

| | | |
|--|--|---|
|  | COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR | 3ª/12 REUNIÃO ORDINÁRIA 22/05/2012 |
|--|--|---|

1 **RESUMO DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2012**

2 **Local:** Auditório do Hotel Elo Inn, Curitiba/PR.

3 **Participantes**

4 **COSEMS/PR:** Titulares: Marina Sidnéia Martins (COSEMS), Antonio Carlos Figueiredo Nardi (Maringá); Eliane Chomatas (Curitiba) Suplente: Anna Paula Penteadó (Curitiba); Neusa Heuko Swarowski, Rio Negro, Cintia Jaqueline Ramos

5 (Curitiba) Suplente: Anna Paula Penteadó (Curitiba); Neusa Heuko Swarowski, Rio Negro, Cintia Jaqueline Ramos
 6 **SESA:** Titulares: Rene José Moreira dos Santos (DG/SESA); Paulo Almeida (SGS/SESA); Sezifredo Paz (SVS/SESA), Vinicius Filipak (DPUE/SESA) Suplentes: Maria Cristina Fernandes (DEAB/SAS); Maria da Graça Lima (DEST/SAS); e Marise G. Dalcuche (DECH/SGS/SESA);

7 **Secretaria Executiva:** Liliam Cristina Brandalise

8 **Representantes do CES/PR:** não houve presença dos representantes do CES/PR nessa reunião, pois coincidiram as agendas de reuniões, da CIB/PR e do CES/PR.

9 **Dr. Renê** saúda a todos (as) e inicia a reunião colocando em aprovação a ata da 2ª Reunião Ordinária, de 27/03/2012, que por não ter nenhuma alteração, tanto pela SESA, como pelo COSEMS, considera-se aprovada a referida ata.

10 **2.1- Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência-Competência MAIO/2012**

| Origem | Destino | Valor mensal | Observações |
|-----------------|-----------------|--------------|---|
| Umuarama | Gestão Estadual | 78.590,50 | Refere-se ao descredenciamento do Serviço de Oncologia UNACON-Instituto Nossa Senhora Aparecida de Umuarama |
| Gestão Estadual | Londrina | 24.922,62 | Solicitação de Ivaiporã para pactuação de procedimentos ambulatoriais de Oftalmologia com o município de Londrina |
| Gestão Estadual | Goioerê | 62.894,10 | Repasse de recurso IAC referente aos meses de 12/2011 a maio/2012 |
| Gestão Estadual | Umuarama | 11.494,70 | Pactuação de 10 AIH's de Perobal com Umuarama |

11 **2.2-Habilitação/Credenciamento de Serviços**

12 **Desabilitação** de 05(cinco) leitos de UTI Adulto, Tipo II, da Santa Casa de Misericórdia de Goioerê/Santa Casa de
 13 Misericórdia Maria Antonieta; **Habilitação** de 10 leitos de UTI Adulto, Tipo II para o Hospital São Rafael/Associação
 14 Beneficente São Rafael; **Habilitação** da Santa Casa de Paranavaí, no município de Paranavaí, como Unidade de
 15 Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral; **Desabilitação** de 06 leitos de UTI Neonatal, Tipo II do
 16 Hospital Atílio Talamini/Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais e que os recursos referentes aos 06 leitos
 17 desabilitados, permaneçam no teto financeiro do município, **Habilitação** de 10 leitos de UTI Neonatal, Tipo II do Hospital
 18 São José/Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais, no município de São José dos Pinhais e que o impacto
 19 financeiro, decorrente desta habilitação, incidirá sobre 04 leitos e será na ordem de R\$ 54.446,40/mês, devendo ser
 20 assumido pelo Ministério da Saúde; **Reclassificação** de 09 leitos de UTI Adulto Tipo I para Tipo II e a **habilitação** de 01
 21 leito de UTI Adulto Tipo II, do Hospital São José/Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais; **Habilitação** do Centro de
 22 Atenção Psicossocial Tipo I- CAPS I da Fronteira Santo Antônio Do Sudoeste/Centro de Atenção Psicossocial, no
 23 município de Santo Antônio do Sudoeste; **Credenciamento** de 07 leitos de UTI Neonatal, Tipo II do Hospital Regional do
 24 Sudoeste Walter Alberto Pecoits FB/SESA/PR, no município de Francisco Beltrão; **Credenciamento** de 10 leitos de UTI
 25 Adulto, Tipo II do Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits FB/SESA/PR, no município de Francisco Beltrão;
 26 **Habilitação** de 10 leitos de UTI Adulto, Tipo II da Santa Casa de Paranavaí, no município de Paranavaí e não haverá
 27 impacto financeiro decorrente da habilitação pleiteada e a Desabilitação de 10 leitos de UTI Adulto, Tipo II do Hospital
 28 Regional do Noroeste/SESA, no município de Paranavaí; **Habilitação** de 10 leitos de UTI Neonatal, Tipo II, do Hospital
 29 Infantil Waldemar Monastier/SESA/PR, no município de Campo Largo e que o impacto financeiro, decorrente desta
 30 habilitação, na ordem de R\$ 143.616,00 /mês, seja assumido pelo Ministério da Saúde; **Habilitação** do Hospital Nossa
 31 Senhora do Rocio/Maternidade Cirurgia Nossa Senhora do Rocio, no município de Campo Largo, como Unidade de

36 Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular-Serviço de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos,
 37 condicionado a que o impacto financeiro, para esta habilitação, de R\$ 141.857,00/mês, seja assumido pelo Ministério da
 38 Saúde; **Habilitação** Hospital Universitário Regional de Maringá-, no município de Maringá, para a realização de Implante
 39 Coclear, em parceria com o Instituto da Audição Ltda. sendo que o impacto financeiro, para esta habilitação, será de R\$
 40 45.544,41/mês, a ser assumido pelo Ministério da Saúde; **Implantação / Habilitação** de 01 (um) Núcleo de Apoio à
 41 Saúde da Família na Modalidade 1 – NASF 1 no município de Reserva; **Implantação / Habilitação** de 01 (um) Núcleo de
 42 Apoio à Saúde da Família na Modalidade 2 – NASF 2, no município de Rebouças; **Implantação / Habilitação** de 01 (um)
 43 Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Modalidade 2 – NASF 2, no município de Itapejara D'Oeste; **Implantação /**
 44 **Habilitação** de 01 (um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Modalidade 2 – NASF 2, no município de Bela Vista do
 45 Paraíso; **Habilitação** do Centro de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso
 46 prejudicial de Álcool e Drogas-CAPS-AD, no município de Guarapuava.

47 2.3- Implantação/Ampliação ESF/ACS/Saúde Bucal:

48 Competência Março 2012

| Estratégia | Município | Implantação | Ampliação |
|-----------------|----------------------|-------------|-----------|
| ACS | Cambira | - | 01 |
| | Jandaia do Sul | - | 05 |
| | Ramilândia | - | 01 |
| | Verê | - | 01 |
| ESF | Mauá da Serra | - | 01 |
| | Morrestes | - | 04 |
| | Quedas do Iguaçu | - | 01 |
| | Rio Bonito do Iguaçu | - | 01 |
| S.Bucal Mod. I | Cambira* | - | 01 |
| | Guaratuba | - | 01 |
| | Morretes | - | 04 |
| | Ramilândia* | - | 01 |
| | Rio Bonito do Iguaçu | - | 01 |
| S.Bucal Mod. II | Quedas do Iguaçu | - | 01 |

49 *- MUDANÇA DE MODALIDADE DE ESB – MODALIDADE II PARA ESB MODALIDADE I

50 **2.4 - Adesão Consórcio Paraná Saúde- Deliberação nº 040** - Aprova que o recurso referente à contrapartida Federal
 51 para a Assistência Farmacêutica Básica do município de São Jorge do Patrocínio seja alocado no Fundo Estadual de
 52 Saúde.

53 **2.5 - Deliberação CIB/PR nº 048/2012-** Aprova a utilização dos recursos alocados no Fundo Estadual de Saúde, no
 54 Bloco de Gestão/Fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional, para o custeio de 399 (trezentos e noventa e nove)
 55 inscrições dos gestores municipais ou representante, no XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde,
 56 de 11 a 14 de Junho de 2012, em Maceió/AL

57 2.6-Adesão ao PMAQ-AB-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

58 **Del nº 054** – Município de Santo Antônio da Platina e **Del nº 056** - Município de Santana do Itararé.

59 **2.7- Pactuação Interestadual entre Paraná e Mato Grosso do Sul: Del nº 058-1-** A pactuação interestadual envolvendo
 60 os municípios integrantes da microrregião de Naviraí e os demais municípios da macrorregião de Dourados do Estado de
 61 Mato Grosso do Sul com o Estado do Paraná, para atendimento em oncologia no município de Cascavel, no valor de R\$
 62 60.000,00 / mês (sessenta mil reais mês) a partir da competência maio / 2012, que será transferido do Teto Financeiro da
 63 Média e Alta complexidade do Estado do Mato Grosso do Sul e alocado no Teto Financeiro do Estado do Paraná.

64 2- A realização de encontro de contas quadrimestral entre os estados de Mato Grosso do Sul e Paraná, para ajuste de
 65 recursos financeiros, caso necessário.

66 **2.8- Implantação de Serviços de Atenção Domiciliar-Del Nº 60** - Aprova “ad referendum” a implantação de Serviços de
67 Atenção Domiciliar do município de Curitiba, conforme disposto no Plano de Ação Regional do Estado do Paraná,
68 apresentado ao Ministério da Saúde em janeiro de 2012.

69 **2.9- Emendas Parlamentares: Antonina**, aquisição de material permanente para UBS, R\$ 2.500.000,00; **Tamboara**,
70 aquisição de material permanente para o Hospital Municipal, R\$ 360.985,30; **Peabiru**, 02 emendas para aquisição de
71 equipamentos e material permanente para UBS, uma no valor de R\$ 150.000,00 e a outra no valor de R\$ 100.000,00, e
72 uma emenda para aquisição de 01 veículo, no valor de R\$ 150.000,00; **Coronel Vivida**, Construção e Aquisição de
73 equipamentos e material permanente para UBS, no valor de R\$ 250.000,00; **Faxinal**, aquisição de equipamentos e
74 material permanente para UBS, no valor de R\$ 150.000,00; **SESA**, Equipamento e material permanente para o Hospital
75 Regional-Francisco Beltrão, no valor de R\$ 2.000.000,00; Equipamentos e material permanente para o Hospital Infantil
76 Waldemar Monastier-Campo Largo, no valor de R\$ 1.000.000,00, Equipamentos e material permanente para o Hospital
77 Infantil Waldemar Monastier-Campo Largo, Hospitais Zona Norte e Zona Sul-Londrina, no valor de R\$ 2.248.196,00,
78 Equipamentos e material permanente para o Hospital Infantil Waldemar Monastier-Campo Largo, HEMEPAR, Hospital
79 Aduino Botelho, Hospital Dermatologia Sanitária, Hospital Regional do Litoral, Hospital Regional do Sudoeste, no valor de
80 R\$ 2.999.550,00; Rosário do Ivaí, Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$
81 100.000,00; **Santa Maria do Oeste**, aquisição de Unidade móvel de saúde, no valor de R\$ 100.000,00 e Aquisição de
82 equipamentos para Academia de Saúde, no valor de R\$ 100.000,00; **Lidianópolis**, duas emendas para aquisição de
83 equipamentos e material permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00 cada uma; **Boa Vista da Aparecida**, 04
84 emendas para aquisição de equipamentos e material permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00 cada uma; **Santa**
85 **Fé**, Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00; **Missal**, Aquisição de
86 equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00; **Matelândia**, Aquisição de equipamentos e
87 Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 150.000,00; **São José dos Pinhais**, duas emendas: Aquisição de
88 equipamentos e Material Permanente para o Hospital e Maternidade São José, uma no valor de R\$ 1.500.000,00 e outra
89 de R\$ 200.000,00; **Munhoz de Melo**, aquisição de equipamentos e material permanente para UBS, no valor de R\$
90 150.000,00; **Corbélia**, duas emendas, para aquisição de equipamentos e material permanente para UBS, no valor de R\$
91 100.000,00 cada uma; **Porto Rico**, Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$
92 100.000,00; **Alto Paraíso**, Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 150.000,00;
93 **Mandaguari**, Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00; **Marialva**,
94 Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00; **Santa Inês**, Aquisição de
95 equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 150.000,00; **Piraí do Sul**, duas emendas, uma para
96 Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 250.000,00 e Construção a Ampliação de
97 UBS, no valor de R\$ 400.000,00; **Marechal Cândido Rondon**, Estruturação da Rede de Serviços da Atenção Básica de
98 Saúde, no valor de R\$ 100.000,00; **Terra Roxa**, Aquisição de equipamentos para o Hospital Municipal Ângelo Lopes, no
99 valor de R\$ 200.000,00 e Estruturação da Rede de Serviços da Atenção Básica de Saúde, no valor de R\$ 100.000,00;
100 **Santa Tereza do Oeste**, Aquisição de equipamentos e Material Permanente para UBS, no valor de R\$ 100.000,00 e
101 **Cafelândia**, ampliação de UBS, no valor de R\$ 100.000,00.

