

**ATA DA 155ª REUNIÃO ORDINÁRIA
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA
(18 de abril de 2006)**

1
2
3
4
5
6 Aos dezoito dias do mês de abril de dois mil e seis, às dezenove horas e quinze minutos, no
7 Auditorium Samuel Pessoa da Villa da Saúde, após a constatação de quorum necessário, reuniram-se
8 os membros do Conselho Municipal de Saúde, para centésima quinquagésima quinta reunião ordinária
9 do Conselho Municipal de Saúde, tendo como pauta: 1 – **Aprovação da ata da 154ª Reunião**
10 **Ordinária do Conselho Municipal de Saúde e pauta para 155ª Reunião Ordinária do Conselho**
11 **Municipal de Saúde; 2 – Informes; 3- Prestação de Contas do FMS referente ao mês de**
12 **fevereiro de 2006; 4 – Apresentação e Aprovação do Plano Municipal e Regional de Saúde do**
13 **Trabalhador; 5 – Avaliação da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI)**
14 **e do Pacto da Atenção Básica de 2005 e proposta para o Pacto da Atenção Básica de 2006; 6 -**
15 **Relato do I Encontro para Implementação de Política do Uso Racional e Medicamentos. Dr.**
16 **Silvio Fernandes da Silva** dando início à reunião coloca em apreciação a ata da reunião anterior.
17 **Sônia Anselmo** esclarece que na ata enviada aos conselheiros a lista de presença estava errada,
18 informa que esse erro foi corrigido e entrega a retificação aos conselheiros. Não havendo mais
19 nenhuma outra correção é **APROVADA a ata da 154ª reunião ordinária do Conselho Municipal de**
20 **Saúde. Dr. Silvio Fernandes** submete a aprovação da pauta da 155ª Reunião Ordinária do Conselho
21 Municipal de Saúde, não havendo nenhuma proposta de mudança é **APROVADA a pauta para a 155ª**
22 **reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde. A seguir passa-se para o item de pauta 2 –**
23 **Informes. Julia Satie** informa que dia 20 de maio haverá uma assembléia do CONCENTRO para
24 eleição da nova diretoria, às 9h00 da manhã, no Centro Comunitário da Vila Nova. **Ana Paula**
25 **Cantelmo** entrega aos conselheiros o Jornal da Santa Casa, informando que é uma edição
26 comemorativa pelos 70 anos da Irmandade Santa Casa de Londrina e o CMS faz parte dessa história,
27 ressalta que de 01 de março de 2006, dia do aniversário da Santa Casa, a 01 de março de 2007,
28 ocorrerão diversas atividades comemorativas. **Angélica de Souza** solicita que seja pauta para a
29 próxima reunião do CMS, o protocolo de atendimento do Hospital de Olhos de Londrina para
30 pacientes/SUS, pois esteve em consulta no Hospital e ficou preocupada com a forma que os usuários
31 do SUS são atendidos. Diz que chegou às 12h00 e foi atendida às 16h30, enquanto pacientes que
32 estavam lá desde às 8h00 da manhã não tinham nenhuma perspectiva de atendimento. **Adilson de**
33 **Castro**, diretor do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, informa que o Hospital realizou, quinta-feira
34 próxima passada, sua primeira cirurgia por vídeo laparoscopia; sendo que para isso houve um
35 investimento pelo Governo do Estado de mais de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em equipamentos,
36 visando a melhoria da qualidade de atendimento com implantação de tecnologia de ponta. Fala
37 também, que o Hospital adquiriu o histeroscópio para diagnóstico e terapia e o CISMEDPAR deverá
38 começar encaminhar os pacientes para este serviço. Diz que é plano da diretoria do Hospital investir
39 em procedimentos através de vídeo tanto em ortopedia quanto em urologia com o objetivo de
40 transformar o Hospital da Zona Norte em referência para cirurgia por vídeo. **Paulo Nicolau** relata as
41 dificuldades encontradas pelos hospitais psiquiátricos, pois as diárias pagas pelo Ministério da Saúde
42 estão defasadas desde 1995, hoje a diária é em torno de R\$ 30,00 para dar toda a infra-estrutura
43 necessária ao paciente internado; entrega ao Dr. Silvio documento relatando essa situação e pedindo
44 auxílio nessa empreita para que seja revista a tabela de pagamento do SUS. **Silvio Fernandes** recebe o
45 documento e se compromete a fomentar essa discussão. Relata que houve uma diminuição
46 significativa do índice amostral de *Aedes Aegypti* em Londrina de 4,7% para 1,94%, isso graças há
47 um trabalho articulado de diferentes entidades e população, coordenado pelo Diretor de Saúde
48 Ambiental Maurício Barros, ressalta que essa diretoria vem desempenhando com sucesso o seu papel,
49 e que o desafio agora é manter o índice nesse nível. Informa que hoje foi entregue a nova Unidade de
50 Saúde na Reserva Indígena Apucarantina; essa unidade foi feita com recursos federais, através da

51 FUNASA, e recursos municipais. Fala que de 24 de abril a 05 de maio, acontecerá a Campanha de
52 Vacinação Anti-Gripal para Idosos acima de 60 anos e a meta é vacinar 46.325 pessoas, ressalta a
53 importância da adesão a essa campanha, pois estudos comprovam que a partir dessa campanha houve
54 uma redução nas complicações da gripe, nas internações hospitalares e também a mortalidade, e
55 coloca que o Brasil é um dos poucos países do mundo que tem essa estratégia de vacinação, informa
56 que a abertura oficial da Campanha Anti-Gripal será dia 29 de abril, às 9h00, na Unidade de Saúde do
57 Vila Nova. **Sônia Anselmo**, secretária administrativa do Conselho Municipal de Saúde, justifica a
58 ausências dos conselheiros Wânia Gutierrez, Maria José Teixeira, Deid Francisco, Orides Pinheiro,
59 Marcos Ratto, Joel Tadeu e Eder Pimenta; diz que de 27 a 31 de março, aconteceu a 3ª Conferência
60 Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e por deliberação do Conselho Estadual de
61 Saúde (CES) a delegação do Paraná não participou, pois conforme entendimento do CES que por não
62 haver sido viabilizado transporte aéreo aos delegados, o Paraná não estaria na conferência, tendo como
63 justificativa que alguns delegados dependendo da localidade que reside, ficariam mais de 30 horas
64 dentro do ônibus e Londrina que fazia parte dessa delegação, não participou portanto da Conferência.
