestores municipais e estadual com os
1012hospitais. Então a Mesa vai organizar esse debate para que todos fiquem esclarecidos e para que este Plenário possa
1013se manifestar da melhor forma possível. Todos concordam com esse encaminhamento? **ELFRIDA** – É uma questão de
1014encaminhamento. Foi apresentado o tema da pauta anterior, não ficou claro e não pude no momento falar, mas o
1015Picorelli já fez a demanda das ortoses e próteses e eu sugeriria que alguém fosse chamar alguém da SESA para
1016explicar isso, porque estamos na expectativa de discutir esse tema. **DR. FRANCISCO** – Tudo bem, vamos tentar
1017trazer alguém para falar. Então sobre a explanação do Código 7 percebemos que esse Plenário tem a necessidade de
1018mais informações, mas esclarecimento para uma tomada de posição e a Mesa vai propiciar esse debate. Em regime de
1019votação. Todos concordam com esse encaminhamento? Alguém contrário? Abstenções? Aprovado por unanimidade.
1020**PICORELLI** – Sr. Presidente, teve um usuário que participou na reunião da Comissão de Assistência a Saúde e Acesso
1021ao SUS que queria não só a SESA como o Hospital Erasto Gaertner para explicar. Esse usuário é portador de uma
1022deficiência física e teve algum tipo de problema. **DR. FRANCISCO** – Vamos tomar cuidado de ver o que são questões
1023gerais e o que são questões particulares. Se há algum indicio de irregularidade isso deve ser encaminhado à ouvidoria
1024ou Gestor Municipal, caso seja uma questão específica de um paciente que teve problemas no atendimento num
1025hospital no Município de Curitiba. Agora se é um problema na Política de Ortoses e Próteses do Estado do Paraná
1026vamos trazer o Gestor Estadual para discutir essa questão. Pelo que foi entendido queremos primeiro trazer alguém da
1027SESA para falar como é essa questão de Ortoses e Próteses no Estado do Paraná, inclusive com o Hospital Erasto
1028Gaertner e caso não fosse devidamente esclarecido encaminharíamos se é uma queixa, se é uma irregularidade para
1029que o Gestor tome providência. Então temos um outro assunto que também é da Secretaria de Saúde, que é a questão
1030dos hospitais estaduais que também foi colocado por essa Comissão, fica também para quando o Dr. Gilberto chegar.