102 **2.10- Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais para Profissional de Saúde;**
103 **Del nº 076** - Aprova “ad referendum” o projeto apresentado pela Faculdades Pequeno Príncipe, em conjunto com a
104 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com vistas à concessão de bolsas de acordo com o Programa Nacional de
105 Bolsas para Residências Multiprofissionais e em área Profissional de Saúde.

106 **2.11- Projeto do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná-HEMEPAR / SESA- Del nº 077** - APROVA o Projeto
107 do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná-HEMEPAR / SESA, para aquisição de equipamentos e material
108 permanente para o Hemocentro Coordenador e para as Unidades da Hemorrede Estadual do Paraná, no valor de R\$
109 1.138.626,00 (Hum milhão cento e trinta e oito mil, seiscientos e vinte e seis).

110 **2.12 - UPA PORTE III – Maringá- Del nº 087**- APROVA a habilitação de 01 UPA Porte III, no município de Maringá.

111 **2.13 - Indicação das Portas de Entrada Hospitalares- Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências-**
 112 **Del nº 059 - Aprova “AD REFERENDUM”** a indicação das Portas de Entrada Hospitalares, a partir da competência
 113 abril/2012, conforme portaria GM/MS nº 2.395 de 11/10/2011, da Região Metropolitana de Curitiba,

| MUNICÍPIO | NOME FANTASIA | MANTENEDORA | TIPO | RECURSOS DE CUSTEIO/MÊS | RECURSOS DE INVESTIMENTO |
|-----------------------|---|---|----------------|-------------------------|--------------------------|
| Araucária | Hospital Municipal de Araucária | Pro Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social | Hospital Geral | 100.000,00 | 1.500.000,00 |
| Campina Grande do Sul | Hospital Angelina Caron | - | Tipo II | 300.000,00 | 1.000.000,00 |
| Curitiba | Hospital Infantil Pequeno Príncipe | - | Tipo II | 300.000,00 | 2.000.000,00 |
| Curitiba | Hospital do Trabalhador | Fundação UFPR para Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e da Cultura. | Tipo II | 300.000,00 | 3.000.000,00 |
| Curitiba | Hospital Universitário Cajuru | Associação Paranaense da Cultura - APC | Tipo II | 300.000,00 | 3.000.000,00 |
| Curitiba | Hospital Universitário Evangélico | Sociedade Evangélica de Curitiba | Tipo II | 300.000,00 | 3.000.000,00 |
| Curitiba | Hospital do Idoso Zilda Arns | Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba - FEAS | Hospital Geral | 100.000,00 | 1.500.000,00 |
| Curitiba | Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba | Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Curitiba | Tipo I | 200.000,00 | 1.500.000,00 |
| São José dos Pinhais | Hospital São José - S.J.P. | Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais | Hospital Geral | 100.000,00 | 1.500.000,00 |
| | | | | 2.000.000,00 | 18.000.000,00 |

114

115 **2.14- SAMU Regional – Financiamento-Del nº 072- A-Delibera** alocação de recursos financeiros no Componente SAMU
 116 da Rede de Urgência e Emergência, habilitado pelo Ministério da Saúde, dar-se-á da seguinte forma, a partir da
 117 competência Maio/2012:1-As Centrais de Regulação Médica de Urgência e as Unidades de Suporte Avançado de Vida
 118 serão financiadas com recursos financeiros do Ministério da Saúde, no montante de 50% do valor estabelecido em
 119 Portaria Ministerial; com recursos da Secretaria de Estado da Saúde, no montante de 50% do valor estabelecido em
 120 Portaria Ministerial; e complementarmente pelos Municípios habilitados, tanto no critério de habilitação quanto de
 121 qualificação; 2-As Unidades de Suporte Básico serão financiadas com recursos do Ministério da Saúde, no montante de
 122 50% do valor estabelecido em Portaria Ministerial; em caráter temporário, no período de Maio a Dezembro de 2012, com
 123 recursos da Secretaria de Estado da Saúde, no montante de 25% do valor atualmente estabelecido em Portaria
 124 Ministerial; e complementarmente pelos Municípios habilitados. B-Que a partir da implantação dos SAMUs Regionais as
 125 transferências terrestres de todo paciente com necessidade de Suporte Avançado de Vida serão de responsabilidade do
 126 respectivo SAMU Regional. Para tanto, a SESA integrará sua frota de USAVs com equipamentos e equipe a cada SAMU,
 127 que passará a exercer a gestão integral e a regulação deste recurso assistencial, com vistas à sua habilitação junto ao
 128 Ministério da Saúde na frota do SAMU.

129 **Rene** explica que em relação a Del CIB/PR nº 059, que aprovou todo o desenho do Plano de Ação Regional para a
 130 Urgência/Emergência. A proposta foi encaminhada ao Ministério da Saúde contemplando todas as regiões do Paraná,
 131 que o Ministério da Saúde entrou em contato com a CIB/PR, informando que no orçamento para 2012, atenderá, para fins
 132 de financiamento, a região metropolitana de Curitiba, que em reunião em Brasília, o Paraná se posicionou primeiramente
 133 pela necessidade que o Ministério da Saúde entendesse que a proposta do Paraná era para o conjunto das propostas
 134 apresentadas em todas as regiões do Paraná para urgência e emergência, que o Paraná entendia a posição do
 135 Ministério, em atender a somente a região metropolitana em face da questão orçamentária do Ministério da Saúde.
 136 Relatou que a proposta inicial do Ministério, para negociação, foi à redução do número de hospitais propostos para a

137 região metropolitana, fixando em número de 06 sendo que na proposta inicial eram 13 hospitais, que essa redução foi
138 questionada, pois, causaria transtorno na organização da rede, conforme inicialmente planejada, que durante o processo
139 de negociação com o Ministério da Saúde e a representação da SESA e do COSEMS, ficou fechado nesses 09 hospitais,
140 mantendo o recurso de investimento limitado a 18 milhões, que se conseguiu aumentar o número de hospitais o que
141 aumenta o valor de custeio equivalente a 24 milhões/ ano, que outra questão importante é que o ministério sinalizava
142 esses recursos, para competência maio e foi negociado para a competência abril o que dá um ganho de desembolso
143 financeiro esse ano e o que se espera para o ano que vem, é que o Ministério da Saúde volte a discutir a implantação do
144 componente Urgência e Emergência, portas de entradas hospitalares, para outras regiões do Estado e que em relação
145 aos demais componentes da Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde não sinalizou nenhum investimento imediato,
146 que permanece a mesma proposta do Paraná, que foi apresentada inicialmente, porém neste momento a prioridade do
147 Ministério é o financiamento inicial, para as regiões metropolitanas do país. Colocou também que em relação à
148 Deliberação CIB/PR nº 072, tiveram uma reunião com a representação do COSEMS onde a SESA apresentou uma
149 proposta de mudança de financiamento do SAMU regional, pois alguns problemas foram encontrados nos processos de
150 negociação na implantação dos SAMU Regional, principalmente aquelas situações que implicavam na transferência de
151 recursos dos municípios para o município ou consórcio que fará a gestão das Centrais de Regulação e das Unidades de
152 Suporte Avançado, que o interesse da SESA é que num menor espaço de tempo possível se tenha os 12 SAMUS
153 Regionais implantados e que por esse motivo, o entendimento é que a SESA deveria buscar uma alternativa que pudesse
154 agilizar esse processo e a alternativa encontrada foi abordar o financiamento pela Central de Regulação e Unidade
155 Suporte Avançado e que essa proposta traz um aumento significativo de recursos estaduais para as centrais de regulação
156 e para as Unidades de Suporte Avançado e que por outro lado, à medida que o Ministério da Saúde qualificar as
157 Unidades de Suporte Básico, os valores, da qualificação, cobrirá os custos da manutenção dessas Unidades, o que torna
158 desnecessário começar casar percentualmente valores de contrapartida à medida que somente os recursos federais, com
159 a qualificação, darão conta do processo de financiamento. Colocou que por outro lado à hora que se fizer a qualificação
160 das centrais de regulação e das Unidades de Suporte Avançado o crescimento dos valores federais, acrescidos com os
161 recursos estaduais permitirão um significativo aporte percentualmente de participação federal e estadual para esses dois
162 componentes. **Vinicius** colocou que a tabela apresentada resume a proposta de financiamento do SAMU com recursos
163 estaduais, estabelecendo 03 etapas: 1-situação atual, até abril de 2012, partindo da premissa que o custo de uma
164 Unidade de Suporte Avançado tem um custo aproximado de cem mil reais/ mês e que o maior impacto desse custo é
165 recursos humanos e se o custo de uma Unidade é de cem a cento dez mil reais/mês, o custo de um suporte básico é de
166 mais ou menos vinte mil reais/mês e que na situação atual, em que o Estado financia 25% do valor estabelecido pelo
167 Ministério da Saúde, esse repasse para suporte básico doze mil e quinhentos reais e a SESA seis mil duzentos e
168 cinquenta reais, ou seja, dezoito mil setecentos e cinquenta reais é o repasse para custeio do suporte básico e que para o
169 suporte avançado: Ministério da Saúde, vinte e sete mil e quinhentos reais/mês e a SESA treze mil setecentos e
170 cinquenta reais, proporcional aos 25% estabelecido na portaria de custeio do SAMU, ou seja, serão amortizados com
171 esse repasse, R\$ 41.250,00 de cada suporte avançado, para um custo de R\$ 100.000,00. Colocou que na nova
172 proposição, de 05/2012 a 12/2012, será mantido o mesmo repasse para o suporte básico no mesmo montante de R\$
173 18.750,00, para cada Unidade de Suporte Básico e que o valor para o suporte avançado e das centrais de regulação a
174 ser repassado pela SESA será dobrado, , ou seja: o Ministério da Saúde mantém, para cada suporte avançado, R\$
175 27.500,00 e a SESA R\$ 27.500,00, num total de R\$ 55.000,00, que isso reduz significativamente o valor que tem que ser
176 rateado entre os municípios que fazem o custeio do SAMU em parceria, que foi conseguido manter esse valor até
177 12/2012, por conta da previsão em orçamento para implantação, que a partir de janeiro de 2013, o financiamento para a
178 central de regulação e suporte avançado, por parte da SESA, terá o valor equivalente a 50% do valor da portaria, o que
179 significa que serão os valores definitivos recebidos a partir de janeiro/2013, no entanto o interesse dessa proposta na
180 habilitação, os valores serão os acima colocados e na qualificação do SAMU, para a ambulância de suporte básico,
181 somente com o recurso repassado pelo Ministério da Saúde de R\$ 20.875,00, cobrirá o custo integral de uma Unidade de
182 suporte básico, portanto a SESA não teria razão para sobre financiar esse componente, uma vez que este já será pago
183 com o repasse do Ministério da Saúde, que será mantido, o valor de 50% para o suporte avançado, que na qualificação
184 irá para R\$ 45.925,00, por parte do Ministério da Saúde e R\$ 45.925,00, por parte da SESA, ou seja, para um custo de