65 Fala que o Conselho Municipal de Saúde de Londrina inscreveu duas experiências bem sucedidas em
66 controle social no Conselho Nacional de Saúde e infelizmente não foi premiado, informa que dentre os
67 Conselhos Estaduais o Conselho Estadual de Saúde do Paraná foi premiado. **Silvio Fernandes** fala
68 que conforme compromisso assumido na reunião anterior, foi encaminhado a todos os conselheiros o
69 novo Pacto de Gestão e diz que a partir desse documento é que será dada continuidade à
70 implementação do SUS no Brasil. Passa-se a seguir para o próximo ponto de pauta, **item 3 –**
71 **Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde, referente ao mês de Fevereiro de 2006 –**
72 **Ubirajara Zanetti Marianne**, Diretor Financeiro da Autarquia Municipal de Saúde, apresenta
73 movimentação das contas do Fundo Municipal de Saúde referente ao mês de fevereiro de 2006:
74 RELAÇÃO DAS MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS EM FEVEREIRO DE 2006. GESTÃO
75 PLENA. Saldo Anterior- R\$ 2.075.357,65. RECEITAS. Teto financeiro – R\$ 6.226.053,84. Ações
76 Estratégicas (extra-teto): R\$ 1.348.684,36. Acomp. Pós Transplantes 12/05 - R\$ 41.841,91;
77 Acompanhamento de Pacientes Saúde Mental 12/05 R\$ 42.197,75; Acompanhamento pacientes 12/05
78 – R\$ 53.998,77; AIDS AIH – 12/05 R\$ 2.160,00; Campanha Cirurgia Oftalmo 12/05 R\$ 71.719,00;
79 Câncer Colo Uterino 12/05 – R\$ 3.572,89; Assistência Domiciliar – 12/05 R\$ 2.074,80; Detec. Defic.
80 Audit 12/05 – R\$ 251.981,15; Fisioterapia SIA – 12/05 R\$ 325,68; Humanização Parto 12/05 R\$
81 2.730,00; Leucemia Mielóide – 12/05 R\$ 44.737,00; Próstata 11/05 R\$ 10.628,59; Psicodiagnóstico –
82 12/05 R\$ 306,88; Reabilitação – 12/05 R\$ 74.573,45; Retinopatia Diabética – 12/05 R\$ 560,00;
83 Terapia e Psicoterapia – 12/05 R\$ 4.163,11; Terapia Renal Substitutiva – 12/05 R\$ 713.985,72;
84 Tuberculose S.I.A – 12/05 R\$ 819,00; Varizes 11 e 12/05 – R\$ 26.308,66. Receita Patrimonial:
85 Rendimento de aplicação em fevereiro de 2006 – R\$ 40.774,89. Receitas Diversas: Devolução
86 Adiantamento R\$ 10,00. DESPESAS: Repasses Credenciados SUS: R\$ 5.093.371,36. Ações
87 Estratégicas R\$ 678.412,03; Campanhas R\$ 93.699,99; Fatura Ambulatorial PJ R\$ 3.433.486,76;
88 Fatura Hospitalar AC/MC PJ R\$ 844.916,59; Plantões Medic. Obst/UTI Neonatal – R\$ 18.680,00;
89 Consignações e Depósitos Judiciais Prestadores R\$ 24.175,99. Serviços do Município: R\$ 991.761,21;
90 Caps R\$ 129.397,55; Comunidade Terapêutica – R\$ 17.500,30; MC/AC REDE R\$ 580.477,34;
91 Internação Domiciliar – R\$ 173.623,24; T.F.D – Tratamento Fora do Município R\$ 8.048,40;
92 Policlínica R\$ 82.714,38. Despesas Administrativas R\$ 8.946,30; Pessoal Administrativo Terceirizado
93 R\$ 8.228,81; Conselho Municipal de Saúde R\$ 717,49. Saldo Parcial DÉBITO: R\$ 6.094.078,87.
94 CRÉDITO: R\$ 7.615.523,09. SALDO: R\$ 3.596.801,87; Transferências FEV/06 R\$ 211.024,11.
95 Saldo Final em 28/02/06 R\$ 3.385.777,76. MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DA CONTA PAB –
96 MÊS DE FEVEREIRO/2006. Saldo Anterior – R\$ 1.150.684,85. RECEITAS. Programas do MS R\$
97 1.318.695,31. PAB Assist Farmacêutica Básica 01/06 1312 R\$ 64.258,43; PAB incentivo povos
98 indígenas 01/06 R\$ 22.350,00; PAB Agente Comunit. Saúde 01/06 R\$ 132.600,00; PAB Prog. Saúde
99 da Família 01/06 1339 R\$ 553.500,00; PAB Saúde Bucal 01/06 e adicional 1339 – R\$ 29.800,00; Teto
100 Fixo PAB – 01/06 1302 R\$ 506.450,75; PAB Vigilância Sanitária 01/06 – 1343 R\$ 9.736,13.

101 Patrimonial: Rendimento de aplicação em FEVEREIRO/06 – R\$ 4.647,62. DESPESAS: Manutenção
102 de Programas: R\$ 1.348,251,92. Apoio à População Indígena R\$ 42.524,16; Farmácia Básica R\$
103 123.086,45; Saúde da Família/Ag. Comunitários R\$ 1.182.641,31. SALDO PARCIAL: DÉBITO: R\$
104 1.348.251,92. RECEITA: R\$ 1.323.342,93. SALDO R\$ 1.125.775,86. Transferências FEV/06 R\$
105 553.596,88. SALDO FINAL em 28/02/2006: R\$ 572.178,98. MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DA
106 CONTA EPIDEMIOLÓGICA – MÊS DE FEVEREIRO/06: Saldo anterior – R\$ 53.002,07.
107 RECEITAS: R\$ 67.327,07. Ministério da Saúde – R\$ 66.818,22; Incent. Hosp. Referência hospit
108 12/05 e 01/06 – R\$ 20.000,00; PAB TFVS 12/05 e 01/06 Adicional R\$ 46.818,22. RECEITA
