

	<p align="center">COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – COSEMS/PR</p>	<p align="center">2ª/12 REUNIÃO ORDINÁRIA 27/03/2012</p>
---	--	---

1 **RESUMO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2012**
2 **Local:** Auditório do Hotel Lizzon, Curitiba/PR.
3 **Participantes**
4 **COSEMS/PR:** Titulares: Antonio Carlos Figueiredo Nardi (Maringá); Cristiane M. Pantaleão (Ubiratã); Eliane
5 Chomatas (Curitiba) Suplente: Anna Paula Penteado (Curitiba); Lizete Maria T. Engelmann, Coronel Vivida; Neusa
6 Heuko Swarowski, Rio Negro, Valdemir Scapari (Laranjeiras do Sul).
7 **SESA:** Titulares: Rene José Moreira dos Santos (DG/SESA); Márcia Huçulak (SAS/SESA); Paulo Almeida
8 (SGS/SESA); Sezifredo Paz (SVS/SESA), Vinicius Filipak (DPUE/SESA) Suplentes: Maria Cristina Fernandes
9 (DEAB/SAS); Maria da Graça Lima (DEST/SAS); e Marise G. Dalcuche (DECH/SGS/SESA);
10 **Secretaria Executiva:** Liliam Cristina Brandalise
11 **Representantes do CES/PR: justificada a ausência da conselheira estadual Soraia Reda Gilber**
12 **Marina Sidneia Ricardo Martins** iniciou a reunião cumprimentando a todos os presentes e em seguida passou a
13 palavra ao Secretário de Estado da Saúde, Michele Caputo Neto.
14 **Secretário Michele** cumprimenta a todos (as), dizendo que a CIB faz com que a missão do gestor estadual e
15 secretários municipais seja atenuada para enfrentar as dificuldades, que a luta não é em vão, dizendo que fez
16 questão de estar no início dessa reunião, embora todas as reuniões sejam importantes, que a pauta dessa reunião
17 é importante, pois, o governo do estado, começa a saldar uma dívida histórica com os municípios, tanto na
18 questão dos consórcios intermunicipais e dos incentivos que serão apresentados após uma articulação, uma
19 aproximação com o COSEMS. Agradeceu os secretários de saúde de Maringá, Londrina, Umuarama, Cidade
20 Gaúcha, São Tomé, pela forma carinhosa que receberam o governador Beto Richa e a Ele. Relatou que esteve
21 em Londrina, no Hospital da Zona Sul, entregando equipamentos para cirurgia de vídeo, raios-X móvel,
22 instrumental cirúrgico, que são equipamentos importantes para valorizar e qualificar os hospitais; inaugurou uma
23 Unidade Básica de Saúde com co-financiamento do Estado, que esteve no CISMENPAR, onde anunciou o que vai
24 realizado este ano em relação ao COMSUS; na UEL, onde a Universidade fez a cessão a SESA, de um espaço
25 para armazenar imunobiológicos e armazenamento de medicamentos da 17ª Regional de Saúde e nesse espaço,
26 será viabilizada a farmácia especial desce para atender 700 usuários /dia que circulam em busca desse
27 serviço, dentro do Programa Farmácia do Paraná. Relatou que brincou com os profissionais da imprensa dizendo
28 que não perguntam mais sobre a Dengue, que essa saiu de pauta pelo trabalho competente de todos, que isso
29 não dá tranquilidade a ninguém, que todos devem estar sempre alertas, que duas regiões preocupam: Francisco
30 Beltrão e Toledo e algumas outras situações pontuais, que estão sendo monitoradas, que o Comitê Estadual da
31 Dengue realizou sua reunião ordinária, que se tem que comemorar porque o período difícil está passando e
32 nenhuma morte ocorreu que o caso noticiado de Maringá, foi confirmado que não era dengue, confirmado por
33 4(quatro) laboratórios, que houve uma redução drástica do número de casos no Paraná, mais que o risco continua
34 e todos tem que ficar alertas, que não se pode baixar a guarda. Relatou que esteve em Maringá, juntamente com
35 o Ministro Padilha, o secretário Nardi, inaugurando a mais bonita UPA do Brasil e as melhores instalações de
36 SAMU, dito pelo Ministro Padilha, que lá fizeram anúncios importantes para o CISAMUSEP. Contou que em
37 Umuarama foi realizado um investimento, ainda esse ano, de seis milhões de reais para o Hospital UOPECAN, um
38 hospital de 20 mil metros quadrados, que além de 100 leitos para oncologia, terá 100 leitos de hospital geral e 20
39 leitos de UTI, que preencherá um vazio assistencial que a região possui e com previsão de funcionamento para
40 início de 2013. Comentou sobre a pauta dessa reunião da CIB, dizendo que será apresentado o COMSUS, que é
41 a forma que este governo trabalhará a relação com os consórcios, que consórcio não é problema e sim solução,
42 embora diferenças existam, que uns estão com melhor desempenho e que outros possuem mais dificuldades de
43 caminharem, que será corrigida uma injustiça através do COMSUS, onde uns recebem incentivos, outros não, que
44 pelo COMSUS isso acaba, todos receberão pelo critério populacional e associado ao fator de redução das
45 desigualdades regionais, que será usado também para outros repasses como o incentivo de atenção primária,
46 reformas e construção, senão vamos continuar tendo vários "Paraná", nas regiões do Estado que precisam de
47 maiores investimentos com base nos índices apresentados, levanto em conta os critérios: IDH, dados de
48 urbanização, área indígena, com presença de trabalhadores sem terra, indicadores de mortalidade materno-
49 infantil. Reforçou o convite a todos para o lançamento do COMSUS, porque além do repasse de recursos para
50 custeio dos consórcios, e nenhum consórcio perde o que já recebe e alguns receberão 5, 3e ou, 2,5 a mais de
51 repasse para custeio, além disso todos receberão, este ano recursos para equipamentos, sendo que os
52 consórcios das 4 macrorregiões: Londrina, Maringá, Cascavel e Curitiba receberão 500 mil e os demais 100 mil
53 reais. Informou que no orçamento deste ano, foi previsto investimento de obra para os consórcios que
54 apresentaram projeto: Apucarana e região, Toledo e região, Curitiba e região metropolitana e Pato Branco e
55 região, num total de nove milhões para essas obras, 13.500 milhões para custeio e mais quatro milhões de
56 equipamentos. Novamente convidou a todos para o lançamento do COMSUS, dia 11/04, às 10h00min horas, no
57 Canal da Música. Falou também da apresentação do Incentivo Estadual para a Atenção Primária, que tem uma
58 distorção no Paraná hoje, pois, um número de municípios recebe incentivo de oito mil reais para as antigas