153
154
155
156
157
158
159



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



1031Vamos adiantar enquanto isso o item 2.2.4, em discussão o assunto Regulamento da Comissão Estadual de Vigilância
1032Sanitária e Meio Ambiente. **VALDIR** – Os companheiros já tem em mãos a proposta de resolução. Todas as Comissões
1033tem que ter um regulamento próprio conforme o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, todas as
1034Comissões tem que adequar o seu Regimento à esse Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde. Então as
1035Comissões que ainda não tem regulamento terão que fazer. A Comissão Estadual de Vigilância Sanitária e Meio
1036Ambiente discutiu esse regulamento, aprovou internamente e encaminhamos para parecer jurídico da SESA, foi feito o
1037parecer e nada consta, esta tudo conforme a Regimento Interno, conforme a legislação, mas tem que passar pela
1038Plenária para ser aprovado. Então vamos proceder a leitura e se alguém tiver algum destaque o faça para posterior
1039discussão. Proposta de Resolução. Conselho Estadual de Saúde do Paraná regulamentado conforme disposto no Inciso
10403º do Artigo 169 da Constituição Estadual, no Artigo 1º da Lei Federal 8142 de 28 de dezembro de 1990 e nas Leis
1041Estaduais 10913 de 04 de outubro de 1994 e 11188 de 09 de novembro de 1995, no uso das suas competências e
1042cumprindo com a deliberação da 116ª Reunião Ordinária realizada em 22 de fevereiro de 2006. Resolve aprovar o
1043regulamento da Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente. Título 1 da caracterização e finalidade,
1044Artigo 1º - a Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente instituída através da Resolução nº 26 de 26
1045de setembro de 2003 pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná tem duração indeterminada com a finalidade de
1046acompanhar e sugerir medidas para as Políticas de Vigilância Sanitária e Meio ambiente em consonância com as
1047diretrizes aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná. (destaque) Parágrafo Único – A Comissão tem caráter
1048consultivo e de assessoramento e se propõe como norma geral de conduta a sugerir medidas que permitam
1049implementar as ações de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente, fiscalizando, acompanhando e respondendo a consultas,
1050servindo de subsídio técnico a Secretaria de Estado da Saúde/SESA, Instituto de Saúde do Paraná/ISEP, Conselho
1051Estadual de Saúde do Paraná/CES/PR e SUS. (destaque) **DR. RUY** – Sempre que tiver o nome da Comissão tem
1052destaque porque tem que mudar o nome da Comissão. **VALDIR** – Título 2 dos objetivos, Artigo 2ª - são objetivos da
1053Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente. I – acompanhar e sugerir medidas para efetivação da
1054Política Estadual de Vigilância Sanitária e Meio ambiente. II – acompanhar a implementação das deliberações das
1055Conferências Estaduais de Saúde, Plano Estadual de Saúde e outros eventos do Conselho Estadual de Saúde referente
1056à Vigilância Sanitária e Meio ambiente. III – acompanhar o processo de operação de denúncias relativos à Vigilância
1057Sanitária e Meio ambiente encaminhados ao Conselho Estadual de Saúde e/ou Ouvidoria do SUS. IV – sugerir
1058indicadores de qualidade na rede do SUS e propor instrumentos de avaliação relacionados à Vigilância Sanitária e Meio
1059ambiente. V – descentralizar a sua atuação incentivando a criação de Comissões Municipais e Macro Regionais de
1060Vigilância Sanitária e Meio ambiente integradas por técnicos da SESA/ISEP, das Secretarias Municipais de Saúde, do
1061setores organizados da sociedade e da comunidade em geral, nos moldes propostos pela Política Estadual. VI – instituir
1062subcomissões específicas que podem ser em caráter transitório permanente com a finalidade de assessorar os órgãos
1063governamentais e não governamentais, assim como a comunidade no que concerne a Vigilância Sanitária e Meio
1064ambiente. VII – promover seminários e oficinas de trabalho, encontro e simpósios, visando promover trocas de
1065experiências gerais, técnicas e de modelo de assistência da Vigilância Sanitária e Meio ambiente. VIII- promover a
1066integração programática crescente entre as instituições envolvidas. IX – realizar uma avaliação periódica de seu
1067desempenho, bem como a da subcomissão técnicas, tendo por base relatórios apresentados e remetidos ao Conselho
1068Estadual de Saúde do Paraná e a Secretaria de Estado da Saúde. Título 3º da composição e funcionamento. Artigo 3º a
1069Comissão é composto pelas entidades que compõe o Conselho Estadual de Saúde do Paraná e entidades convidadas.
1070Inciso 1º - Cada instituição deve indicar formalmente o seu representante titular e um suplente. Inciso 2º - A Comissão
1071Técnica Permanente de Vigilância Sanitária e Meio ambiente será coordenada e secretariada por membro eleito em
1072reunião específica com mandato de 01 ano, podendo ser reconduzido por igual período. Inciso 3º - A Comissão será
1073assistida nas suas necessidades pela Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Artigo 4º a
1074composição poderá se renovada por iniciativa da instituição a qual representa através da manifestação formal ou por
1075iniciativa do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Parágrafo Único – a renovação dar-se-à tanto ao nível de
1076substituição de representante pela instituição de origem, como pela necessidade de participação de novas entidades,
1077órgãos ou instituições à critério da Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente. Artigo 5º em
1078situações de necessidades por parte da Comissão poderão ser solicitados e convidados representantes de órgãos e
1079entidades que possam contribuir para a consecução de trabalhos específicos. Artigo 6º as reuniões da Comissão serão
1080abertas a participação de pessoas e/ou entidades com prévio agendamento junto a Secretaria Executiva do Conselho
1081Estadual de Saúde do Paraná. Título 4º das competências. Artigo 7º compete ao coordenador presidir as reuniões
1082mantendo a integração dos componentes da Comissão. Inciso II – manter através da Secretaria Executiva do Conselho
1083Estadual de Saúde do Paraná. Artigo 8º compete ao coordenador: I - adjunto substituir o coordenador na sua ausência.
1084II - secretariar as reuniões. III - trabalhar junto a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Paraná
1085entregando para esta em tempo hábil os encaminhamentos da Comissão, memória de reunião, pauta e outros. Artigo
10869º compete aos membros da Comissão: Inciso primeiro - emitir parecer técnico quando solicitado. Inciso II – propor a
1087composição das subcomissões e/ou grupo de trabalho. Inciso III – difundir junto à instituição de origem os assuntos
1088debatidos pela Comissão. Inciso IV - dar cumprimento aos objetivos dispostos no Artigo 2º desse regulamento. Inciso
1089**VALDIR** – participar das reuniões. Título 5º das reuniões. Artigo 10º a Comissão reunir-se-à mensalmente em caráter
1090ordinário com calendário e local previamente estabelecidos e aprovados. Artigo 11º poderá ocorrer reunião