109 PATRIMONIAL: Rendimento de aplicação em fev/2006 – R\$ 508,85. DESPESAS: R\$ 2.900,00.
110 diversas despesas com fundo epidemiológico - R\$ 2.895,54; Transferências R\$ 5,32. Posição em
111 28/02/06: DÉBITO: R\$ 2.900,86; CRÉDITO: R\$ 67.327,07. SALDO: R\$ 117.428,28. **Ubirajara**
112 informa que durante a reunião da Comissão Municipal de Acompanhamento do FMS foi questionado
113 o porquê da despesa da viagem da Secretária do CMS, Sônia Anselmo, ser debitada da Conta da
114 Gestão Plena; explica que essa despesa é colocada nessa conta porque há uma rubrica específica para
115 custear viagens de conselheiros e da Secretaria Administrativa do CMS. **Jeremias Brizola** pergunta
116 com relação a conta da Gestão Plena por que serviços como MMLB e Centrolab, aparecem como
117 transferência e outros como despesas do município; pergunta por que o valor para a média e alta
118 complexidade esse mês está maior, ou seja, nos meses anteriores foram em torno de R\$ 250.000,00 e
119 esse mês é de R\$ 580.000,00; quanto ao teto financeiro, fala que em janeiro o valor era de R\$
120 5.090.000,00 e agora o valor é de R\$ 6.226.000,00, pergunta se o teto financeiro aumentou; pergunta
121 na Conta da Epidemiologia o valor de R\$ 20.000,00 referente ao repasse de 2 meses de incentivo
122 hospitalar, pergunta a que se refere, pois o HU apresentou um projeto para o Governo do Estado e até
123 a presente data não tem retorno sobre este. **Ubirajara** responde explicando que essa prestação de
124 contas apresenta toda a movimentação financeira do mês por isso alguns valores se repetem, ou seja, o
125 município não está recebendo duas vezes são os valores é que estão se repetindo no relatório. Com
126 relação ao teto financeiro, foi esquecido de diminuir de R\$ 6.226.000,00 o valor de R\$ 1.348.000,00,
127 portanto não houve aumento no teto financeiro, o valor continua em torno de R\$ 5.800.000,00. Diz
128 que com relação ao valor maior para a média e alta complexidade, o que acontece é que o município
129 trabalha com licitação, por isso há meses onde há maior concentração de despesas, que é quando os
130 fornecedores entregam os suprimentos para a manutenção da rede de saúde do município. **Fláida**
131 **Cristina**, Gerente da Tesouraria da Secretaria de Saúde, esclarece ao conselheiro Jeremias sobre sua
132 última pergunta, informando que todos os meses vem um adicional na Conta da Epidemiologia, sendo
133 seu valor variável, informa que esse valor de R\$ 68.000,00 foi determinado através de Portaria
134 publicada mais R\$ 20.000,00, porém o repasse desses R\$ 20.000,00 é variável. **Jeremias** informa que
135 o HU encaminhou um projeto, em agosto de 2005, na área de epidemiologia e por enquanto não sabe
136 como se dará o encaminhamento desse projeto. **Ubirajara** se compromete a verificar se há algum
137 valor depositado na conta do FMS para o projeto em questão. **Jeremias** coloca que a informação
138 recebida na época era que os projetos de vigilância epidemiológica hospitalar seriam coordenados e
139 centralizados pela Secretaria Estadual de Saúde, porém foi perdido o contato com esse pessoal e agora
140 o HU não sabe onde buscar informação sobre o andamento desses projetos. **Margaret Shimiti**
141 pergunta se esse recurso seriam repassado para o Fundo Municipal ou para o Fundo Estadual.
142 **Jeremias** informa que seria pelo Governo do Estado. **Margaret Shimiti** orienta o encaminhamento de
143 todas as informações para a Secretaria Municipal de Saúde baseadas na Portaria e a Diretoria
144 Financeira verificará do que se trata esse recurso. Não havendo mais questionamentos, é colocada em
145 votação a **Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde, referente ao mês de Fevereiro de**
146 **2006, sendo APROVADA por todos os conselheiros.** **Carlos Alberto Preto** informa que solicitou
147 oficialmente um ponto de pauta para a reunião do CMS, sobre o repasse de recurso para assistência
148 hospitalar na área de cardiologia. **Sônia Anselmo** explica que a Comissão Executiva do CMS
149 deliberou por pautá-lo na próxima reunião. **Carlos Alberto Preto** diz que essa é uma discussão
150 urgente e pede que no final da reunião possa expor sua angústia. Todos de acordo passa-se ao ponto

151 de pauta **4 – Apresentação e Aprovação do Plano Municipal e Regional de Saúde do**
152 **Trabalhador. Renata Baldo**, coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador diz
153 que este Plano Regional de Saúde do Trabalhador define as ações do Centro de Referência em Saúde
154 do Trabalhador que é uma solicitação do Ministério da Saúde, da COSAT, Área Técnica, tendo sido
155 referendado e aprovado na CIST- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e devendo passar
156 também pela avaliação deste Conselho Municipal, por ser Londrina o município sede desta macro
157 região. **O objetivo geral** deste plano é a Implantação e Implementação da Política de Saúde do
158 Trabalhador no SUS, para os municípios da Macro Região Norte do Paraná que envolve cinco
159 Regionais de Saúde, totalizando 97 municípios, que é a área de abrangência do CRST- Londrina.
160 **Objetivos específicos**, promover ações de saúde do trabalhador articuladas localmente com outras
161 instituições e setores que possuem interface com a área; promover ações de promoção em saúde do
162 trabalhador; sensibilizar os profissionais de saúde para atendimento ao acidentado do trabalho e ao
163 suspeito ou portador de doença relacionada ao trabalho; capacitar a rede de serviços de saúde para o
164 desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador; fortalecer o controle social; sensibilizar os
165 conselheiros municipais de saúde dos 97 municípios quanto à formação das Comissões Intersetoriais
166 de Saúde do Trabalhador nos respectivos conselhos municipais com vistas à elaboração e
167 acompanhamento dos seus Planos Municipais de Saúde do Trabalhador o que deve fortalecer o
168 Programa de Saúde do Trabalhador; sensibilizar os profissionais de Vigilância Sanitária e
169 Epidemiológica desta para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador.
170 **Renata** diz que este Plano não gera demanda nova no Sistema de Saúde, apenas muda o foco,
171 passando-se a olhar os usuários dos serviços como trabalhadores que são e assim garantir assistência,
172 programa de prevenção e outras necessidades. **Renata** a seguir discorre sobre as metas e ações em
173 saúde do trabalhador estabelecidas para a macro-região, nas diversas áreas, como capacitação de
174 profissionais de saúde, controle social, ações intersetoriais, informações em saúde, desenvolvimento
175 de pesquisas, totalizando um valor de R\$ 718.000,00 (setecentos e dezoito mil reais) para custeio do
176 Plano Regional no biênio 2006 e 2007. **Isaltina Pires** diz ser interessante se acrescentar no processo
177 das oficinas também os trabalhadores que lidam com paciente acidentado nos hospitais e com relação
178 aos técnicos pergunta porque contratar um estagiário em informática e um em administração e não
179 um trabalhador, um técnico em informática e em administração. **Ana Paula Cantelmo** questiona uma
180 diferença significativa entre o plano entregue anteriormente e este apresentado hoje no sentido de que
181 no anterior haviam algumas proposições de caráter bastante executivas e neste já as proposições são