185 R\$ 100.000,00. Ou seja, cada Unidade de Suporte Avançado, terá R\$ 91.850,00 de financiamento, do Ministério da
186 Saúde e SESA e que isso é um estímulo evidente à qualificação do serviço, quanto mais rapidamente for qualificado se
187 traduzirá em melhor qualidade de assistência à população, é uma medida indutora da qualificação e se não for
188 qualificado, não atingirá esses patamares, uma vez qualificado, o financiamento do componente SAMU será integral com
189 recursos do Ministério da Saúde e SESA. Colocou que não fez o comparativo das Centrais de Regulação, pois essas
190 variam de R\$ 30.000,00 a R\$ 124.000,00, dependendo do porte, que cada um que tem Central de Regulação pode
191 observar o valor da portaria, aquilo que é repassado pelo Ministério, que equivale a 50%%, que a SESA, honrará os 50%,
192 que isso significará em 2013, com todos os SAMUS implantados e qualificados, um implemento significativo de custeio de
193 sete milhões em 2012 para 43 milhões em 2013, que a estratégia dessa mudança, para que se honre esse financiamento,
194 foi escolhido o componente de maior peso para os municípios de menor porte, ou seja: regulação e suporte avançado
195 com financiamento melhor significa que não se tem razão maior para protelar a implantação do SAMU e que no bojo
196 dessa proposta existe a incorporação do trabalho que é realizado pelas USAV's, para os SAMUS regionais e que na
197 portaria 2048 de 2002, o SAMU tem duas atribuições: atendimento pré-hospitalar de emergência e transporte intra-
198 hospitalar, portanto é uma tarefa do SAMU o transporte de pacientes na sua área de abrangência e que em 2001, quando
199 foi criado o serviço das USAV's, que era chamado Paraná Urgência e não existia nenhuma perspectiva concreta da
200 implantação do SAMU, no Paraná, esse serviço foi criado para realizar o transporte qualificado de pacientes, entre
201 municípios, quando se tinha uma necessidade técnica que justificasse o transporte de pacientes corretamente, com
202 condições de aproveitar a vaga disponível, que de 2001 a 2004 não se tinha nenhum SAMU no Paraná, portanto esse
203 desenho é que atendia uma parcela dessa demanda e que com a implantação do SAMU, de 2004 até 2011, eram
204 municipais ou microrregionais e que nessa circunstâncias, dentro da área de abrangência do SAMU as transferências
205 eram de responsabilidade do SAMU, a partir do momento da regionalização do SAMU, 100% da cobertura das regionais
206 de saúde, passam a ser realizadas pelo SAMU, automaticamente a responsabilidade do SAMU é o atendimento pré-
207 hospitalar de toda essa área, bem como a transferência e a estratégia que a SESA estabelecerá a partir de agora: a cada
208 SAMU regionalizado a incorporação de ambulância, equipamento e pessoal, no SAMU regional implantado, ou seja, a
209 transferência da gestão dessas USAV's integralmente para a central de regulação do SAMU regional, colocou que esse
210 implemento é importante, pois, como o SAMU tem a necessidade pré-hospitalar e se tem uma só uma ambulância de
211 suporte avançado na região toda, enquanto essa ambulância estiver fazendo o transporte de um paciente não está
212 disponível para emergência, e que esse implemento será realizado através da transferência da titularidade, ou seja, o
213 patrimônio das Unidades de Suporte Avançado de Vida, será transferida para o município sede ou para o consórcio, que
214 fará a gestão do SAMU, as equipes serão cedidas para essa gestão e a gestão passará a ser integral do SAMU e que
215 não será mais necessário solicitar ambulância para a Central de regulação da SESA, colocou que com isso se ganha
216 agilidade na resposta uma vez que a gestão inicial do problema passa a ser da equipe do SAMU, que tem um paciente
217 fora da rede hospitalar qualificada, que o SAMU já tem essa informação e não precisa transferir essa solicitação para
218 ninguém, que o SAMU terá maior agilidade e autonomia com essa proposição, que com essa incorporação da USAV, o
219 Ministério da Saúde a habilita e a qualifique. Com isso, cada SAMU habilitando essa ambulância esta deverá ter o layout
220 do SAMU, os equipamentos e os uniformes para a equipe, portanto com isso, passa a receber o custeio e a SESA passa
221 a financiar esse SAMU na mesma proporção da qualificação do Ministério da Saúde; que a idéia é que todos os SAMUS
222 regionalizados já façam a incorporação dessa USAV, ou seja: Londrina, que tem base da USAV, Cornélio Procópio, que
223 tem uma base em Jacarezinho e que se incorpora a Cornélio Procópio, Pato Branco, que inaugura na metade do mês de
224 Junho/12, que incorpora a USAV de Francisco Beltrão, e a região metropolitana, se regionalizando, incorpora a USAV de
225 Curitiba. Colocou que com a regionalização do SAMU e as USAV's incorporadas, a tarefa do Estado passará a ser o
226 transporte aéreo, que a proposta de protocolo é que o transporte acima de 250 km, entre a origem e o destino, sejam
227 realizados via área, com a equipe do Estado, ou por helicóptero ou avião, desde que se tenha condições de vôo,
228 aeroporto, condições climáticas favoráveis, que a central de Regulação da SESA fará a gestão desse transporte, sempre
229 que for possível será acionado, caso contrário, o SAMU regional fará esse transporte. Colocou que essa estratégia visa
230 dotar o SAMU regional, de uma ambulância adicional, que as transferências podem ser muitas vezes agendadas com
231 certa capacidade de gestão de horários, que o atendimento de emergência tem que ser acionado imediatamente não
232 pode esperar; que a transferência pode ser agendada com prazo de uma, duas ou três horas, que tem transferências de

233 caráter urgente e outras não, portanto podem dotar os SAMUS Regionais com essa ambulância adicionais com a
234 perspectiva do financiamento pelo Ministério e pela SESA e de imediato essa incorporação já dá gestão integral ao
235 SAMU, que em Londrina o processo está adiantado que possui a cessão já combinada. **Rene** complementa colocando
236 que 03 questões são fundamentais em relação a essa proposta, a primeira é que com as condições dadas precisa se
237 iniciar rapidamente a implantação dos 12 SAMU's Regionais considerando que as condições que a SESA está colocando,
238 são as melhores do país em relação a financiamento de SAMU regional, que é preciso retomar os processos de
239 discussão, embora tenha todos os trâmites do processo eleitoral, porém um grande esforço tem que realizado para que
240 se implantem em 2013, os 12 SAMU's, que a segunda é que essa proposta trará a cobertura de 100% de SAMU
241 Regional para o Estado do Paraná, que quando se coloca essa proposta se está fazendo a proposta de estruturação da
242 Rede de Urgência e Emergência que se quer configurar todas as ações estratégicas até o final do ano, colocou que para
243 valores orçamentários, para Urgência e Emergência, componente hospitalar quase 50 milhões de reais colocados e para
244 2013, serão 43 milhões, somente para esse componente pré- hospitalar móvel, ou seja, mais de 80 milhões de reais de
245 aporte do Estado, na rede de urgência e emergência, que se precisa otimizar nas regiões, nos SAMU's regionais, que se
246 esta fazendo um grande esforço orçamentário saindo de sete milhões/ano, para dezessete milhões em 2012, e quarenta
247 e três milhões em 2013, que são seis vezes mais financiamento para dar conta dessa questão das urgência e emergência
248 que dá muito desgaste e que se precisa otimizar rapidamente. Colocou que a CIB precisa demandar ao Ministério da
249 Saúde para que seja mais ágil na qualificação, porque a qualificação tem um fator importante, pois, aumenta a questão do
250 financiamento e que o objetivo agora se tenha todas as condições, para que definitivamente se implante no Paraná, os 12
251 SAMU's regionais. **Marina** coloca que o COSEMS fez uma reunião, que é um grande avanço, que a orientação é que os
252 municípios encaminhem a resposta de como está o SAMU em sua região, que é extremamente importante que a USAV
253 faça parte do SAMU, que não se tenha serviços fazendo a mesma coisa e que cada SAMU Regional tenha a
254 possibilidade de ficar ou não com as equipes, conforme a peculiaridade de cada SAMU Regional se defina isso
255 opcionalmente, que seja definido através de um acordo entre gestores municipais, regional de saúde e coordenação do
256 SAMU Regional. **Nardi** coloca que quando se discutiu e foram aprovados os valores per capita e valor de repasse foi
257 visto, pelo custo médio no PR, o quanto estava custando, em cada município sede, o custeio integral, tanto das unidades
258 de suporte avançado, como de suporte básico, que agora, precisa percorrer todo o Estado, embora em período ruim,
259 porém que este período eleitoral não seja obstáculo da não implantação do SAMU regional, que se neste ano não se
260 conseguir operacionalizar todas as regiões, que no primeiro trimestre de 2013, fique como indicativo fechado e faz um
261 apelo aos secretários municipais e diretores regionais para que conversem com os prefeitos municipais e mostre a eles a
262 questão do custeio dos SAMUS Regionais e o custo final com a diminuição dos per capitas, saindo de R\$ 0,90, 0,80, 0,70
263 centavos, dependendo da região, caindo para R\$ 0,40, 0,45 centavos e que isso deve ser um compromisso da Bipartite,
264 de realizar uma força tarefa, para implantar os SAMU's regionais, colocou que outra questão importante é em relação às
265 USAV's é à possibilidade ou não, do município sede encampar e ficar com a equipe e a ambulância ou ficar somente com
266 a ambulância e a equipe ficar na regional, pois com a deficiência de pessoal que as regionais tem poderiam absorver
267 esses quadro e aproveitá-los em diversas seções, que esse ponto é essencial e que foi excelente essa possibilidade de
268 qualificar mais uma unidade de suporte avançado com o custeio e **que já deixa deliberado hoje, que cada município**
269 **sede decide se vem à ambulância e a equipe completa ou somente a ambulância**, quando da implantação do SAMU
270 Regional, reforçou o que o Dr. Rene colocou referente à morosidade do Ministério da Saúde nas habilitações,
271 qualificações, verificações e no repasse financeiro, que em seu município tem situações que já tiveram habilitações e que
272 ainda não receberam os recursos e que outros municípios estão na mesma situação, que precisa agilizar essa questão,
273 ter uma conversa muito séria com o Ministério da Saúde, e que a única preocupação do Ministério da Saúde é com a
274 comunicação visual dos serviços, se o totem e as placas estão no padrão e agora estão exigindo que as portas das salas
275 também estejam de acordo, com logomarca do Ministério, etc..., e se não estiver, na visita solicitam adequação, voltam e
276 solicitam outra visita e que sobre isso, tem que se conversar seriamente com as áreas do Ministério da Saúde para
277 agilizar as qualificações, **que essa CIB, peça com urgência a verificação das qualificações/habilitações tanto dos**
278 **Samu's Regionais, como das UPAS e das Centrais de Regulação, já implantadas.** **Rene** coloca que em relação aos
279 investimentos, nesse momento, não há previsão, pois precisam ver o impacto da medida do Estado, em assumir um
280 maior financiamento em custeio e obviamente como os municípios se cotizaram, eles precisam rever a política interna de