161
162
163
164
165
166
167



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



1091extraordinária quando convocado pelo coordenador da Comissão ou por um terço dos membros. Parágrafo Único – a
1092reunião extraordinária faz-se-à para convocação com antecedência mínima de 04 dias úteis, estabelecendo local, data,
1093horário e assuntos à serem tratados. Artigo 12º a pauta será definida pela reunião precedente da Comissão, pelo
1094coordenador da Comissão e por inclusão de temas propostos por membros da Comissão com antecedência de 15 dias a
1095reunião subsequente. Artigo 13º o coordenador estabelecerá tempo para apresentação e discussão dos assuntos da
1096pauta em cada reunião. Artigo 14º o quórum mínimo para reunião será de 50% dos membros da Comissão em primeira
1097convocação e de 1/3 em segunda convocação do membros 15 minutos após a primeira convocação. Artigo 15º os
1098encaminhamentos na Comissão são tomados por consenso, se não houver consenso as propostas devem ser levadas
1099para o Plenário do Conselho Estadual de Saúde para discussão temática. Artigo 16º todas as decisões e pareceres da
1100Comissão devem ser apresentados e submetidos para aprovação no Plenário do Conselho Estadual de Saúde do
1101Paraná. Título 6º das disposições gerais. Artigo 17º poderá ser solicitado assessorias especializadas tanto pela Comissão
1102como pelas subcomissões, visando o aprimoramento técnico científico, elucidações de questões duvidosas e outras que
1103se fizerem necessárias. Artigo 18º as notícias para divulgação pública que envolvem o trabalho da Comissão somente
1104poderão ser fornecidas mediante aprovação do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, sempre estando em acordo
1105com as diretrizes aprovadas pela Comissão. Artigo 19º um membro da Comissão poderá se manifestar publicamente
1106nessa condição desde que aprovado pela mesma. Artigo 20º a entidade, órgão ou instituição representada aqui no
1107decorrer de um ano não comparecer em três reuniões consecutivas ou em seis alternadas sem justificativa plausível
1108será desligado da Comissão, devendo ser comunicado a partir da segunda falta consecutiva ou da quarta intercalada
1109através da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Artigo 21º os casos omissos nesse
1110regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão. Artigo 22º as alterações subsequentes desse regimento poderá
1111ocorrer apenas com a aprovação de 2/3 de seus membros em reunião convocada para esse fim. Artigo 23º esse
1112regimento entrará em vigor após a sua aprovação em reunião da Comissão. (destaque) Curitiba, 22 de fevereiro de
11132006. Francisco... Presidente do CES/PR, homologa a resolução do CES/PR nos termos do Parágrafo 2º do Artigo 1º da
1114Lei Federal 8.142 de 21 de dezembro de 1990. Dr. Cláudio Murilo Xavier, Secretário de Estado da Saúde. Em discussão.
1115Dr. Ruy. **DR. RUY** – No Artigo 13º da Lei Federal 8080 consta que a Comissão é Comissão de Vigilância Sanitária e de
1116Farmacoepidemiologia. Então gostaria que toda vez que constasse o nome correto em todos os itens dessa Resolução.
1117E se visse junto ao CRF o que tem que ser visto de **Farmacoepidemiologia** ou de **Farmacovigilância**, por favor. Tanto lá
1118no Artigo 13º da Lei Federal 8080 quanto no Artigo 6º do Decreto **99488** de 07 de agosto de 1990 que deu o ponto de
1119partida aos Conselhos de Saúde. Muito Obrigado. **DR. FRANCISCO** – Apenas no Artigo 23 que foi solicitado destaque
1120por mim e depois pela Elaine, onde diz esse regimento entrará em vigor após a sua aprovação em reunião da