182 mais de apoio de incentivo ao gestores municipais nas execução das atividades e quanto a isso
183 pergunta se não valeria a pena resgatar alguns aspectos do plano anterior para serem avaliadas por
184 estes gestores, num segundo momento. **Sônia Petris** chama atenção do conselho para o recurso alto
185 do CRST que está parado no fundo municipal que é muito preocupante e fazer com que esse recurso
186 de fato seja utilizado pois a não utilização deste recurso pode implicar na desabilitação do Centro de
187 Referência e no caso do CRST em Londrina houve uma sanção em função da não utilização deste
188 recurso que foi o não reajuste dos repasses mensais, até que este recurso seja utilizado; ainda sobre a
189 utilização dos recursos quer levantar a seguinte questão: todas as atividades previstas neste plano são
190 de caráter regional, ou seja fomentar, apoiar incentivar ações em saúde do trabalhador para 97
191 municípios e os conselheiros aqui tem a responsabilidade de aprovar as contas, autorizar utilização
192 de um recurso do fundo municipal para 97 municípios que é uma novidade para todos, não é a prática
193 deste conselho, portanto há que se prestar atenção em quais as ações que o plano está propondo
194 para cada município, este é um ponto que quer destacar em relação ao recurso; sobre a questão das
195 ações intersetoriais levanta a questão dos médicos do INSS que fazem a perícia de afastamento dos
196 trabalhadores que não estão habilitados a fazer onexo causal, e isso sempre traz desvantagens ao
197 trabalhador, portanto sugere uma ação bem definida de capacitação com relação a estes profissionais
198 responsáveis pela perícia médica, nesta área da intersetorialidade. Solicita ainda esclarecimentos sobre
199 três pontos: previsão de pró labore/assessoria, extensão de jornada/incentivo e sobre a questão de
200 reformas e reparos, solicita esclarecimentos se pois acha que não se deve investir recurso público em

201 prédio não próprios, que o ideal seria construir uma sede. **Renata Baldo** respondendo aos
202 questionamentos, primeiramente diz que com relação às contratações de técnicos optou-se por
203 estagiário nestas áreas já que é um programa do município e que da rede não seria possível ser
204 remanejado. Sobre o questionamento da Ana Paula a respeito das atividades de apoio e incentivo aos
205 municípios esta é a função do CRST para os municípios da região, o CRST não vai executar essas
206 funções na região, apoio técnico aos municípios, assessorar, orientar, apoiar, incentivar. Sobre a
207 questão do pró-labore/assessoria diz que se refere a necessidade de incentivos aos profissionais que
208 fazem capacitação em saúde do trabalhador para atenção básica e como os Centros de Referência são
209 regionais e não há recursos para RH neste repasse fundo a fundo, o MS está pensando em um
210 incentivo para fixar estes profissionais nestes centros, e por isso que já está se fazendo esta previsão; a
211 assessoria foi proposta para alimentar o banco de dados do Centro de Referência. Sobre a questão das
212 reformas esclarece as ações previstas neste item não interferem na estrutura do prédio mas sim de
213 procedimentos como pinturas, conserto de telhado por goteiras, climatização do auditório, troca das
214 cadeiras e algumas aquisições como aparelho de ar condicionado e outros que poderão ser
215 transportados em caso de mudança de prédio. **Carlos Alberto Gebrin Preto** considera que esta
216 matéria não deve ficar sob a responsabilidade do Conselho de Londrina por tratar-se de ações
217 transversais para outros 96 municípios, devendo caber ao Estado esta função e desde já alerta que o
218 FMS de Londrina poderá ter problemas na sua prestação de contas com o Tribunal de Contas do
219 Paraná e que se abstém de votar este assunto por entender que não cabe ao CMS de Londrina aprovar
220 ou desaprovar ações inerentes a 97 municípios, mesmo que se trate de uma questão de sensibilização
221 de outros gestores municipais. **Ibson da Silva** diz que se os outros municípios que fazem parte da
222 Regional não colaborarem com pessoal para este Centro de Referência, a única situação que resta é a
223 contratação de estagiário, porque é um custo menor. Solicita esclarecimentos quanto à totalidade
224 destes recursos solicitados, se estão somados mais de um fundo, e se esse valor vem em favor do
225 CRST, independente da quantidade de municípios, e ainda, destes municípios quais estão mais
226 próximos de ter uma CIST. Diz ainda que é fundamental ainda se investir em formação de recursos
227 humanos nesta área de saúde do trabalhador. **Rosalina Batista** se preocupa com o pouco tempo que
228 há para se gastar esse valor de R\$300.000,00 reais e com relação às ações previstas neste plano diz que
229 é necessário se retificar algumas questões como nas atividades de educação permanente, sugere que
230 sejam realizadas em conjunto trabalhadores e controle social. **Argéria Serraglio** pergunta se o
231 município tem uma contrapartida e solicita que planos e projetos sejam apresentados ao conselho
232 para discussão com mais antecedência para que se possa esgotar todas as dúvidas e os conselheiros
233 possam votar com segurança, até porque se não aprovarem estarão impedindo o município de estar
234 recebendo esses recursos. **Jeremias Béquer** pergunta se este recurso se destina ao financiamento do
235 Plano Regional ou Plano Municipal de Londrina e sobre os demais planos municipais. **Angélica de
236 Souza** diz que essa discussão da CIST e do CEREST vem desde 1996 e que a conselheira Dulcelina
237 tem sido uma batalhadora nesta área, na implantação da CIST e do CEREST posteriormente e diz que
238 se sente tranqüila para votar este plano pois sabe que foi feito por várias mãos, com a participação
239 das regionais e dos outros municípios. Quanto à questão levantada pelo Dr Carlos sobre a aplicação
240 de recursos, diz que este recurso é de utilização exclusiva do CRST, é uma conta específica, é um
241 recurso carimbado e que se houvesse problemas com o Tribunal de Contas as contas anteriores não
242 teriam sido aprovadas. Diz que este plano deve ser aprovado e sugere que haja contribuição para área
243 de recursos humanos do CRST proveniente de todas estas regionais de saúde que compõem o
244 CRST. **Margaret Shimiti** esclarece que a importância do Centro de Referência em Saúde do
245 Trabalhador não está em discussão e que há necessidade de se construir uma consciência de
246 prevenção relacionada às questões de saúde do trabalhador e que os recursos que serão destinados
247 ao Plano Regional de Saúde do Trabalhador serão geridos pelo FMS de Londrina se restringem ao
248 custeio das ações de educação, de capacitação de recursos humanos da macro-região como oficinas,
249 treinamentos, palestras, e toda infra-estrutura de organização destes eventos que dará o apoio aos
250 gestores municipais na implantação dos seus respectivos planos de saúde do trabalhador e que de

251 forma nenhuma Londrina irá pagar despesas dos outros municípios, como despesas com pessoal,
252 aquisições, construções ou outros . Diz que a proposta de Londrina é criar e fortalecer um Centro de
253 Referência Regional de Saúde do Trabalhador dando apoio aos demais municípios, conforme