281 financiamento desses Samu's, que precisa ser avaliado esse volume de recursos à frente para ver se no recurso
282 pensado, uma sobra desse recurso possa virar uma política comum de investimento, coloca que uma posição sua em
283 relação aos veículos, que se deve insistir que o Ministério da Saúde reponha. Colocou que em relação aos recursos
284 humanos das USAV's, a posição da SESA é de acatar a posição do COSEMS, em ser opcional, que essa proposta é
285 interessante para a SESA, pois poderá otimizar pessoal que também virá em benefício do próprio município pelas ações
286 desenvolvidas pelas regionais, **solicita que a Secretaria Executiva da CIB, elabore uma minuta de ofício ao**
287 **Ministério da Saúde em relação ao pedido de agilidade nos processos de qualificação e habilitação**, reforçou a
288 colocação do Nardi referente a meta de implantação, em 2013, dos 12 SAMUS's Regionais, dando uma configuração
289 completa da Rede de Urgência e Emergência e para isso precisa mostrar à população que a questão do atendimento pré-
290 hospitalar móvel esta definida para todo o Estado. **Nardi** completa dizendo que nessa reunião, foi aprovada a Rede
291 Urgência e Emergência e os investimentos para as portas de entrada hospitalar da região metropolitana aprovada na CIT,
292 acatada pela CIB/PR e que para implantar nas demais regiões, conforme Plano de Ação Regional, precisa se fazer a lição
293 de casa, implantando os Samu's regionais e os demais componentes da rede, perdendo o argumento de negociação de
294 pleito para investimento nas demais regiões do Estado. Renê complementa dizendo que esse argumento já foi colocado
295 para o Ministério da Saúde, dizendo que a proposta da Rede de Urgência e Emergência foi desenhada para todo o
296 Estado e que o ideal seria que o Ministério fizesse o aporte de recursos para o Estado todo. **Vinicius** solicita aos
297 municípios sedes que articulem diretamente com ele e com o diretor da Regional, a questão da transferência das USAV's
298 e a questão de recursos humanos e que independentemente disso tem alguns Samu's para habilitar esse ano e que só
299 poderá repassar recursos de custeio pelo Estado e Ministério da Saúde com portaria de habilitação publicada até
300 06/07/2012, portando a visita só pode ser realizada até 10 ou 11 ou 12 de Junho, pois o Ministério demora um mês para
301 tramitar internamente e publicar a portaria, que quem está nessa situação é o SAMU de Pato Branco, do Litoral, Foz do
302 Iguaçu e Metropolitano, que estão agilizando os processo de vistoria e que precisam confirmar a visita do Ministério para
303 habilitação do SAMU de Pato Branco, pois o Litoral esta agendado para 12 de junho, Metropolitano, 11 e 12 de Junho e
304 Cornélio Procópio, 05 e 06 de Junho e se não for realizada a visita do Ministério da Saúde nessa data, não tem portaria e
305 se não tem portaria não tem convênio com da SESA com os respectivos consórcios e não tem o repasse para o
306 metropolitano, portanto precisa agilizar e deixar tudo certo até a data de 11 de junho, que estão tentando prorrogar até o
307 dia 18/06 e se essa data não for cumprida não se tem nenhuma chance de financiamento este ano. **Nardi** pergunta se os
308 municípios que estão com as ambulâncias de suporte básico e contratarem suas equipes, não podem pautar na CIB
309 Regional o funcionamento das Unidades de Suporte Básico, mesmo sem o SAMU Regional estar implantado?

310 **Vinicius** responde que a Unidade de Suporte Avançado tem que estar vinculada a uma central de regulação, que nada
311 impede o funcionamento, porém a habilitação é uma consequência financeira, que pode iniciar o serviço sem a habilitação
312 só que sem custeio Estadual e Federal, pois para isso depende da portaria de habilitação e que o recurso não virá
313 retroativo a esse período. Comentou sobre a questão de Ivaiporã, que não houve articulação dos municípios para
314 implantação do SAMU na 22ª Regional de Saúde, que está implantado apenas na 16ª RS e que a USAV de Londrina não
315 é a única, que as ambulâncias de suporte avançado das regionais de 18ª RS, da 17ª RS, da 16ª RS e 19ª RS podem
316 realizar o transporte, que essa cobertura passa a ser atribuição do SAMU Regional implantado. **Margarete** coloca que na
317 região da 9ª RS o SAMU Regional já está implantado, parabeniza pelo financiamento e faz uma pergunta: Como faz para
318 qualificar? **Vinicius** responde que o Ministério qualifica através da portaria nº 2026, porém nova portaria estabelecendo
319 novos critérios será publicada o que facilitará a qualificação, que o processo é o mesmo, se o SAMU cumpre com os
320 critérios da portaria, se agenda a visita do Ministério no SAMU que está pleiteando a qualificação e respondeu também
321 sobre qualificação das equipes dizendo que para esta não se tem algum recurso de capacitação, que no segundo
322 semestre tentarão executar, que no plano plurianual está previsto a capacitação da totalidade das equipes do SAMU, com
323 recurso do banco mundial, que a capacitação deve ser realizada em conjunto com os municípios e que pode ser através
324 dos consórcios.

325 **3- Apresentações**

326 **3.1- Plano de Expansão da Radioterapia no SUS- PT GM/MS nº 931 de 10/05/2012: Paulo Almeida** coloca sobre a
327 publicação da Portaria nº 931, de 10/05/2012, que institui o Plano de expansão da Radioterapia no SUS, que essa
328 portaria tem um efeito imediato na medida em que promove a ampliação e a estruturação de alguns serviços de oncologia
329 no Estado do Paraná, estabelecendo inclusive parâmetros visando essa expansão, que o objetivo é: definir e aplicar
330 método de criação de novos serviços de radioterapia em hospitais habilitados no SUS como Unidade de Assistência de
331 Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); definir, coordenar e aplicar método de ampliação de serviços existentes de
332 radioterapia em hospitais habilitados no SUS como UNACON com Serviço de Radioterapia ou como Centro de
333 Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; desenvolver o Plano de Ações para Expansão da Radioterapia no SUS;
334 definir, em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, a expansão adequada à Rede de Atenção à
335 Saúde, especificamente quanto à atenção oncológica; coordenar e monitorar visitas técnicas de diagnóstico necessárias
336 durante a implantação do projeto e coordenação do processo de obras e aquisição de equipamentos de diagnóstico e
337 tratamento; coordenar a elaboração de pareceres técnicos relacionados ao Plano, em resposta a solicitações do
338 Ministério da Saúde, dos Poderes Legislativo e Judiciário, organizações da sociedade civil, órgãos de controle estatais,
339 Secretarias de Saúde, Hospitais e outros; subsidiar programas de capacitação de profissionais; gerenciar todos os
340 projetos de criação ou ampliação nos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia com recursos do Ministério
341 da Saúde; e

342 articular as demandas tecnológicas do SUS com as iniciativas do Plano Brasil Maior para o estímulo à produção e
343 desenvolvimento tecnológico nacional, por intermédio da internalização da produção dos equipamentos. O Plano de
344 Expansão da Radioterapia no SUS será executado por criação ou ampliação de serviços de radioterapia ofertados,
345 mediante a formalização de convênio para doação de equipamentos de radioterapia devidamente instalados com a
346 apresentação de todos os documentos exigidos no instrumento referido. Colocou que Compromissos mínimos a serem
347 assumidos pela Secretaria Estadual de Saúde mediante declaração serão: priorização dos processos para aprovação de
348 projetos, licenciamento e credenciamento de serviços de radioterapia no âmbito da Secretaria de Saúde Estadual;
349 regulação do acesso de pacientes para os serviços de radioterapia criados ou ampliados no âmbito deste Plano; e
350 garantia de apoio técnico e financeiro ao hospital, quando a Secretaria Estadual de Saúde julgar pertinente e necessário.
351 A assinatura de convênios no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS será feita com a observância de
352 ordem de classificação e de prioridade para os hospitais interessados, observada a pontuação fixada no anexo da
353 portaria; As Secretarias Estaduais, mediante justificativa técnica, poderão propor nova ordem de priorização e
354 classificação e a inclusão de outros estabelecimentos. Para fins de criação ou ampliação de serviços de radioterapia, são
355 elegíveis para adesão ao Plano de Expansão da Radioterapia no SUS estabelecimentos, hospitalares públicos ou
356 privados sem fins lucrativos que sejam habilitados como: – UNACON com serviço de radioterapia; UNACON; com serviço
357 de Hematologia; UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; CACON; CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica.
358 Colocou os serviços do Paraná, que o Ministério fez uma seleção prévia, de acordo com a portaria, considerando regiões
359 com vazios assistenciais, que foi tentado de imediato reavaliar alguns serviços até pela demanda do grupo técnico do
360 Paraná que vem fazendo uma análise do acesso e a oferta de procedimentos de oncologia, porém o Ministério da Saúde
361 fechou em 05 serviços: Guarapuava – Hospital São Vicente; Londrina – Hospital do Câncer de Londrina; Arapongas –
362 Hospital Regional João de Freitas; Londrina Hospital Universitário de Londrina e Apucarana – Hospital da Providência.
363 Colocou que o Ministério fez a seleção em cima de mais de 200 serviços de oncologia, já habilitados, no Brasil, que
364 selecionou 98 e provavelmente ficarão 80 serviços para serem incluídos nesse plano de expansão: serviços já habilitados,
365 hospitais públicos e filantrópicos e vazios assistências que estão definidos conforme a portaria, que também estabelece
366 criação de vários comitês: comitês gestor, executivo e que para este ano deverá ter demanda para a criação desses
367 comitês nos serviços selecionados, que também abre a expectativa da inclusão ou na mudança da prioridade
368 estabelecida pelo Ministério, que no Grupo Técnico ficou acordado que os municípios, a exemplo de Curitiba, que tem
369 uma dificuldade de alocação de serviços, nas referências hoje estabelecidas, porque o Ministério exige como
370 contrapartida um terreno de 1.200 metros quadrados, contíguo ao hospital ou próximo ao hospital, então Curitiba tem
371 algumas limitações para cumprir esses critérios, porém ficou de se analisar as demandas, que possam existir tanto de
372 Curitiba como dos demais serviços já habilitados na oncologia, no Paraná, para que se faça esse estudo e

373 encaminhamentos devidos de acordo com o que estabelece a portaria que seria um chamamento público, mudança ou
374 inclusão dentro dos critérios estabelecidos. **Encaminhamento: Relatório preliminar na próxima reunião da CIB, sobre**
375 **a análise do GT.**