1121Comissão, é do Conselho Estadual de Saúde. A Comissão não tem poderes para aprovar ou deliberar sobre um
1122regimento. **VALDIR** – Apenas uma questão que essa Plenária tem que deliberar é sobre ponto levantado pelo Dr.
1123Ruy, porque na verdade aqui no preâmbulo cita a legislação e cita também no Artigo 1º a Resolução 26 de 2003, que
1124esse Conselho anteriormente criou a Comissão de Vigilância Sanitária, esse era o nome e anteriormente criou a
1125Comissão de Meio ambiente e Saúde. Então com a unificação ficou Comissão de Vigilância Sanitária e Meio ambiente,
1126quando sair a resolução deve ser com esse nome de Comissão. o que o Dr. Ruy está propondo é que de acordo com a
1127333 e as outras legislação que ele citou, na verdade é uma outra denominação. A Plenária tem que ver se vai fazer
1128uma outra resolução mudando novamente o nome da Comissão e as atribuições, porque daí antecede inclusive a
1129aprovação desse regulamento da Comissão. **DR. RUY** – Na legislação está claríssimo, é decreto do Conselho de Saúde
1130que diz que as Comissões são obrigatórias em todos os Conselhos, e são essas, Alimentação e Nutrição, Saneamento
1131e Meio Ambiente, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Recursos Humanos, Saúde do Trabalhador. As duas
1132primeiras já estava fundidas junto com a Vigilância Sanitária. **DR. FRANCISCO** – A Mesa entende que salvo o melhor
1133juízo, a Conselho Nacional de Saúde criou Comissões com finalidades para promover estudos vistas a compatibilização
1134de Políticas, cuja a execução envolverá áreas compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Então primeiro o
1135Artigo não diz que é obrigatório a criação, ele orienta a criação, ao menos no Artigo 6º que você está indicando, poderá
1136convidar áreas e segundo cuja a execução envolva áreas não compreendidas no Sistema Único de Saúde, quer dizer,
1137tradicionalmente no Sistema Único de Saúde, que são Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Vigilância
1138Sanitária, Recursos Humanos, Ciência e Tecnologia e Saúde do Trabalhador. Então nada impede que esse Conselho crie
1139uma Comissão chamada de Vigilância Sanitária e Meio Ambiente que atenda as áreas de Vigilância Sanitária e
1140Farmacoepidemiologia e Saneamento e Meio Ambiente, desde que essa Comissão, atenda essas áreas, estará até
1141atendendo mesmo que não conste obrigatoriedade a Resolução do Conselho Nacional de Saúde. É o entendimento da
1142Mesa, aí estaria totalmente pleiteada. **DR. RUY** – Prezado Presidente, remeto a página 32 dessa mesma coletânea,
1143Artigo 13º da Lei 8080 e lá fala o seguinte, a articulação das Políticas e Programas a cargo das Comissões
1144Intersetoriais abrangerá em especial as atividades que já foram enumeradas. **DR. FRANCISCO** – O entendimento é o
1145mesmo, é inclusive é por isso que cita, porque são especiais mesmo e estamos criando aqui no Conselho e atende
1146porque preocupasse com essas áreas, essas áreas são especiais, nós não criamos outras Comissões, caminhamos em
1147cima de sistemas. Volto a dizer que são articulações das Políticas de Programas que ficarão a cargo de Comissões
1148Intersetoriais em especial e não está dito em nenhum momento que são obrigatórias. Artigo 12º serão criadas
1149Comissões Intersetoriais do âmbito nacional integradas pelo Ministério da Saúde e etc., as Comissões Intersetoriais
1150terão finalidades de articular Políticas de abrangência do Sistema Único, nem fala da obrigatoriedade do Conselho