254 proposta do Ministério da Saúde para esta área. **Carlos Alberto Preto** insiste em que este assunto não
255 deve ser tratado neste conselho por se tratar de assunto transversal, de competência do estado
256 inclusive sugere sua retirada de pauta. **Ilson da Silva** defende que os conselheiros do segmento de
257 usuários e trabalhadores devem aprovar este plano porque se o Centro está sediado em Londrina esta
258 matéria deve ser aprovada por este conselho, apesar da sua preocupação com ausência dos outros
259 municípios nesta reunião. **Margaret Shimiti** sugere encaminhamento da aprovação do Plano
260 Regional de Saúde do Trabalhador e que as dúvidas sobre origem, criação do Centro de Referência
261 em Saúde, definição de papéis entre o estado e municípios sobre esta questão poderão ser dirimidas em
262 outro momento, sendo **APROVADO por aclamação e com declaração de voto contrário do**
263 **conselheiro Carlos Alberto Gebrin Preto**. Passa-se a seguir para o próximo ponto de pauta, **item 5 -**
264 **Avaliação da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI) e do Pacto da**
265 **Atenção Básica de 2005 e proposta para o Pacto da Atenção Básica de 2006. Margaret Shimiti**
266 informa que a Avaliação da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI) não será
267 debatida hoje, pois essa ainda não foi finalizada; portanto a pauta ficará apenas com a avaliação do
268 Pacto de Indicadores da Atenção Básica para 2005 e proposta para 2006; esclarece que o Ministério da
269 Saúde recomenda agora a pactuação de tendências. **Maria Luiza Iwakura** complementando a
270 informação da conselheira Margaret Shimiti, esclarece que a Câmara Técnica tanto da Bipartite como
271 da Tripartite, recomenda a pactuação de tendências de acordo com o resultado de 2005, porque tanto o
272 Município como o Estado segue uma série histórica, por isso no valor não há uma alteração
273 significativa. Maria Luiza informa que a pactuação é anual e foi estabelecida através da Portaria MS nº
274 493, de 13 de fevereiro de 2006. Apresenta em seguida as metas pactuadas para a área da Saúde da
275 Criança: primeiro indicador a ser pactuado é a Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos),
276 meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 10, resultado em 2005 foi 10,26, meta proposta para
277 2006 é menor ou igual a 10,26; Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (x 100), meta
278 pactuada em 2005 era menor ou igual a 8,67, resultado em 2005 foi 8,55, meta proposta para 2006 é
279 menor ou igual a 8,55; Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas
280 (x 100), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 3, resultado em 2005 foi 1,39, meta proposta
281 para 2006 é menor ou igual a 1,39; Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores
282 de 5 anos de idade (x 1.000 crianças menores de 5 anos), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a
283 47,5, resultado em 2005 foi 32,46, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 32,46; Taxa de
284 mortalidade neonatal (x 1.000 nascidos vivos), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 7,5,
285 resultado em 2005 foi 6,57, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 6,57; nesse item Maria Luiza
286 explica que a Portaria MS exclui alguns itens, porém o Paraná, através da Câmara Técnica da
287 Pactuação da Atenção Básica e da PPI, deliberaram que esses itens devem permanecer na Pactuação
288 de 2006; fala que a Câmara Técnica encaminhou ao MS essa solicitação e espera o deferimento desse
289 pedido. **Sônia Petris** explica que a Câmara Técnica do Paraná fez uma longa discussão em torno
290 desse índice, percebendo que a sua importância está na avaliação da qualidade da assistência prestada
291 ao parto. **Maria Luiza** apresenta os indicadores para a Saúde da Mulher: Taxa de mortalidade materna
292 (x 100.000 nascidos vivos), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 29, resultado em 2005 foi
293 43,27, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 29; Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou
294 mais consultas de pré-natal (x 100), meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 96, resultado em
295 2005 foi 97,37, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 97,37; Proporção de óbitos de mulheres
296 em idade fértil investigados (x 100), meta pactuada em 2005 era 100, resultado em 2005 foi 100, meta
297 proposta para 2006 é 100; Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a
298 59 anos e a população feminina nesta faixa etária; meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 0,21,
299 resultado em 2005 foi 0,18, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 0,21; Taxa de mortalidade de
300 mulheres por câncer de colo do útero (x 100.000 mulheres), meta pactuada em 2005 era menor ou

301 igual a 4,5, resultado em 2005 foi 6,33, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 4,5, ressalta que
302 esse indicador e o próximo o MS não pactuou para 2006, porém a Câmara Técnica deliberou por sua
303 permanência; Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama (x 100.000 mulheres), meta
304 pactuada em 2005 era menor ou igual a 14,69, resultado em 2005 foi 14,25, meta proposta para 2006 é
305 menor ou igual a 14,25; Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (x
306 100 nascidos vivos), meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 86, resultado em 2005 foi 88,2,
307 meta proposta para 2006 é maior ou igual a 88,2. Controle da Hipertensão: Taxa de internações por
308 acidente vascular cerebral (AVC) (x 10.000 pessoas de 40 anos e +), meta pactuada em 2005 era
309 menor ou igual a 22,8, resultado em 2005 foi 28,5 meta proposta para 2006 é menor ou igual a 22,8;
310 Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares (x 100.000 pessoas de 40 anos e +), meta
311 pactuada em 2005 era menor ou igual a 141,4, resultado em 2005 foi 145,18, meta proposta para 2006
312 é menor ou igual a 141,4; Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (x 10.000
313 pessoas de 40 anos e +), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 45,65, resultado em 2005 foi
314 39,15, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 39,15. Controle da Diabetes Mellitus: Proporção de
315 internações por cetoacidose e coma por diabetes mellitus (x 100), meta pactuada em 2005 era menor
316 ou igual a 39,8, resultado em 2005 foi 32,56, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 32,56;
317 Proporção de internações por diabetes mellitus (x 100), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a
318 1,33, resultado em 2005 foi 1,1, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 1,1. Controle da
319 Tuberculose: Proporção de abandono de tratamento da tuberculose (x 100), meta pactuada em 2005
320 era menor ou igual a 10,54, resultado em 2005 foi 8,27, meta proposta para 2006 é menor ou igual a
321 8,27; Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva (x 100.000 habitantes), meta pactuada em
322 2005 era menor ou igual a 13,2, resultado em 2005 foi 14,54, meta proposta para 2006 é menor ou
323 igual a 13,2; Taxa de mortalidade por tuberculose (x 100.000 habitantes), meta pactuada em 2005 era
324 menor ou igual a 0,84, resultado em 2005 foi 1,43, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 0,84.