376 **3.2 – Regras de Transição – Implementação dos dispositivos do decreto 7508-** Isaias fez a apresentação sobre o
377 processo das regras de transição do Termo de Compromisso de Gestão para a implementação do Decreto 7508, que no
378 Paraná os 399 municípios estão com os Termos de Compromisso devidamente registrados, que em 2012 o Paraná não
379 assinará o COAP, a regra para informação dos dados no SISPACTO, será a mesma do ano passado, isto é: o município
380 informa suas propostas na plataforma do SISPACTO, as regionais avaliam, depois validam e depois homologam,
381 informou que a mudança é em relação ao período, que os municípios terão da segunda quinzena de junho até o final de
382 julho para acessarem e colocarem as informações, que poderão atribuir os valores e metas próprias, que essas não serão
383 mais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que muitas vezes foram questionadas pelos municípios, que o Ministério da
384 Saúde esta elaborando um instrutivo que será disponibilizado para orientar o processo; que houve uma videoconferência
385 sobre isso e que o Ministério da Saúde esta correndo com o processo, pois, existem Estados em situação diferente,
386 Ceará e Mato Grosso do Sul assinarão este ano o COAP, portanto para eles os mecanismos de pactuação serão outros,
387 que estarão descritos na portaria que será editada com todas as informações, os indicadores obrigatórios, os não
388 obrigatórios e que cada Estado e municípios façam a sua pactuação. Colocou que o processo no Paraná será realizado
389 pelas Regionais com seus municípios, assim que o Ministério da Saúde publicar a portaria. Colocou que o que se quer
390 discutir hoje é o processo da implantação aos dispositivos do decreto no que se refere ao COAP, que é um processo
391 discutido com o COSEMS, uma proposta de encaminhamento para essa discussão para o segundo semestre e 2012 e
392 primeiro semestre de 2013, colocou que a CIB já discutiu as regiões de saúde no Paraná, levando em conta: limites
393 geográficos, a população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados; respectivas
394 responsabilidades; critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços, ou seja, observando a identidade
395 cultural, social, política, costumes, infraestrutura e determinantes sociais, que em cada região, conforme o decreto 7508
396 deve ter: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e
397 hospitalar e vigilância em saúde, que isso tudo avaliado e validado nas CIB's Regionais, que o Paraná possui 04
398 macrorregiões: Leste, sendo município sede Curitiba, Oeste, município sede Cascavel, Norte, Município sede Londrina e
399 Noroeste, município sede Maringá, partindo dessa discussão, estabelecidos as regiões, será organizado o COAP,
400 partindo sempre da discussão regional e que as diretrizes orientadoras desse trabalho deve ser: estruturação de RAS
401 (arranjos organizativos das ações e serviços de saúde) é estratégica para o aperfeiçoamento do funcionamento das
402 Regiões de Saúde; Atenção Básica como orientadora do cuidado e da rede dentro da Região de Saúde, através das
403 linhas de cuidado; Linhas de cuidado entendidas como o caminho percorrido pelo usuário tendo em vista a busca da
404 integralidade da atenção, articulando o cuidado de forma resolutiva; Fortalecimento das Regiões de Saúde e suas
405 respectivas CIB-Regionais e que no GT de Gestão e Planejamento a proposta é de: Constituir grupo condutor tripartite
406 (MS, SESA e COSEMS) para elaboração de agenda de trabalho no Estado; Sugestões para o Grupo Condutor,
407 :Discussões internas (SESA) junto com as Superintendências com as equipes técnicas e diretores; Reuniões com os
408 articuladores regionais; Organização de 22 oficinas com as Regionais de Saúde, CRESEMS e Apoiadores COSEMS;
409 Apresentação na CIB Estadual, que ficou estabelecido metas de trabalho: **Fase I:** Definição de Critérios para Região de
410 Saúde; Definição do Grupo Condutor e inicio dos trabalhos; Elaboração de Documento Técnico, Período de Execução:
411 Junho a Setembro de 2012; **Fase II:** Envio do material para discussão nas CIB's Regionais; Validação do material através
412 de Deliberação; Realização de 22 oficinas regionais; Período de Execução: Setembro a Dezembro de 2012 e a
413 apresentação no CES/PR e na CIB/PR, **Fase III:** Consolidação das propostas regionais, macro regionais e estadual;
414 Elaboração do COAP; Assinatura do COAP; Período de Execução: Primeiro semestre de 2013, que os produtos gerados
415 na Fase I serão: 1º - Discussão e definição das ações e serviços de saúde, tendo em vista a garantia da resolutividade da
416 atenção e a melhoria da qualidade do acesso dos usuários aos serviços de saúde, a partir das discussões sobre redes de
417 saúde; 2º - Definição dos critérios para a composição de uma Região de Saúde no Paraná.; colocou que será elaborado
418 um documento técnico que apresentará os principais conceitos utilizados, à luz do Decreto 7.508/2011; a metodologia de
419 trabalho a ser utilizada; Articulará as discussões sobre Redes de Saúde à construção das Regiões de Saúde,

420 identificando a rede existente e os vazios assistenciais e as necessidades de investimentos (técnicos e financeiros) e
421 discutirá as especificações técnicas de cada um dos grupos de critérios definidos pelo Decreto 7.508/2011 para a
422 composição das Regiões de Saúde, além de educação permanente e assistência farmacêutica que a matriz de
423 construção do documento terá como norteador as Redes de Atenção à Saúde, levando em conta os critérios de
424 organização estabelecidos pelo decreto: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção
425 ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, tendo como imagem situação o conjunto de ações e
426 serviços de saúde que serão utilizados para recorte territorial, juntamente com os critérios de população, distância e
427 funcionamento da CIB Regional. Esses critérios, que foram extraídos da imagem-objetivo, constituem o elenco mínimo
428 que deve obrigatoriamente existir numa Região de Saúde. Sem as ações e serviços definidos na imagem-situação, é
429 impossível estabelecer uma Região de Saúde, em função das características sócio-sanitárias e epidemiológicas, bem
430 como a capacidade instalada dos serviços e como imagem objeto Modelo de Região de Saúde resolutivo, que atende às
431 necessidades de saúde da população em determinado território; Mapa da Saúde a ser buscado no Paraná, tendo em
432 vista melhorar a qualidade do acesso e atender às necessidades de saúde da população do Estado. É a partir da
433 imagem-objetivo que a análise situacional será realizada, sendo que a insuficiência de ações ou serviços dentro de cada
434 Região de Saúde deverá ser objeto do Mapa de Metas e constará no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).
435 **Rene** complementa a fala do Isaias contextualização em relação ao COAP, que foi colocado que o Mato Grosso e Ceará
436 assinarão o COAP este ano e o que os diferencia do Paraná é o processo de continuidade de governo, eles tem 5 anos e
437 5 meses e passaram por um processo profundo de discussão de regionalização, que o Paraná tem clareza que não é
438 possível assinar COAP sem alguns elementos centrais, um deles foi resolvido em 2011, com o aporte significativo de
439 recursos orçamentários do PR, em cumprimento da emenda 29, que as dadas as condições orçamentárias, foram
440 criadas as condições estruturantes: COMSUS, APSUS, HOSPSUS e a Farmácia do Paraná são programas estruturantes
441 para a consolidação das redes e são os programas centrais para que o COAP saia do papel, que o Paraná esta
442 vivenciando essa fase com o lançamento da Rede Mãe Paranaense e a médio prazo com o lançamento da Rede
443 Urgência e Emergência, portanto estarão dadas as condições necessárias para que se tenha efetivamente um COAP que
444 reflita uma parceria clara entre SESA, Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde que agora esta se
445 entrando na segunda fase, com o rumo estabelecido, precisa ser fechada uma agenda, que permita, dentro da
446 governabilidade e do tempo político que se faça um COAP que tenha efetividade e continuidade, que se tem um processo
447 eleitoral pela frente, que muitos prefeitos e secretários serão substituídos e que nesse segundo semestre precisa se
448 fechar o desenho da regionalização: conceito de macro região, o que ele se compõem, conceito de região, os fluxos
449 assistenciais, o mapa da saúde que não contempla só as ações e os serviços públicos, mas o conjunto de serviços
450 existente na região, que se tem que fechar definitivamente o modelo que vai ser usado como matriz para a questão das
451 redes e que passa primeiro pela definição da identificação dos pontos de atenção de acordo com os perfis territoriais, na
452 região, no município e na macrorregião e na sequência, e o momento mais propício será quando os novos secretários
453 assumem que tem que fazer um acolhimento e validação e aí sim a assinatura do COAP, que esse movimento deve ser
454 realizado no Estado como um todo, que rede não se consolida numa região ou num município e sim na macrorregião, que
455 tem que se fazer um grande esforço para que os 399 municípios do Paraná, as 22 regiões de saúde e as 04
456 macrorregiões consolidem uma grande proposta, consolidando um COAP regional que fale com toda essa estrutura, que
457 a ideia de ter a agenda é fundamental, **porém deve ser realizada uma apresentação mais sintética, um passo a**
458 **passo explicativo e cronograma mais definido para ser repassado para as regionais de saúde e essas aos**
459 **municípios.** Colocou que as Regras de transição servem, nesse momento, para questões específicas da continuação
460 das informações do SISPACTO, **que é importante o DAD informar as regionais que se mantém o SISPACTO**, que os
461 indicadores pensados para o COAP, serão vistos em outro momento, porém existe uma especificidade do SISPACTO que
462 precisa ser cumprida. **Nardi** coloca que muitos secretários estavam com um pensamento que este ano, ninguém queria
463 discutir COAP, discutir política, porém essa posição precisa ser revista, que não se pode deixar de discutir COAP esse
464 ano, que não pode deixar para o ano que vem e para os novos gestores, que a discussão no Ministério da Saúde
465 continua, pois não terá a descontinuidade que os municípios terão e que se deixar para depois quem perde é o município
466 e a região, que muitos terão seus prefeitos eleitos e mesmo que não sejam reeleitos que quem venha, tenha a
467 responsabilidade de dar continuidade a essa discussão, que é nacional e que o Ministério só repassará recursos tanto de

468 investimento e custeio para quem estiver com as redes de atenção organizadas, portando tem que deixar as coisas
469 amarradas, para que com os novos gestores, no primeiro semestre de 2013, validarmos um trabalho desenvolvido,
470 porque o tempo do Ministério, com seu programa de governo e investimento e da SESA é de continuidade, que no
471 Congresso terá uma mesa para discutir diretrizes políticas e pede aos secretários façam suas inscrições, que não deixem
472 de participar.

473 **4 - Discussão / Pactuação**

474 **4.1-Influenza (Portaria nº 2693/2012)- Sezifredo** colocou que essa portaria é uma republicação dessa mesma portaria
475 que já tinha sido editada em 17 de Novembro, que estabelece mecanismo de repasse de recursos financeiros do fundo
476 nacional para Estados e Municípios em relação à implantação e implementação e fortalecimento da Vigilância
477 Epidemiológica da Influenza, que a discussão ficou prejudicada, pois a portaria possui uma série de inconsistências em
478 relação a anterior e confundiu ainda mais em relação a possível adesão de mais municípios, a esse incentivo, lembrou
479 que ela foi editada em novembro, para propiciar aos Estados e Municípios o monitoramento das síndromes gripais, das
480 síndromes respiratórias agudas graves e outras afecções de doenças respiratórias, que a nova portaria tem problemas,
481 pois não deixa claro uma série de detalhes técnicos de como os municípios pode fazer adesão e isso prejudicou a
482 discussão e deliberação por parte do GT de Vigilância em Saúde, que já foi solicitado ao Ministério uma série de
483 explicações para que mais municípios do Paraná possam fazer sua adesão. Colocou que o incentivo é para capitais do
484 país e nos municípios da Região Sul com população que 300 mil habitantes serão implantadas ou implementadas a
485 Vigilância Ampliada de Influenza, que será composta por três componentes: Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda
486 Grave (SRAG), Vigilância de Síndrome Gripal (SG) e Notificação de internações por CID J09 a J1, para essa definição
487 deve ser adotado o Manual do Ministério, que já existe, que também se abre a oportunidade da inclusão mais Unidades
488 de Vigilância Sentinela de Influenza no Estado e mais municípios de acordo com a justificativa epidemiológica para essa
489 adesão, que o prazo é de 90 dias , até 26/07, para fazer a adesão. Lembra que no Paraná, Curitiba já esta habilitada,
490 desde novembro, porque é capital, que tem outros municípios que podem aderir imediatamente: Maringá, Londrina,
491 Curitiba e Ponta Grossa, no caso da vigilância ampliada que inclui: síndrome respiratória aguda grave, síndrome gripal e
492 as internações e no caso de Foz do Iguaçu, a vigilância gripal e abre a possibilidade também, para que outros municípios
493 seja contemplados e lembrou que Cambé já realiza o monitoramento, porém não recebe. Colocou que a proposta é que
494 os municípios sede das Regionais de Saúde façam a adesão, pois, já fazem a notificação das síndromes respiratórias, e a
495 inclusão nessa proposta, também a inclusão do município de Cambé. Colocou que nos dias 04 e 05 de Junho, que já
496 tendo o subsídio do Ministério, terá uma reunião com as regionais de saúde para preparar uma informação detalhada aos
497 municípios para fazerem sua adesão e lembrou que esta aberta a proposta para que outros municípios que também
498 queiram fazer sua adesão. Informou que no Paraná, 185 municípios notificam regularmente as síndromes respiratórias
499 agudas, que isso é importante, que tem Unidades Sentinela nos município sede das 22 regionais de saúde, com coleta de
500 amostra de nasofaringe, que o LACEN tem capacidade de realizar exames de 300 amostras/mês com 12 agentes virais e
501 que esta sendo ampliado para 26 agentes virais, que o Paraná tem, com certeza tem o melhor monitoramento das
502 síndromes respiratórias do Brasil, que o Estado provocou a republicação dessa portaria exatamente porque o Paraná não
503 se sentia contemplando adequadamente. Colocou que ate 04 e 05 de junho se define melhor a proposta, se encaminha
504 as regionais e municípios e na próxima reunião da CIB, se pactua os municípios.