169
170
171
172
173
174
175



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



1151 Estadual de Saúde ou do Conselho Municipal de Saúde, poderemos analisar com mais calma. A Elaine está inscrita.
1152 **ELAINE** – Acho que devemos analisar essa questão das Comissões a partir do que temos vivenciado nas Comissões.
1153 Então três ou quatro Comissões, por exemplo Recursos Humanos que é obrigatório que eu defenda os Trabalhadores
1154 em Saúde, que o SindSaúde vem e que algumas entidades vem, mas que não acontece de fato, estou citando a de
1155 Recursos Humanos mas poderíamos citar outras Comissões. Então acho que eu sou sempre a favor do cumprimento
1156 escrito da lei e sou sempre a favor do cumprimento das deliberações do Conselho Estadual, do Conselho Municipal ou
1157 do Conselho Nacional, quero sempre estar a partir disso, mas aí não iria com tanto afã nesse momento de criar isso,
1158 talvez pudéssemos ver assim, como é que nós pegamos essa Comissão, conversa com algumas instituições que
1159 entendem de farmácia, da questão de medicamentos, vê se elas se comprometem integrar a Comissão, e elas não são
1160 obrigadas a participar e aí colocaria um Artigo ou um inciso à mais dizendo que isso também contemplaria a Comissão
1161 já existente. Mas também não adianta nós criarmos uma coisa que depois ninguém entende nada e não se encaminha,
1162 sendo que temos no papel a Comissão e de fato não acontece. Então vamos adequar tudo isso que o Conselho
1163 Nacional colocou à nossa realidade, tentando dar cumprimento a isso mas também buscando ter capacidade técnica e
1164 qualidade na discussão, porque não adianta. Obrigada. **CARLOS JEFFERSON** – Federação dos Pastores. A minha
1165 opinião para contribuir na discussão é que ela colocou bem, é importante que realmente esteja contemplado com a
1166 participação de pessoas que possam dar o embasamento técnico. Mas gostaria de salientar o seguinte, na criação das
1167 Comissões que o Conselho Estadual estabeleça um estudo de como é que procede isso à nível nacional, porque se
1168 existe dentro do Conselho Nacional essas Comissões e nelas se trata os devidos temas, se tivermos a mesma
1169 organicidade que segue a mesma do Conselho Nacional ficará muito mais fácil para que possamos discutir essa questão
1170 à nível estadual, sem ter que separar Comissões. Então se for encaminhado da forma como ela propôs, de que uma
1171 emenda faça contemplar o setor de Farmacologia dentro, também veja se à nível nacional no Conselho Nacional a
1172 Comissão funciona dessa forma. **NETO** – Vou tentar contemplar o que a Elaine falou e acho que tem sentido. Acho que
1173 não precisamos mudar o nome da Co
1174 missão colocando a Farmacologia, mas sim nos objetivos em qualquer um dos artigos coloca-se a implementação das
1175 considerações das deliberações de Vigilância Sanitária, de Meio Ambiente e Farmaco e Epidemiologia. E eu já conversei
1176 com o Juliano e ele vai representar o Conselho Regional de Farmácia dentro da Comissão, já enviamos a inscrição dele
1177 para a Secretaria Executiva, ele é de Vigilância Sanitária e tem especialização em epidemiologia, então ele conhece a
1178 área e vai poder subsidiar a Comissão nesse aspecto, também se for preciso o Conselho indicaria mais nomes dessa
1179 área para subsidiar a Comissão nesses tópicos de farmacologia. **JOSÉ CARLOS LEITE** – Acho que muitas vezes nós
1180 temos cobrado algumas Resoluções do próprio Conselho Nacional. Mas tem que ter a noção que o próprio Conselho
1181 Nacional também está passando por uma reestruturação porque também não está adequado legalmente dentro do
1182 processo. O próprio Conselho Nacional de Saúde recomenda que o Conselho e as Comissões devem ter assessorias,
1183 devemos começar a cobrar isso também. E mais uma questão, toda Comissão ter ser composta no mínimo por três
1184 Conselheiros e no nosso próprio Regimento Interno não diz da obrigatoriedade, recomenda que deve participar. **DR.**
1185 **RUY** – Há mais alguém inscrito? Então isso depende vistas, baseado no Regimento Interno no Artigo 29 no Parágrafo
1186 segundo, onde diz que todo Conselheiro poderá se julgar necessário pedir pedido de vistas devidamente justificando ao
1187 processo que originou a proposta de resolução, (?) ou moção, deverá apresentar o seu parecer até a próxima reunião.
1188 Convido ao pessoal do Centro de Referência, em especial o Dr. Juliano para nos ajudar nesse pedido de vistas e trazer
1189 um parecer até a próxima reunião. **DR. FRANCISCO** – Dr. Ruy, só para não perdermos em mais um assunto, mas o
1190 pedido de vistas devidamente justificado... **DR. RUY** – Gostaria de formalizar essa parte de Farmacovigilância e
1191 Farmacoepidemiologia para poder apresentar como o Neto colocou, ou também junto ao Valdir na Comissão de
1192 Vigilância Sanitária e Meio Ambiente, pedir a aprovação deles para na próxima reunião poder aprovar essa resolução
1193 que ele propôs na reunião de hoje. **DR. FRANCISCO** – Foi solicitado o pedido de vistas com a justificativa de
1194 acrescentar laudos objetivos ao regulamento da Comissão de Saneamento. Alguma objeção? Então está retirado de
1195 pauta esse assunto e será trazido com os devidos acréscimos e pareceres desse pedido de vistas para a próxima
1196 reunião do Conselho Estadual de Saúde. Temos um convite do Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão
1197 Participativa para o Seminário Nacional do Controle Social das Políticas Públicas de Saúde para as mulheres, a
1198 correspondência foi enviada para o Conselho Estadual de Saúde nos primeiros dias de fevereiro, foi assinada a carta na
1199 data de 31 de janeiro de 2006 e tinha o prazo até o dia 06 de fevereiro para enviar uma representação, a Mesa diretora
1200 anterior em discussão não sabia na verdade o que fazer, que conduta tomar. Se esperasse pela reunião desse Conselho
1201 teria perdido o prazo de inscrição e o por outro lado chegou-se a seguinte situação que trazemos nesse informe, como
1202 havia um convite também à Comissão Estadual de Saúde da Mulher nós indicamos para não perder o prazo de inscrição
1203 pelo Conselho que é membro lá também para participar a Goretti que não é mais Conselheira, mas até naquela data
1204 ainda o era. Essas despesas não são pagas pela Secretaria de Saúde e nem por esse Conselho. Da mesma forma temos
1205 aqui um Ofício Circular do Conselho Nacional de Saúde convidando a Secretária Executiva para participar da reunião
1206 das Secretárias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde nos dias 15 e 16 de março de 2006. **TEREZA** – Queria
1207 aproveitar para dar um informe. Já foi tomado um encaminhamento pela Goretti quando ainda estava Presidente da
1208 Mesa quando foi encaminhado. Estou deixando um documento na Secretaria Executiva e depois a Mesa Diretora e os
1209 demais Conselheiros pode tomar conhecimento da nossa situação em Ponta Grossa. Nós tivemos em outubro do ano
1210 passado a nossa Conferência conforme preconiza a legislação e elegemos as nossas novas entidades que iriam compor