325 Controle da Hanseníase: Proporção de abandono de tratamento da hanseníase (x 100), meta pactuada
326 em 2005 foi 1,56, resultado em 2005 foi 3,03 que refere-se a apenas um caso que recusou-se
327 terminantemente a fazer o tratamento, a meta proposta para 2006 é menor ou igual a 1,56; Taxa de
328 detecção de casos novos de hanseníase (x 10.000), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 1,35,
329 resultado em 2005 foi 1,3, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 1,35; Proporção de cura dos
330 casos novos de hanseníase diagnosticados (x 100), meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 67,19,
331 resultado em 2005 foi 71,87, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 71,18; Taxa de prevalência
332 da hanseníase (x 10.000), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 1, resultado em 2005 foi 1,25,
333 meta proposta para 2006 é menor ou igual a 1; Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no
334 momento do diagnóstico (x 100), meta pactuada em 2005 era menor ou igual a 41,67, resultado em
335 2005 foi 39, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 39. Saúde Bucal: Cobertura de primeira
336 consulta odontológica (x 100), meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 19,59, resultado em 2005
337 foi 20,25, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 19,59; Razão entre os procedimentos
338 odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos, meta pactuada em 2005 era maior ou igual a
339 0,08, resultado em 2005 foi 0,08, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 0,08. **Sônia Petris**
340 esclarece que esse indicador foi muito debatido na Câmara Técnica e o MS conseguiu mostrar o
341 porquê da retirada desse indicador, o intuito é que a cobertura não fique restrita a essa faixa etária, pois
342 toda a população tem que ter acesso a assistência bucal, por isso que definiu-se pela retirada desse
343 indicador. **Maria Luiza** diz que o município definiu por pactuar, ainda que seja apenas por esse ano,
344 esse indicador, caso contrário não terá condições de avaliar os novos indicadores de saúde bucal
345 propostos pelo MS, pois não existem parâmetros e até que se tenha uma série histórica. Proporção de
346 exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais (x 100), meta pactuada em 2005 era
347 menor ou igual a 3,28, resultado em 2005 foi 1,95, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 3,28;
348 Maria Luiza explica que a justificativa para que esse indicador fosse mantido é semelhante ao anterior,
349 ou seja, ter parâmetros para acompanhar os novos indicadores propostos pelo MS. Indicadores Gerais:
350 Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) (x 100), meta pactuada em

2005 era maior ou igual a 74, resultado em 2005 foi 72,06, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 72,06, fala que essa meta não foi cumprida porque o MS mudou sua forma de cálculo, se fosse usada a fórmula anterior, Londrina haveria cumprido a meta; Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 2, resultado em 2005 foi 2,03, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 2,03; Média mensal de visitas domiciliares por família, meta pactuada em 2005 era maior ou igual a 0,7, resultado em 2005 foi 0,85, meta proposta para 2006 é maior ou igual a 0,85. Fala que dos 31 indicadores pactuados, 20 foram alcançados e 11 não foram alcançados, informa que comparado a 2005 houve uma significativa melhora. Apresenta a seguir os novos indicadores incluídos pelo MS, para os quais não existem parâmetros de avaliação e serão utilizados os resultados de 2005: Saúde da Criança; Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade (x 1.000 crianças menores de 5 anos), resultado em 2005 foi 2,53, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 2,53; Taxa de mortalidade neonatal tardia (x 1.000 nascidos vivos); resultado em 2005 foi 2,01, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 2,01. Saúde da Mulher: Proporção de partos cesáreos (x 100 nascidos vivos); resultado em 2005 foi 56,24, meta proposta para 2006 é menor ou igual a 56,24. Controle da Hipertensão: Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados (x 100 portadores de hipertensão estimados na pop. Acima de 40 anos); resultado em 2005 foi 62,1, meta proposta para 2006 é maior ou igual 62,10. Controle da Diabetes Mellitus: Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados (x 100 portadores de D.M. estimados na pop. Acima de 40 anos); resultado em 2005 foi 53,07, meta proposta para 2006 é menor ou igual 53,07. Saúde Bucal: Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (x 100), resultado em 2005 foi 2,16, meta proposta para 2006 é maior ou igual 2,16; Média de procedimentos odontológicos básicos individuais, resultado em 2005 foi 1,48, meta proposta para 2006 é maior ou igual 1,48; Proporção de procedimentos especializados em relação às ações odontológicas individuais (x 100), resultado em 2005 foi 6,76, meta proposta para 2006 é maior ou igual 1,48; informa que os indicadores de saúde bucal foram incluídos agora, em função da expansão das Equipes de Saúde Bucal, dentro do PSF, e também por causa da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Rosalina Batista** pergunta com relação ao indicador para a Saúde da Mulher, por que não foi cumprido. **Margaret Shimiti** explica que dentre as causas de responsabilidade dos serviços foi constatadas as dificuldades e foram desencadeadas várias ações como a modificação do planejamento familiar ampliando, para esse ano, os métodos e as quantidades; foi feita programação da ampliação da assistência pré-natal não na quantidade mas na qualidade. **Débora Favaretto** diz que sobre a questão do pré-natal, a Secretaria está implantando os protocolos, estando estas ações sendo desenvolvidas com mais ênfase nas unidades; a gravidez na adolescência também está incluída neste protocolo; o protocolo para diagnóstico e tratamento da infecção urinária também está sendo revisto, já com aquisição de medicamento e ainda o protocolo das infecções urinárias na gravidez e exames de citologia oncológica além de trabalho de grupos de gestantes e realização de exames de citologia oncológica à noite e aos sábados em algumas unidades para contemplar as mulheres trabalhadoras. **Rosalina Batista** ainda solicita uma melhor definição do hospital que receberá a gestante no momento do parto, para evitar a peregrinação da parturiente no momento do nascimento da criança, que infelizmente ainda tem acontecido. **Alberto Durán** solicita esclarecimentos sobre as metas pactuadas para hanseníase, no caso taxa de detecção de casos novos, pergunta se não seria pactuadas em porcentagem. **Sônia Fernandes** diz que este é um indicador positivo e a base não é por cem, mas por dez mil, diz que mesmo que este resultado for maior que o pactuado isso não significa uma situação negativa, pelo contrário é uma situação que para o futuro será muito melhor, pois mais casos estão sendo diagnosticados, mas, infelizmente o serviço não pode pactuar uma situação pior do que a existente. **Alberto Duran** diz entender que este indicador é um derivado da incidência. **Maria Luiza** complementa dizendo que estes indicadores são utilizados mais para avaliação e acompanhamento de serviços e de tendências e não com o rigor metodológico do que seja a conceituação de incidência ou prevalência **Alberto** pergunta se os pacientes cadastrados em hipertensão e diabetes estão dentro do Programa HIPERDIA. **Maria Luiza** confirma, explicando que