505 **4.2 - Liberação de multiplicadores e executadores de teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatites-SVS: Elizete** iniciou
506 sua fala colocando que esta acontecendo um importante processo em relação a formação de multiplicadores e executores
507 do teste rápido em HIV e Sífilis, que outras formações já aconteceram, porém não nos moldes dos novos métodos
508 diagnósticos que estão sendo implantados e que serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde, para o Estado do
509 Paraná, que o fluxo de disponibilização dos KITS será via regional de saúde, que os municípios solicitam à Regional, esta
510 encaminha a Coordenação Estadual DST/AIDS, que providencia esses KITS e envia. Apresentou algumas ações já
511 desenvolvidas, no primeiro quadrimestre de 2012: O Paraná tem hoje, qualificado 25 profissionais multiplicadores do teste
512 rápido HIV e Sífilis, lotados em SAE, CTA, Consórcio e APS, formação de 24 horas, 160 profissionais executores do teste
513 rápido HIV e Sífilis, lotados em SAE, CTA, Consórcio (60); Hospitais (40); e APS (60), formação de 24 horas, foram

514 realizadas 03 Oficinas, de 18 horas, com ONGs para qualificar o controle social e gestão de recursos do SUS, que hoje
 515 estarão cada vez mais monitoradas pelo Ministério da Saúde e pelo Estado; Oficinas de competências relacionadas aos
 516 instrumentos de Reclink, nas 22 regionais; a oficina de sistema SICTA, que é à base de informação dos dados de sífilis,
 517 HIV/AIDS, 50 profissionais CTA e SAE; Análise de Dados DST/ AIDS, que foi realizada, com 35 profissionais da regional
 518 de Cascavel, ressaltou que nas oficinas se coloca que tanto os profissionais da atenção primária, como os técnicos das
 519 regionais, que eles têm que ter bastante responsabilidade com a base de informações da sífilis/HIV/AIDS, pois ali esta a
 520 vida das pessoas, que é importante que esses dados sejam sempre atualizados, que sejam fidedignos, que sirvam para
 521 atendimento as pessoas e as famílias; Prevenção em DST/ AIDS na operação verão litoral e Carnaval, também nas 21
 522 regionais de saúde; a realização de 480 testes rápido de HIV e Sífilis em eventos coletivos que se iniciou em uma na festa
 523 dos caminhoneiros, em Paranaguá e outras regionais estão fazendo essa ação; 01 (uma) oficina de gestão DST/ AIDS
 524 (18horas), com os coordenadores das 22 RS e 29 municípios, que tem recursos do PAM. Colocou que uma preocupação
 525 que se tem é que os profissionais são capacitados, formados e quando retornam para seus municípios, para assumir as
 526 competências de formação de executores dos testes rápidos HIV e Sífilis não são disponibilizados pelo gestor para
 527 ampliar esta competência na APS e que na ultima formação, dos 25, apenas 13 continuaram, que o ministério criou um
 528 instrumento para selecionar o perfil dos multiplicadores do teste rápido, pois quem que forma os multiplicadores é o
 529 Ministério da Saúde, em cima de bases, critérios metodológico, tanto teórico como o operacional, que é um treinamento
 530 de 03 dias, que o Ministério da Saúde e o Estado estão fazendo um esforço para qualificar essa formação, para ampliar a
 531 cobertura do diagnóstico precoce do HIV e da Sífilis, na Atenção Primária e **que precisa ser pactuado com os gestores**
 532 **do Estado do Paraná que esses profissionais, que foram formados como multiplicadores e coletores do teste**
 533 **rápido, estejam em sua região, sendo porta de entrada e realizando esse teste em seus serviços, nos hospitais e**
 534 **principalmente na atenção básica**, que nessa será trabalhada, em Paranaguá, a descentralização do teste rápido, com
 535 o recurso do PAM, onde 38 profissionais da atenção primária serão formados e que essa formação acontecerá porque em
 536 Paranaguá, tem 03 multiplicadores formados pelo Ministério da Saúde, que por regional de saúde ficou assim distribuído
 537 o número de multiplicadores formados em 2012: 1ª Regional de Saúde (03), 2ª Regional (10), 4ª Regional (01), 10ª
 538 Regional (01), 11ª Regional (02), 14ª Regional (01), 15ª Regional (01), 16ª Regional (01), 17ª Regional (04) e 21ª
 539 Regional (01). Colocou que uma agenda esta sendo realizada com mais 02 cursos, um para 07 vagas, em um curso que
 540 o Ministério realizará em São Paulo e outro específico para o Paraná, com 20 vagas, portanto pede aos gestores que
 541 encaminhem o nome dos técnicos que tenham perfil, que seja funcionário de carreira. Colocou o compromisso dos
 542 multiplicadores: assumir as competências de formação de executores dos testes rápidos HIV e Sífilis, ser disponibilizado
 543 pelo gestor para ampliar esta competência na APS e compromisso dos executores: assumir as competências de
 544 execução dos testes rápidos HIV e Sífilis nos CTA, COA, Consórcios e UBS, ser apoiado pela equipe e gestor local para
 545 ampliar a cobertura dos testes na APS, participar de ações de mobilização e educação em saúde com a comunidade. O
 546 número de executores formados esse ano, de 2012 com ajuda dos multiplicadores: 1ª Regional (01), 2ª Regional (51), 3ª
 547 Regional (06), 4ª Regional (02), 5ª Regional (05), 6ª Regional (0), 7ª Regional (02), 8ª Regional (06), 9ª Regional (05), 10ª
 548 Regional (04), 11ª Regional (03), 12ª Regional (01), 13ª Regional (03), 14ª Regional (03), 15ª Regional (14), 16ª Regional
 549 (04), 17ª Regional (08), 19ª Regional (06), 20ª Regional (07), 21ª Regional (03) e 22ª Regional (02), num total de 140
 550 executores, que na próxima semana serão 180. **Rene** coloca que a pactuação da CIB é que os gestores municipais
 551 liberem os profissionais e garantam suas presenças para participarem do processo de formação e que as agendas sejam
 552 previamente combinadas entre as partes.

553 **4.3 - Validação do Grau II de incapacidade da Hanseníase-Sezifredo** colocou que hanseníase é um agravo prevalente,
 554 persistente, que é muito preocupante, que o Paraná teve uma queda boa de casos, porém mantém 1000 casos
 555 novos/ano, que em 2012 teve mais de 300 casos novos diagnosticados. Uma coisa que preocupa muito no Paraná,
 556 embora o número de casos esta numa avaliação boa pelo Ministério da Saúde, o que decepciona é que, devido ao
 557 diagnóstico tardio, tem muitas pessoas com grau máximo de incapacidade física- grau 2, parâmetro considerado "alto"
 558 pelo MS (2007= 14,6; 2008= 11,9%; 2009=12,5%; 2010= 11% (o mais alto do Brasil, segundo o MS) e 2011= 12% (dado
 559 preliminar), que essa incapacidade ataca o globo ocular, mãos e pés. Colocou que nos últimos dois anos a SESA tem
 560 empreendido um esforço de capacitar profissionais para fazer a validação dos casos identificados na atenção primária,

561 que essa validação é necessária para se saber qual a porcentagem, como estão os quadro das incapacidades de grau II
562 no Estado, que para se efetivar essa validação, precisa pactuar com as secretarias municipais que os profissionais
563 capacitados, que já atuam no Programa de Controle da Hanseníase, possam realizar a validação dos pacientes com grau
564 2 de incapacidade física no diagnóstico que pertencem a sua Região e que nem todas as regionais possuem
565 profissionais, que os Coordenadores Regionais e Municipais agendarão a validação dos pacientes, que deverá ocorrer no
566 prazo de 30 dias úteis e após a avaliação como grau 2 do serviço que realizou o diagnóstico e que o Município de origem
567 do paciente providencie o meio de transporte para o local onde será validado o caso. Apresentou uma planilha com os
568 município que possuem pacientes com grau II de incapacidade física , já identificados, que em média são dois ou 03
569 pacientes. Informou que 06 regionais não possuem validadores, por isso os pacientes serão referenciados às Regionais
570 mais próximas: 1ª RS de Paranaguá referenciará para a 2.ª RSM (CRE-M), 4ª RS de Irati para a 5.ª RS Guarapuava
571 (AMPDS Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitária de Guarapuava); 7ª RS de Pato Branco para a 8.ª
572 RS Francisco Beltrão (CRE - Beltrão), 11ª RS de Campo Mourão para a 13.ª RS Cianorte (CISCENOP - Consórcio), 21ª
573 RS de Telêmaco Borba para a 2.ª RSM (CRE-M), 22ª RS de Ivaiporã para a 16.ªRS Apucarana (SMS Apucarana).
574 Convidou a todos para que, no dia 25 de Maio, participem das comemorações do dia Estadual de Conscientização Sobre
575 a Hanseníase, informou também que após 10 anos sem fazer de forma sistemática cirurgias reabilitativas, a SESA esta
576 reabrindo um cronograma dessas cirurgias no Hospital de Reabilitação.

577 **4.4 - Solicitação da ANVISA para revisão do posicionamento do Estado quanto aos processos de certificação de**
578 **boas práticas- Sezifredo** colocou o Paraná, SESA e municípios, tem uma discussão com a ANVISA em relação a um
579 processo chamado de boas práticas, o Estado e os municípios realizam o trabalho e a ANVISA cobra, e que esta sendo
580 questionado o processo de trabalho, bem como a razão de existir dessa certificação que não acrescenta nada do ponto
581 de vista da proteção do cidadão e da segurança dos produtos, que já foi enviada a posição da CIB à ANVISA, que não
582 aceitou a proposta, que a proposta do Paraná era para enviar a licença sanitária como documento para comprovar que a
583 empresa esta cumprindo as boas práticas, pois na licença sanitária já se verifica as chamadas boas práticas, que a
584 ANVISA emitiu um parecer jurídico que dava razão ao Paraná, mesmo assim ela insistiu em não acatar a proposta do
585 Paraná, que essa discussão foi levada ao GT DO CONASS, porém não foi levada ao CONASEMS, que isso impacta
586 muito para os municípios, que esta sendo respondido um ofício, dizendo que o Paraná mantém sua posição e que quer
587 pautar no CONASS e CONASEMS e TRIPARTITE porque o Paraná não aceita a posição da Anvisa. Colocou que no
588 Paraná 44 empresas que estão sendo prejudicadas, pois, não conseguem a certificação de boas práticas, exigida pela
589 ANVISA, e com isso não podem participar de licitação que o Paraná fará a inspeção e emitir um relatório, a contra gosto e
590 enviar para não prejudicar mais essas empresas. Nardi reforça a necessidade da discussão dessa pauta TRIPARTITE.