177
178
179
180
181
182
183



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



1211o Conselho, foi encaminhado para o Secretário de Saúde e para o Prefeito pudesse fazer a devida homologação das
1212novas entidades que comporiam o Conselho. Levamos mais de 30 dias para ter retorno, depois disso tivemos uma
1213conversa com o advogado do legislativo que falou que estava ilegal, que o regimento não estava de acordo com o que
1214tínhamos eleitos. Enfim, depois disso foi encaminhado para a Câmara no dia 19 de janeiro conforme tínhamos feito a
1215solicitação, que fariam parte do Conselho, inclusive excluindo Farmácia e Serviço Social do segmento de Trabalhadores
1216e algumas outras entidades, de modo que não iríamos conseguir se enquadrar dentro da proposta dele. As entidades
1217eleitas se reuniram no dia 02 de fevereiro e nos auto homologamos porque já tinha transcorrido os 30 dias do
1218encaminhamento e para o nosso entendimento na Lei 333 tem um Parágrafo onde diz que teríamos poder para isso.
1219Comunicamos então o Conselho Nacional de Saúde que repassou para esse Conselho Estadual de Saúde, então a
1220Goretti fez um ofício e encaminhou para todos os vereadores de Ponta Grossa, para o Prefeito, para Promotor Público.
1221E depois disso não se manifestaram mais, então não sabemos se ele retirou, acreditamos que tenha entendido, a
1222Promotoria Pública também mandou *e-mail* para o Prefeito e para todos os vereadores. E ontem finalmente
1223consequimos fazer eleição da nossa Mesa e até então entendemos que estamos legais e vamos continuar trabalhando
1224por aí. **CAMPAGNOLI** – CRO. Sou de Ponta Grossa também. É claro que é um que houve um desagravo total, acho
1225que em todos os segmentos. O projeto de lei proposto pelo Município, na realidade ele mandou o projeto de lei inicial
1226no dia 17 de janeiro e no dia 17 de janeiro a Câmara aprovou a nova composição do Conselho e se falava no número
1227de 24 entidades, porque algumas entidades desapareceram e outras entraram, então mudamos a lei na composição.
1228No dia 19 sancionaram a lei, entendo que os 30 dias é após a composição, houve essa tomada de posse que questionei
1229dizendo que os 30 dias seriam ontem e até pedi um *ad referendum* de uma nova tomada de posse. Então tomamos
1230duas vezes posse para não ter problema à nível jurídico. Agora o que me chama a atenção era uma proposta de voltar
1231atrás, lá no passado sabemos que foi o jurídico da prefeitura que esteve empurrando isso e ele infelizmente em 1997
1232sem sabermos, o nosso Conselho era composto por 16 e de uma hora para outra numa proposta na Câmara de uma
1233Vereadora passou-se para 32 e depois no andamento dos anos vimos que 32 era demais e em uma das Conferências
1234reduzimos para 24 e o nosso Conselho estava andando. Faltou na verdade a sensibilidade que não é só do nosso
1235Gestor, acho que na grande maioria é dos Gestores desses Municípios à fora. Estou com grande problema dentro da
1236minha Regional de Saúde que vou ter resolver, onde o Gestor quer mudar todo o Conselho como se fosse dono. Então
1237espero Tereza que a coisa vá, acho que ontem dentro de um espírito democrático ferimos o nosso regimento, mas
1238fizemos um acordo. **PICORELLI** – Nós temos a Comissão de Interiorização aqui no Conselho Estadual de Saúde que
1239acompanha esses Conselhos, infelizmente aconteceu isso na nossa cidade e infelizmente muitos Gestores municipais
1240foram lá copiar a receita de como fazia dois Conselhos no mesmo Município. E tenho uma proposta que os dois pontos