o cálculo para hipertensão é sobre a população acima de 40 anos, que espera-se que acima de 35% dessa população seja hipertensa; para diabetes mellitus o parâmetro é de 11% da população acima de 40 anos. **Alberto Durán** pergunta se os pacientes cadastrados são somente os que procuram a UBS. **Débora Favoretto** explica que há demanda espontânea, ou seja, do paciente que procura a UBS e também há os pacientes que foram visitados pelas equipes do PSF. **Josemari Arruda** esclarece que a pactuação dos indicadores está sendo estudada ano a ano, e às vezes os indicadores propostos não são os melhores para se fazer uma avaliação das ações de combate e controle de uma determinada patologia; diz que no caso de hanseníase e da tuberculose não são bons indicadores pactuar incidência pois sabe-se que hoje não se tem o diagnóstico dos casos que se quer e que se sabe que existem, quando for possível ter com exatidão a incidência de casos é que serão feitas ações para diminuí-las. Explica que um bom indicador é letalidade, por exemplo de tuberculose, que significa diagnóstico tardio, significa que deve-se melhorar o diagnóstico, através do qual as ações possam ser traçadas, por isso que para a Secretaria de Saúde o importante é aumentar a incidência de tuberculose, pois com isso será possível ser feito um diagnóstico visando diminuir a letalidade em tuberculose, e voltando a listagem de indicadores menciona que alguns indicadores melhoraram significativamente, como no caso de abandono do tratamento em tuberculose. O que deve-se ter é um entendimento do que significa cada indicador e como participante da Câmara Técnica de Vigilância em Saúde no Paraná diz que tem levado contribuições para discussões neste sentido, a nível federal, com o objetivo de melhoria na definição destes indicadores. **Carlos Alberto Preto** diz que no caso de coleta de exames de C.O. para mulheres entre 25 e 52 anos, crê que a meta está muito baixa e que deveria se pactuar o preconizado pelo Ministério da Saúde. Sugere, mesmo achando que não é o melhor caminho, que se deflagre para este ano de 2006, uma campanha para realização deste exame para fazer a recuperação do processo de trabalho de sensibilização e mobilização nesta área. **Ilson da Silva** pergunta se o percentual de hipertensão na população se comporta da mesma forma nas grandes e pequenas cidades, por exemplo nas grandes metrópoles como se comporta este indicador, e qual perspectiva de controle desta patologia. **Sônia Fernandes** respondendo ao Ilson diz que é mais fácil se trabalhar o índice de Mortalidade Infantil do que se trabalhar o índice de hipertensão arterial; no caso da hipertensão é mais complicado porque seria necessário mudar os hábitos de vida e padrão cultural das pessoas, como a questão do sedentarismo, stress e diminuição do consumo de sal na alimentação. **Sônia Petris** solicita aos técnicos da Secretaria de Saúde de Londrina, em nome do Conselho, que na próxima avaliação da PPI e Pacto da Atenção Básica seja incluída a PPIVS e a que trata dos indicadores da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, e ainda que seja destinada uma reunião exclusiva para avaliação de Programação Pactuada Integrada da Vigilância Sanitária (PPIVS) e Pacto de Atenção Básica. **Sônia Fernandes** esclarece que a PPIVS não está sendo apresentada hoje devido à necessidade de discussão com a Regional de Saúde antes do fechamento a mesma. **Angélica de Souza** considerando o adiantado da hora solicita à mesa a possibilidade de transferir o último ponto de pauta para a próxima reunião. Definiu-se pela retirada do último ponto de pauta, **item 6 - Relato do I Encontro para Implementação de Política do Uso Racional de Medicamentos.** que será cumprido na próxima reunião ordinária. Dando continuidade ao debate sobre Avaliação do Pacto de Metas de 2005 e Pacto de Metas 2006, Margaret passa a palavra ao conselheiro **Alberto Durán** que questiona os indicadores trabalhados em valores médios para o município como um todo, sugere que estes devam ser feitos por região e ainda solicita que sejam especificados sobre qual população estão sendo calculados estes indicadores. **Maria Luiza Iwakura** diz que a Portaria Ministerial nº 493 de 13 de fevereiro de 2006 fala das fórmulas e alguns parâmetros nacionais para cálculo de todos os indicadores e através dela o conselheiro pode ter todas estas informações sobre a construção dos mesmos e ainda o porquê desta pactuação ser municipal; se compromete a enviar aos conselheiros os dados por região. **Josemari Arruda** coloca que esta apresentação foi simplificada, porém existe todo um trabalho que antecedeu a esta pactuação desencadeado pelo Município, trabalhando sempre com o planejamento de ações; e reforça que todos estão participando do processo histórico de construção do SUS, fortalecimento da atenção básica e por conseguinte todos os problemas que isso demanda.

451 **Rosalina Batista** fala que quando se pactua a questão da redução do parto cesáreo é necessário que se
452 pense como isso se dará, pois sabe de diversas crianças que estão com seqüelas por causa do
453 retardamento do parto. **Margaret Shimiti** informa que essa avaliação será utilizada para a confecção
454 do Relatório de Gestão de 2005 e o Pacto para o Plano Municipal de Saúde 2006/2007; coloca que em
455 uma reunião não é possível esgotar todos os assuntos desencadeados pelo pacto, mas o importante
456 desse ponto é que os conselheiros tomem ciência das ações feitas pela Secretaria de Saúde e percebam
457 as tendências, ou seja, o rumo tomado pela Saúde, coloca em aprovação o Pacto de Metas para 2006,
458 com alteração do indicador “Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25
459 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária que a meta proposta para 2006 seja maior ou igual
460 a 0,3”, sendo APROVADA a Avaliação dos Indicadores da Atenção Básica em 2005 e o Pacto de
461 Atenção Básica para 2006 por todos os conselheiros. **Carlos Alberto Gebrin Preto** solicita a
462 palavra para colocar sobre o Teto financeiro, e da importância da discussão, pois a crise financeira
463 esta se agravando; diz que o Hospital Evangélico recebeu uma correspondência hoje da Secretaria da
464 Saúde onde diz o seguinte: “Comunicamos que a partir de abril de 2006 os pagamentos
465 administrativos das internações e leitos de UTI extra não credenciados ao SUS estão suspensos, estas
466 internações somente poderão ser solicitadas e autorizadas pela Central Estadual de Regulação. A
467 utilização de leitos de UTI não credenciados em estabelecimentos hospitalares, será autorizada se
468 houver contrato assinado com a Secretaria de Estado, para esta finalidade. A partir da assinatura do
469 contrato a sistemática de pagamento será diferente conforme estipulado nos contratos. Solicitamos que
470 todas as faturas das internações ocorridas anteriormente a 1º de abril sejam encaminhadas para esta
471 regional até quinta-feira dia 1 de abril”. Assinam esta a chefe do SIPAS, senhora Sandra e Dr^a
472 Wânia, Diretora da Regional de Saúde. Considera o assunto muito grave, porque está vindo de uma
473 reunião com o Secretário de Estado e apesar de todas as articulações e encaminhamentos realizados, o
474 Hospital Evangélico de Londrina, mesmo com o Secretário de Estado da Saúde tendo assumido aqui o