591 **4.5- Incentivo de Qualidade ao Parto – Rene** informa que SESA solicitou ao COSEMS retirada dessa pauta, pois esta
592 sendo concluído um levantamento feito a partir das discussões pelas Regionais de Saúde e um estudo para viabilizar
593 dentro do Incentivo de Qualidade ao Parto, a questão de um financiamento que contemple os hospitais privados à medida
594 que são tratamentos em relação à forma de financiamento, que até a próxima Bipartite se pretende ter uma proposta.

595 **4.6- Portarias GM/MS Nº 2979-15/12/11 e GM/MS Nº 3160 -15/12/11- Maria Leonor** colocou a proposta de pactuação da
596 Portaria 27979 e 3160, ambas publicada no final de 2011 que na portaria 2979, os recursos previstos foram na ordem de
597 R\$ 793, 544,00, destinados ao Incentivo de Custeio do PATICIPASUS com os eixos: participação popular e controle
598 social, ouvidoria e auditoria, que esses recursos de R\$ 793,544,00, já foram recebidos pela SESA e a proposta de
599 pactuação é que esses recursos sejam alocados no Fundo Estadual de Saúde, tanto na ouvidoria como controle social,
600 em relação ao segundo incentivo, a portaria trouxe uma nova configuração, unindo os antigos incentivos do
601 PLANEJASUS e dos Colegiados Regionais num só incentivo, no valor de R\$ 1.654.020,00, que a proposta de pactuação
602 é que R\$ 1.000.000,00 seja repassado aos municípios, via COSEMS e R\$ 654.020,00 fiquem alocadas no Fundo
603 Estadual de Saúde, que desse recurso, a SESA já recebeu 40%, ou seja, R\$ 661.608,00 e as outras duas parcelas de
604 30% conforme cumprimento dos requisitos, estabelecidos pela portaria 2979/11. Em relação à Portaria 3160/2011, os
605 recursos são direcionados, R\$ 268.242,80, para a Participação popular e controle social, que não foram recebidos pela
606 SESA e R\$ 421,888,50, para a implementação do Sistema Cartão Nacionais de Saúde e fortalecimento do Sistema

607 Nacional de Auditoria para o controle do COAP, que também não foi recebido, que a proposta de pactuação dos recursos
608 da portaria nº 3160, serão alocados no Fundo Estadual de Saúde. **Nardi** colocou que na reunião do COSEMS já foi
609 discutida a proposta de pactuação e aceita pelo COSEMS/PR, porém esclareceu que o recurso de R\$ 1 milhão de reais
610 não é para os municípios e sim que a SESA faça um convênio com o COSEMS para ações de implementação do Decreto
611 7508 e COAP.

612 **4.7-Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: apresentação das portarias GM/MS nº 793 e 835/2012**
613 **e pactuação do Grupo Condutor Estadual – SAS- Graça Lima inicia com alguns informes**, sendo o primeiro
614 referente ao APSUS, que o prazo para a adesão ao incentivo-APSUS é até 31 de maio, que a adesão é para o Incentivo
615 de custeio do APSUS, que já foi apresentado na reunião anterior da CIB, sendo 391 municípios do Paraná serão
616 contemplados e uma das condições para a adesão é a adesão a Rede Mãe Paranaense: classificação de risco da
617 gestante, organização da atenção primária da gestante e a vinculação ao parto, que foram realizadas as discussões por
618 macrorregião e reuniões regionais para a discussão da vinculação ao parto e que o prazo para encaminhar a discussão
619 da referência à vinculação ao parto é 31 de maio, também, que estarão caminhando junto com 03 processos: concluir
620 toda a discussão da vinculação ao parto, concluir toda a adesão a Mãe Paranaense e com isso poder fazer a adesão ao
621 incentivo de custeio do APSUS. Reforçou que os municípios precisam ter: Plano Municipal de Saúde, Fundo Municipal de
622 Saúde e Conselho Municipais legalmente constituídos, que encaminhará as regionais de saúde uma página de checklist
623 com todos os documentos que precisam ser providenciados. Outro informe é que nos dias 29,30 e 31 de maio acontece a
624 3ª oficina do APSUS, que será para discutir a Rede de Urgência Emergência, que todas as oficinas têm vínculo uma com
625 as outras e que a clientela são os tutores do APSUS. **Renê** reforça que esclarecimento sobre o prazo para a adesão a
626 Rede Mãe Paranaense que se é critério para a adesão ao incentivo de custeio do APSUS, é 31 de Maio, que as regionais
627 já discutiram a questão da vinculação ao parto, que foi dado um prazo até 25/05 para encaminharem as informações para
628 concluir a proposta do IQP, que a adesão a Mãe Paranaense e conseqüente adesão ao Incentivo de Custeio-APSUS,
629 ficou para 31 de maio, que esses prazos são para dar conta de concluir esse processo até 07 de Julho. **Marina** reforçou
630 dizendo que é importante todos devem fazer o dever de casa cumprindo o prazo de 31 de maio, que no Paraná a Rede
631 Cegonha chama-se Mãe Paranaense e lembra que o município que não entrar no sistema do Ministério e não fizer
632 adesão à Rede Cegonha não vai receber os R\$ 50,00 reais do transporte da gestante e os R\$ 10,00, ou a facilitada ou a
633 integrada, que é junto com o PMAQ, que o prazo para adesão à Rede Cegonha segue os mesmos prazos eleitorais.
634 **Juliano apresenta Portaria referente à implantação da rede de pessoas com deficiência:** que em novembro de 2011,
635 a Secretaria Especial de Direitos Humanos publicou um decreto instituindo o Plano Nacional dos Direitos da pessoa com
636 Deficiência, o Plano visa implementar novas iniciativas e intensificar ações em benefício da pessoa com deficiência,
637 melhorando o acesso destes cidadãos aos direitos básicos, como educação, transporte, mercado de trabalho,
638 qualificação profissional, moradia e saúde e está estruturado em 04 eixos principais: Acesso à educação; Atenção à
639 saúde; Inclusão social e Acessibilidade e a partir disso o Ministério da Saúde determina as diretrizes para a implantação
640 da rede. A portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do
641 Sistema Único de Saúde e a Portaria GM/MS nº 835, de 25/04/2012, institui incentivos financeiros de investimento e de
642 custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do
643 Sistema Único de Saúde, que a portaria nº 793 tem por objetivos: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas
644 com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;
645 promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e
646 suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde
647 no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco; como organização da Rede A Rede
648 de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: Atenção Básica (UBS; ESF, ESB e
649 NASF); Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências
650 (CER; CEO; estabelecimentos habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação); Atenção Hospitalar e de Urgência e
651 Emergência . **Para adesão à Rede:** instituição de Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência,
652 coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS),
653 com apoio institucional do Ministério da Saúde; homologação da região inicial de implementação da Rede de Cuidados à

654 Pessoa com Deficiência na CIB ou no CGSES/DF; **Implantação:** A operacionalização da implantação da Rede de
655 Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases: diagnóstico e desenho regional da Rede de
656 Cuidados à Pessoa com Deficiência; adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; contratualização dos Pontos
657 de Atenção. O diferencial que essa portaria traz é no atendimento especializado que deixa de ter atendimento a um tipo
658 de deficiência, e passa a ser chamado de Centro de Especialidades em Reabilitação-CER e tem como exigência mínima
659 o atendimento a dois tipos de deficiência, teremos então: CER Tipo II, Tipo III E Tipo IV, que o CER é um ponto de
660 atenção ambulatorial especializada em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e
661 manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência a rede de atenção à saúde no território. A equipe
662 mínima Médico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Terapeuta ocupacional; Assistente social e Enfermeiro e no CER que tiver
663 serviço de reabilitação visual, será obrigatória a contratação de pedagogo e técnico em orientação e mobilidade. O CER
664 contará ainda com equipe de apoio administrativo e Gerente de Unidade. A portaria nº 835 institui o Incentivo de Custeio
665 incorporado aos tetos financeiros dos Estados, Municípios e Distrito Federal e Incentivo de Investimento destinado a
666 construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção ortopédica do Componente Atenção
667 Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes. Colocou o
668 aceno do Ministério da Saúde, do número de serviços implantados, por ano, que a proposta é qualificar até 2014, 45 CER
669 no Brasil, que a prioridade, para o Ministério da Saúde, será o Norte e Nordeste pela grande vazão assistencial, que serão
670 implantas também as Oficinas Ortopédicas bem como o transporte para as pessoas com deficiências, sempre vinculados
671 aos Centros de Reabilitação. Apresentou o panorama DAE como esta tanto a população das pessoas com deficiência no
672 Paraná assim como alguns serviços, sendo que hoje o Estado possui 2.280.548 de pessoas com algum tipo de
673 deficiência, que a fonte é o IBGE-2010, que ele tem uma conceituação diferente ao que o Ministério propõem, o IBGE
674 classifica desde a pessoas que tem uma pequena dificuldade, passando por uma que tem grande dificuldade até aquela
675 que não consegue executar a sua habilidade. A relação de atendimento as pessoas com deficiência no Paraná: 1557
676 UBS, 953 Posto de Saúde, 1825 equipes Estratégia Saúde da Família, 1199 equipes saúde bucal e 73 equipes de NASF,
677 que o Estado possui, 338 serviços habilitados pelo Ministério da Saúde: reabilitação auditiva(média(110 e alta
678 complexidade(9)) , reabilitação física(medicina física(03) e Nível intermediário(16)), mentalautismo(299) . Colocou a
679 proposta para o Paraná da formação de um Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência,
680 composto por 08(oito) pessoas, sendo: 4 representantes indicados pela SESA (2 da Superintendência de Atenção à
681 Saúde – SAS; 1 da Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde - SGS e 1 da Diretoria de Unidades Próprias -
682 DUP) e 4 representantes indicados pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, prioritariamente 1
683 representante de cada Macrorregional.**Nardi** colocou que essa discussão se deu na reunião do COSEMS e no Grupo
684 Técnico, que foi discutida na CIT e que não teve consenso, que houve muita discussão, que é uma área vulnerável onde
685 se tem muitos problemas, que o COSEMS acata a indicação do Grupo Condutor e que pelo COSEMS, os membros serão
686 os mesmos da câmara técnica da atenção, mais os representantes das macrorregiões: Leilane, Janda, Irvando e Ildemar,
687 juntamente com a Fátima, Lisete, Nisandra, Margarete e Ana Paula pelo GT de Atenção à Saúde. Coloca que o que se
688 quer deixar claro é que em cada rede que o Ministério propôs ou que propunha cortes, cortava financiamento e
689 quantitativo como se os pacientes desaparecessem como a mesma forma que cortava na caneta e na portaria, e que a
690 realidade nunca foi essa e a rede da deficiência auditiva é uma das que só criou fila, que os 50% de corte que ela teve,
691 se transformou em fila de espera em todas as regionais e nos serviços de referência e da mesma forma a ocular e o que
692 está muito pior, no Paraná, na parte de prótese de reabilitação é que não se tem nenhum serviço habilitado, que se terá
693 muito trabalho para organizar a rede, que o Ministério já deixou claro que a prioridade, para essa rede, é o Norte e o
694 Nordeste, que o Sul e o Sudestes terão dificuldades na proposta , **solicitou as Regionais de Saúde, os CRESEMS, as**
695 **apoiadoras que informem todos os serviços, nas 05 deficiências, implantados, credenciados ou não no Estado,**
696 **principalmente a lista de espera, para se saber a real situação da demanda reprimida e não a que o Ministério**
697 **acha que existe.** Falou que o Estado terá muito trabalho, pois tem uma situação peculiar, que é o credenciamento das
698 APAES, que no Paraná, as APAES recebem pelo FAEC e se o financiamento não continuar como será? Que o trabalho
699 vai ser árduo, que o grupo condutor tem que trabalhar e fazer uma proposta para o Estado. **Rene** colocou que
700 independente das portarias, o Grupo Condutor tem que ampliar as suas atribuições, olhando para o rumo que o Paraná
701 quer para este assunto, independente da visão da portaria do Ministério, que o ponto de partida do Grupo Condutor é a