1241de pauta da SESA que fique para a próxima reunião. **DR. RUY** – Novamente sou obrigado a me manifestar. Nessa
1242linha do Picorelli e também dos Conselheiros que antecederam, realmente à Conselhos e Conselhos. E a maior parte
1243dos Conselhos estão irregulares e a maior parte das leis que criaram os Conselhos são irregulares e ilegais. Como o
1244Picorelli falou a Comissão de Interiorização vê isso, deve receber esse relatório de Ponta Grossa. E também
1245convocamos, Valdir, Sr. Euclides, Dra. Josiane, a mim pessoalmente para junto aqui à Plenária do Conselho Estadual de
1246Saúde análise esses problemas todos que estão pipocando no Estado do Paraná de uma maneira vergonhosa. Tenho
1247um informe se me permite. Hoje à noite o Hospital Erasto Gaertner fará uma reunião às 20 horas para a entidade
1248mantenedora e da qual faço parte como associado voluntário da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, para adquirir
1249o Hospital das Nações em Curitiba, justamente prevendo a ampliação de suas instalações para atender essa parte de
1250ortoses e próteses com mais atenção. Muito obrigado. **PICORELLI** – Sobre a Conferência de Gestão do Trabalho
1251gostaria que fosse deliberado hoje sobre a viagem para Brasília para essa Conferência, se será de avião ou de ônibus,
1252porque se deixarmos para a próxima reunião que será no dia 22, teremos apenas dois dias para deliberar sobre isso.
1253Quem vai nos representar junto ao Gestor? **ELAINE** – Sobre essa questão da Conferência Nacional de Gestão do
1254Trabalho, acho que temos uma preocupação muito grande. quando a Marlene falou a semana passada a Goretti ainda
1255estava na presidência e ela sabendo disso tomou uma atitude de oficializar para a diretoria administrativa e o
1256Secretário o pedido de manutenção de passagens aéreas. Sabendo disso e como coordenadora, mas nem fiz na
1257condição de coordenadora, mas na condição de SindSaúde fizemos também um ofício para o Secretário dizendo que,
1258primeiro essa diferença de tratamento entre o Gestor que certamente irá de avião e com os demais Conselheiros. Outra
1259preocupação nossa é que tem gente com uma certa idade e andar 24 horas de ônibus muita saúde. Segundo vai
1260começar a pipocar e no nosso ofício colocamos isso, as pessoas de idade que saíram conselheiras, as pessoas que tem
1261problemas de saúde que vão começar apresentar aqui declaração de atestado de saúde impossibilitadas de viajar 24 ou
1262mais horas e a outra questão é que se economiza no avião mas se gasta em alimentação. A terceira questão é que um
1263ônibus sai de Curitiba e o outro sai de Foz do Iguaçu e vai pegando Cascavel, Maringá, Londrina e etc. Eu não acho
1264justo que depois que foi definido por avião se decida por ônibus. Acho que a gente deveria fazer uma deliberação de
1265que é avião, levar essa deliberação para a Vanessa, para o Secretário, e também que as entidades desse Conselho
1266enviem por meio de fax ou *e-mail* para o Secretário dizendo que a sua entidade é à favor que seja pago passagem de
1267avião por os membros que vão representar o Paraná na Conferência Nacional de Gestão do Trabalho. **DR.**
1268**FRANCISCO** – Antes das inscrições só um esclarecimento. Nós falamos no começo da reunião Elaine, que realmente
1269veio esse despacho do Secretário e nós na reunião com o mesmo ontem solicitamos que se reconsideração, inclusive
1270falamos sobre uma ação mais direta da Secretaria com as empresas não intermediadas por agências de turismo, fosse