475 compromisso de liberar os recursos do Hospital Estratégico, não serão liberados os R\$ 100.000,00
476 (cem mil reais)/mês, recurso este que o Hospital conta para manter os 9 leitos a mais de UTI Neonatal
477 e Adulto que foram pactuados com a Secretaria de Estado no final do ano, e isso deve gerar uma
478 crise nos próximos dias; quer colocar ainda que a Diretoria do HEL já fez um pedido de
479 credenciamento desses 9 leitos, para a Secretaria Municipal de Saúde e informa que, amanhã, a
480 Diretoria do Hospital se reúne para tomar uma medida em relação a esta situação. Sendo assim já
481 deixa aqui apontado, para os conselheiros que o HEL não tem condições de manter esses 9 leitos a
482 mais pois é o único hospital do estado, hoje, que não recebe os recursos do Hospital Estratégico. O
483 Diretor Geral da SESA, hoje, já acenou com a possibilidade de não repassar esses recursos pela via
484 que o hospital encontrou e que o próprio Ministério da Saúde conseguiu entender ser a saída, que é
485 através da entidade controladora cotista majoritária. Traz este assunto para conhecimento, não está em
486 discussão, mas acha importante ser assunto de pauta. Segundo item, só para finalizar, é que nesta
487 questão não ficou dirimida a dúvida a respeito do teto financeiro, já houve um acréscimo do teto
488 financeiro, e o hospital pretende discutir pactuação e mais uma vez este conselho vai sair sem
489 discutir a pactuação, portanto quer que seja registrada a possibilidade real, de nos próximos dias,
490 haver uma crise muito grande no Hospital Evangélico; os dados do SAMU, os dados da Central de
491 Vagas demonstram que nos últimos 40 dias o HEL praticamente dobrou a aceitação dos pacientes, ou
492 seja, está se tentando buscar o equilíbrio dentro do que o SUS preconiza, porém tem que ter a contra
493 partida e a dificuldade está instalada; quer aqui multiplicar a informação para que isso não passe sem
494 o recebimento deste conselho; este assunto é grave, diz respeito a mil funcionários, um corpo clínico
495 de 750 médicos e uma UTI Neonatal que hoje, apesar do recurso que o município de Londrina coloca
496 para ajudar o pagamento do salário do médico plantonista, não tem como fechar a sua escala de
497 plantão, está dividindo com os conselheiros a angústia que a direção do Hospital está vivendo, e
498 quem sabe não se pode ter aí, boas idéias para o futuro; gostaria que esta fala fosse registrada em ata
499 porque diz respeito não só ao Hospital Evangélico, município de Londrina, mas também à região, e é
500 necessário se conversar; diz que o Hospital está “correndo atrás” de tentar cumprir o que preconiza a

501 legislação federal no que se refere aos 60% de atendimento do SUS, só que, se hoje, o hospital
 502 resolver atender 60% internados do SUS, pacientes-dia, conforme fala o Decreto Lei de 2002, não há
 503 teto financeiro no município para isso; é importante também envolver mais atores neste processo, essa
 504 discussão diz respeito a uma entidade de 58 anos, que em 2006 está completando 50 anos de
 505 filantropia e que está prestes a ter o seu registro cassado em Brasília. Muito obrigado! **Margaret**
 506 **Shimiti** diz que este assunto pela sua gravidade e importância não há como ser incluído como pauta
 507 neste momento. **Ana Paula Cantelmo** diz que a Santa Casa recebeu também esta informação sobre a
 508 questão dos leitos de UTI, concorda com a posição do Dr Carlos Alberto Preto dizendo que este
 509 assunto da remuneração dos leitos de UTI merece o destaque e que o Conselho também é responsável
 510 pois batalhou por estes leitos de UTI, inclusive tendo sido legitimados aqui. **Ibson da Silva** solicita da
 511 mesa esclarecimentos sobre qual a posição da Comissão Bipartite do Paraná em relação a este
 512 assunto, e o que está impedindo o credenciamento destes leitos. **Angélica de Souza** sugere que se
 513 chame uma reunião extraordinária para discussão deste assunto inclusive com a presença do Promotor
 514 Público. **Jeremias Béquer Brizola** considera importante e necessário antecipar algumas informações
 515 para saber o motivo desta suspensão de pagamento já que era um compromisso do Estado este repasse
 516 de recursos para esta finalidade, portanto é importante o envolvimento deste conselho nesta discussão.
 517 **Margeret Shimiti** considerando a proposta da Conselheira Angélica, propõe pré-agendamento de
 518 uma reunião extraordinária para tratar deste assunto da remuneração dos leitos de UTI para o dia 02
 519 de maio após uma pré-discussão entre o município e a regional de saúde para levantamento de todas
 520 as informações pertinentes sobre a suspensão deste pagamento ao Hospital Evangélico e ainda
 521 levantar com o próprio Hospital Evangélico a necessidade da discussão de outros assuntos como a
 522 redistribuição da cardiologia e ainda a questão dos leitos de UTI, o que definirá os atores para esta
 523 reunião e a definição dos encaminhamentos a serem dados. Nada mais havendo a ser tratado,
 524 encerra-se a reunião. A presente ata elaborada por Maria Anunciada Jordão Pedroza, Márcia Batista
 525 Brizola e Sônia Maria Anselmo será lida e assinada pelos conselheiros abaixo relacionados.

527	TITULAR	Silvio Fernandes da Silva	
528	SUPLENTE	Margaret Shimiti	
529			
530	TITULAR	Wânia Gutierrez	Ausente com justificativa
531	SUPLENTE	Sônia Maria de Almeida Petris	
532			
533	TITULAR	Rubens Martins Júnior	
534	SUPLENTE	Benedito Fernandes	Ausente
535			
536	TITULAR	Alberto Durán Gonzalez	
537	SUPLENTE	Argéria M. Serraglio Narciso	
538			
539	TITULAR	Isaltina Pires Cardoso	
540	SUPLENTE	Deid Francisco F. da Silva	Ausente com justificativa
541			
542	TITULAR	Éder Pimenta de Oliveira	Ausente com justificativa
543	SUPLENTE	Marcos Rogério Ratto	Ausente com justificativa
544			
545	TITULAR	Bett Claidh	Ausente
546	SUPLENTE	Manoel Nivaldo da Cruz	Ausente
547			
548	TITULAR	Fahd Haddad	Ausente com justificativa
549	SUPLENTE	Ana Paula Cantelmo Luz	
550			

551	TITULAR	Carlos Alberto Gebrin Preto	
552	SUPLENTE	Mara Rossival Fernandes	Ausente
553			
554	TITULAR	Francisco Eugênio A. Souza	Ausente com justificativa
555	SUPLENTE	Jeremias Bequer Brizola	
556			
557	TITULAR	Orides Lopes Pinheiro	Ausente com justificativa
558	SUPLENTE	Marlene Zucoli	Ausente
559			
560	TITULAR	Paulo Fernando Nicolau	
561	SUPLENTE	Nobuaqui Hasegawa	
562			
563	TITULAR	Neusa Maria dos Santos	
564	SUPLENTE	Custódio R. do Amaral	
565			
566	TITULAR	Joel Tadeu Correa	Ausente com justificativa
567	SUPLENTE	Jurema de J. C. dos Santos	
568			
569	TITULAR	Paulo Sérgio G. do Prado	
570	SUPLENTE	Acácio dos Santos	
571			
572	TITULAR	Laurentino dos Santos Paulista	Ausente
573	SUPLENTE	Sebastião Francisco Rêgo	Ausente
574			
575	TITULAR	Livaldo Bento	Ausente com justificativa
576	SUPLENTE	José do Carmo Medeiro	Ausente com justificativa
577			
578	TITULAR	Angélica de Souza	
579	SUPLENTE	José Barbosa	
580			
581	TITULAR	Terêncio de Lima	
582	SUPLENTE	Maria Apda da Silva Cardoso	Ausente
583			
584	TITULAR	Julia Satie Miyamoto	
585	SUPLENTE	Beatriz Francovig	Ausente
586			
587	TITULAR	Euclides Lunardelli Filho	
588	SUPLENTE	Wilma Silva Ribeiro	Ausente com justificativa
589			
590	TITULAR	Paulo Roberto Vicente	
591	SUPLENTE	Vera Lúcia Giachetto	Ausente
592			
593	TITULAR	Maria José Teixeira Lopes	Ausente com justificativa
594	SUPLENTE	Levina Aparecida Alves	Ausente
595			
596	TITULAR	Rosalina Batista	
597	SUPLENTE	Irene de Jesus Macena	
598			
599			
600			