702 constituição da Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência no Paraná, que se compõe de Atenção Primária à Saúde, o
703 que se precisa verificar na atenção primária para se dar conta dessa rede, tem que se inserir a proposta do COMSUS,
704 voltada às pessoas com deficiências nos Centros Regionais de Especialidades, e que os centros regionais de maior
705 complexidade, tem que ter um planejamento estratégico com sentido macrorregional e tem que se ter, nessa avaliação,
706 que o Paraná terá um Hospital de Reabilitação que será referência para todo o Estado, que o Grupo tem que olhar o todo,
707 que a Rede tem que ser constituída com esse olhar. Se o Ministério da Saúde vai financiar somente o Norte e Nordeste, e
708 algumas Unidades para o Sul e Sudeste, com a constituição da Rede no Estado, pode se reivindicar mais. Colocou que
709 essa portaria não pode ser vista como uma portaria apenas do que está escrito em relação ao CER, que é uma portaria
710 de Rede, tem que ser do todo, se o Ministério não chegou ao detalhe em relação à atenção primária e aos hospitais de
711 reabilitação de referência, o Paraná fará esse desenho de rede que tenha esse detalhe e que como o Grupo condutor é
712 BIPARTITE, sugere que a discussão seja realizada como uma discussão de rede sem ficar somente com foco na portaria.
713 Lembra que no CES/PR, essa questão, da política de atenção às pessoas com deficiência, tem sido colocada como
714 prioridade, que o PES será apresentado com todos os compromissos em relação a essa política e que não se pode cair
715 na armadilha de ficar discutindo somente atenção especializada ambulatorial, que o Ministério elencou na portaria as
716 questões de atenção primária, que o Paraná faz o desenho da rede e pleiteia ao ministério, que é insuficiente fazer essa
717 discussão olhando apenas para a portaria, temos que olhar para a proposta de rede do Paraná.

718 5 Informes

719 **5.1- Avaliação externa do PMAQ- coordenação ENSP/ESPP** – Regina colocou que há 60 dias foram procurados pela
720 ENSP e atendo aos critérios, entraram no processo de avaliação externa , que o Paraná esta em 10º lugar em relação ao
721 número de equipes que aderiram ao PMAQ, que o Ministério da Saúde coloca que essa avaliação não é punitiva, nem
722 fiscalisatória , que o sentido da avaliação é diagnóstica, onde se verá o estado da arte no Paraná em relação a Atenção
723 Primária , em relação a questão do acesso, que a intenção é trabalhar em conjunto os 03 Instrumentos:01,02 e 03, que o
724 instrumento 01 será aplicado na totalidade dos municípios do Paraná, que deve avaliar mais as condições físicas e
725 estruturais das Unidades de Atenção Básica, o 02, fará uma avaliação com os profissionais de saúde, um dialogo e o
726 Instrumento 03, inclui a participação dos usuários, 04 usuários por equipe de saúde da família para sentir a percepção
727 desses usuários. Colocou que a estruturação no Paraná se dará coma à base de apoio a Escola de Saúde Pública, com
728 supervisores ligados as Universidades Estaduais, 02 em Londrina, Maringá e Curitiba e 01 em Cascavel, Ponta Grossa e
729 Guarapuava, que no principio eram 34 pesquisadores, porém quando se traçou a rota de pesquisa esse número era
730 insuficiente, se ampliou para 38, e já pleitearam 40. UEL - 7 entrevistadores – 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 21ª RS; UEM – 9
731 entrevistadores – 11ª,12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS, UNIOESTE – 5 entrevistadores – 8ª, 9ª, 10ª e 20ª RS, UEPG – 3
732 entrevistadores – 3ª, 4ª e 21ª RS, UNICENTRO – 4 entrevistadores – 5ª, 6ª e 7ª RS,ESPP – 10 entrevistadores – 1ª e 2ª
733 RS.Informou que os supervisores entrarão em contato com os secretários municipais, antes de qualquer processo,
734 dizendo o dia que os entrevistadores estarão nos municípios, levando o termo de consentimento aprovado, pelo Conselho
735 de Ética da ENPS, trabalhando a agenda pactuada com cada gestor para o poder realizar a avaliação em loco, que a
736 ESPP monitorará esse processo, pois os entrevistadores terão que preencher um diário de bordo. **Nardi** colocou que tem
737 uma consideração importante a ser feita, que a discussão foi grande no Ministério da Saúde devido à diferença dos
738 avaliadores em todo o Brasil, que a avaliação geral vai ser única, independente de quem esteja fazendo, que os
739 avaliadores não podem avaliar critério de qualidade nesse processo e que o avaliador não pode emitir seu julgamento,
740 que no serviço avaliado pode ter isso ou aquilo, que essa dúvida é geral no Brasil, que alguns problemas já estão
741 ocorrendo em relação e que precisa ter cuidado para não termos esses problemas no Paraná. **Regina** complementou
742 como o Paraná, foi o último a fazer a capacitação das equipes, todas essas informações foram pegadas com antecedência e
743 na discussão, com os supervisores, se deixou muito claro essa preocupação e no processo de seleção dos
744 pesquisadores e entrevistadores, esse foi um critério na simulação na capacitação específica, onde pode se detectar a
745 postura mais de dialogo, de discussão, de perfil de pesquisador, de coletador de dados, sem emissão de parecer e juízo
746 de valor, que isso será monitorado.

747 **5.2 - Critérios de Qualidade para Contratação de Laboratórios pelo SUS- SVS-**Sezifredo Informou que esta sendo
748 implementado um programa de monitoramento da qualidade dos laboratórios clínicos no Paraná, que uma divisão no
749 LACEN-Sistema Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, foi criada com o objetivo de apoiar todos os órgãos do SUS
750 que contratam serviços laboratoriais, que existe uma legislação que define isso e como Rede Estadual de Laboratórios de
751 Vigilância Epidemiológica foram considerados: Laboratórios privados com e sem fins lucrativos, Laboratórios privados
752 contratados pelo SUS, Laboratórios públicos municipais, estaduais e federais, que são 621 laboratórios cadastrados,
753 desses 473 atende ao SUS. Um dos aspectos que já foi avaliado, que em torno de 70% tem algum sistema da garantia da
754 qualidade, tem confiabilidade, porém tem um contingente que não possui. Informou que em Relação à Rede Mãe
755 Paranaense, estão elaborando uma Resolução definindo os critérios de Qualidade e Biossegurança, para os laboratórios
756 a serem contratados para serviço de diagnóstico em análises clínicas a fim de atender a Rede Mãe Paranaense e garantir
757 a informação através de sistema de informação- Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL onde os resultados
758 desses exames têm que ser informados para permitir o monitoramento dos serviços de saúde: Hepatite B, AIDS, Sífilis,
759 Toxoplasmose ou outros exames que forem definidos no acompanhamento da criança e da gestante.

760 **5.3-Monitoramento dos PAM, AIDS municipais-Sezifredo** informou que até o mês de julho tem que ser realizado o
761 monitoramento dos PAM's municipais da DST/AIDS que são 29 municípios que recebem recurso, bem como o PAM
762 Estadual será monitorado pelo Ministério da Saúde, que essa atividade sofreu uma descontinuidade por parte da SESA e
763 que precisa pelos aspectos epidemiológicos monitorar as ações que os municípios realizam, assim como o Estado, que
764 apenas 02 não enviaram o PAM 2012, Foz do Iguaçu e Cornélio Procopio.

765 **5.4-Acompanhamento da Campanha de Vacinação Gripe (Influenza)-Sezifredo** colocou que a campanha esta em
766 andamento, que dia 25/05 é o prazo final, que não sabe se haverá prorrogação do prazo, que não podem contar com isso
767 e devem atingir 80% para cada grupo prioritário, que até o momento foi atingido em torno de 60%, alguns grupos
768 prioritários a cobertura esta baixa, como no caso das gestantes, que é um grupo difícil, e no caso dos idosos, apesar da
769 cobertura ser até melhor que a de outros grupos, pelo número de pessoas a serem vacinadas, a cobertura esta baixa e
770 pede um esforço de todos no sentido de atingir a meta, que não se quer deixar de atingir a meta em nenhum dos grupos,
771 que foi passada as Regionais uma relação dos municípios que não atingiram as metas, como também tem municípios que
772 vacinam e não alimentam o sistema. **Nardi** complementa dizendo que nunca viu uma campanha ruim, que também esta
773 vendo a questão da prorrogação, que a cobertura no Brasil esta em torno de 51%, que o Paraná esta melhor, até o
774 momento, embora a campanha esteja ruim e que, se o prazo for prorrogado, vai coincidir com a vacinação da pólio, que
775 será no dia 16/06 e que se bater com a data da prorrogação da influenza vai ser complicado para os municípios para
776 organizar essas campanhas,

777 **5.5-Promoção de práticas corporais/atividade física (Portaria MS nº 2989 de 15/12/2011 no valor de R\$100.000)-**
778 **Sezifredo** informou que coube ao Estado R\$ 100.000,00, que visa monitorar os projetos municipais para 2012, dentro do
779 Programa Academia de Saúde.

780 **5.6-Violência no trânsito (Portaria MS nº 3023 de 21/12/2011 no valor de R\$250.000,00-Sezifredo** informou que o
781 Projeto Vida no Trânsito, visa reduzir a morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, que esta sendo constituída uma
782 comissão Estadual, intersetorial, tendo como referência o projeto Vida no Trânsito de Curitiba, que a intenção é atingir o
783 Estado todo, que o objetivo é qualificar as informações sobre acidentes de transporte e vítimas e promover políticas de
784 prevenção de acidentes, e a portaria nº 3023, esta passando ao Paraná, R\$ 250.000,00 para realizar essas atividades.

785 **5.7-Violência doméstica, sexual e outras (Portaria MS nº 556 de 29/03/2012 no valor de R\$100.000,00)-Sezifredo**
786 informou que o Estado está recebendo R\$ 100.000,00 para apoiar, monitorar as ações dos 48 municípios que aderiram à
787 portaria nº 227/2011 e estão fazendo a vigilância epidemiológica e notificação de acidentes da violência, assim como para
788 outros municípios que não tem projeto.

789 **Adilson** Londrina- informou que Londrina aderiu ao Consórcio Paraná Medicamentos, que já foi aprovado no Conselho
790 Municipal de Saúde, que esta na Câmara para o projeto de lei. Agradeceu ao Secretário Michele, ao Sezifredo pelo apoio
791 recebido em relação ao enfrentamento da Dengue em 2011, com o repasse de R\$ 500,000,00 ao município de Londrina,

- 792 que o recurso foi integralmente utilizado com resultados excepcionalmente favoráveis, que entregou hoje a prestação de
793 contas ao Diretor Geral da SESA.
- 794 Rene parabeniza o município de Londrina pela adesão ao Consórcio Paraná Medicamento, agradece a presença de todos
795 encerrando a reunião.