185
186
187
188
189
190
191



ATA
116ª REUNIÃO ORDINÁRIA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
DO PARANÁ CES/PR



1271 possível a aquisição de passagens a preços até muitos próximos da viagem com o ônibus. E ainda pouco cobrei se já
1272 tinha uma posição, fomos informados que estão esperando uma posição das agencias e das empresas de transporte
1273 aéreo nessa questão dessa análise. Então independente das suas propostas a Mesa anterior fez reunião com o
1274 Secretário e pediu reconsideração. Primeiro o Sr. Compagnoli e depois o Jonas. **COMPAGNOLI** – CRO. Sr. Presidente
1275 só no sentido de informe o Conselho de Odontologia do Paraná está entrando numa campanha junto à Secretaria de
1276 Saúde com relação à tuberculose, dia 24 de março é o Dia Nacional da Tuberculose. Existe no Paraná que são
1277 considerados como prioritários em novos números de casos de tuberculose, que são Paranaguá, Pinhais, Colombo, São
1278 José dos Pinhais, Curitiba, Ponta Grossa, Guarapuava, Foz do Iguaçu, Maringá e Londrina. Então nós pela odontologia
1279 estamos entrando em contato com todos os nossos representantes nessas cidades para que nesse dia 24 a odontologia
1280 também esteja presente nessa campanha da tuberculose, no Dia Nacional da Tuberculose. E principalmente onde
1281 temos faculdades de odontologia que os acadêmicos também estejam envolvidos. O nosso Conselho a partir de agora
1282 está aberto à todos esses eventos que forem acontecer à nível de Estado. Muito obrigado. **JONAS** – Pela FNU,
1283 representante de Usuários. Na questão ainda do problema da viagem para Brasília quero reforçar e lembrar que nós
1284 tivemos um problema sério com a questão da Conferência da Saúde do Trabalhador, aonde pessoas como já foi citado
1285 anteriormente pela Elaine, que tem problemas de saúde vai de avião. Nós tivemos uma pessoa que foi de ônibus e teve
1286 problemas de saúde que requereu internação lá em Brasília, existem também o problema das diárias de hotel que
1287 houve um gasto muito maior. E quero cumprimentar a delegação de Minas que também foi de ônibus, mas ocorreu
1288 aquilo que não queremos, um acidente com o ônibus. Gostaria que tirássemos uma deliberação dentro do Conselho de
1289 uma correspondência dessa reunião ao Sr. Secretário para reforçar isso. **LURDES** – Só queria completar o Dr.
1290 Campagnoli que a Saúde Bucal da Pastoral da Criança também está solidária com esse trabalho da tuberculose, junto
1291 com a Secretaria Estadual de Saúde a Pastoral está recebendo 30 mil panfletos para serem entregues nas visitas
1292 domiciliares junto com as líderes comunitárias nossas. **DR. FRANCISCO** – Só a título de encaminhamento fechando a
1293 preposição do Jonas, da Elaine, da Mesa que inclusive já tomou essa providência, nós faremos nova correspondência.
1294 Se assim é o entendimento desse Conselho, solicitando mais uma vez ao Secretário que considere as condições de
1295 transporte, tempo, segurança, saúde e condições de participação dos Delegados do Paraná principalmente dos
1296 Trabalhadores e Usuários, para que a Secretaria forneça essas condições. Para encerrar, como o Dr. Gilberto não veio
1297 os dois pontos da SESA ficam para a próxima reunião, ou para outra reunião. Eu gostaria de pedir desculpas por algum
1298 tropeço, ou pela condução correta na reunião, considerando que é a primeira reunião conduzida por esta Mesa.
1299 Agradecer aos demais membros da Mesa Diretora pela condução e agradecer a contribuição e a colaboração de todos,
1300 independente de qualquer divergência, na condução dos trabalhos que realmente foram bastantes profícuos e
1301 conseguimos obter muitos resultados. Obrigado à todos e até a próxima reunião. Não tendo mais nada a constar, a
1302 Secretaria Executiva do CES/PR lavrou a presente ata, que vai assinada pelo Presidente, Dr. Francisco
1303 Eugênio Alves de Souza _____ e pela 1ª Secretária do CES/PR,
1304 Marina Hiromi Assanuma _____

1305
1306
1307
1308