59 Unidades da Mulher e Criança, que esse incentivo não foi repassado com critérios da única estratégia considerada
 60 estruturante, que é o Programa Saúde da Família, que esse recurso não será retirado, porém, hoje o Paraná tem
 61 um critério para fazer investimento e como todo critério pode ter um elemento de discussão, onde muitos que não
 62 recebem nenhum incentivo receberão, uma quantidade muito grande de municípios aumentará seus ganhos e que
 63 somente 08 municípios nada receberão, por conta desse incentivo, porém outras políticas de investimentos serão
 64 realizadas com esses municípios e que são 30 milhões de incentivos para custeio nesse ano. Falou também sobre
 65 o Incentivo Estadual para Estruturação de Unidades Básicas, que a idéia seria somente para a construção de
 66 unidades novas, porém, de acordo com as demandas recebidas, de prefeitos e deputados, a necessidade é para
 67 reforma e ampliação e por esse motivo, o recurso previsto, foi dividido uma parte para reforma e ampliação e uma
 68 parte para construção nova e nesta fatia para construção nova, será trabalhando com os municípios considerando
 69 o fator de desigualdades e quem, por um motivo ou outro não recebeu investimento, no governo anterior, para a
 70 construção das Unidades da Mulher e da Criança, senão serão penalizados duas vezes, ficando de fora
 71 anteriormente e agora. Colocou também que o maior legado, em sua opinião, que essa gestão vai deixar nesse
 72 governo, na saúde, é o APSUS, que é um movimento impar no país, hoje são 40 mil profissionais envolvidos, nível
 73 médio, nível superior, e pede empenho, investimento firme; que tem orgulho do HOSPSUS, o bem que esse
 74 programa fez aos hospitais, que as parcerias estão aumentando, que dia 02 de maio será lançado o Programa
 75 Mãe Paranaense e em abril, na CIB, será apresentado o Incentivo a Qualidade do Parto, que contemplará 50 a 60
 76 maternidades, fechando o Mãe Paranaense; falou da pactuação das cirurgias, que este ano foram 30 milhões de
 77 recursos, ano passado com um dos melhores desempenho do país, parabenizando a todos, porém ainda tem
 78 dificuldades em algumas regiões, que esta sendo um esforço enorme, porém este ano a competência da
 79 execução vai pesar diferenciadamente do que anos anteriores, pois na pactuação nacional, no meio do ano, o
 80 Ministério da Saúde avaliará a execução dos recursos nos Estados e quem não tiver executado não receberá mais
 81 recursos e sim para quem executou. Convida a todos a acessarem a página da SESA, que esta muito boa em
 82 relação às notícias tanto das questões das estratégias que a SESA esta realizando, como solicita aos municípios
 83 que enviem suas matérias sobre saúde para publicação. Uma publicação importante que saiu na página da SESA
 84 foi a questão da Regulação, sempre houve críticas desde gestões anteriores do atual sistema, a AIH não é
 85 informatizada, as centrais de regulação não conversam entre si, a não ser por fax e telefone, não se tem controle
 86 das vagas hospitalares, se tem vaga ou não, quais as prioridades, não tem portas de entrada bem definidas, além
 87 de outras questões, tudo isso exigiu um trabalho grande na realização de um desenho de um sistema, onde foi
 88 licitado e após todo o processo licitatório venceu a empresa MV, empresa gaúcha, que realiza trabalhos
 89 importantes no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Recife e que considera este trabalho no Paraná o mais desafiador
 90 pela complexidade, que o custo será de 30 milhões, que será pago por produto e a empresa terá até um ano para
 91 apresentar todos os produtos. Falou que mais importante que construir paredes, passar equipamentos e contratar
 92 pessoas e ter mecanismos e ferramentas adequados para exercer algo que é indelegável e que não se abre mão
 93 de fazer e que precisa fazer com mais competência e que hoje não se tem essa competência, que esse
 94 investimento foi feito e que tem um tempo de maturação e o prazo é de um ano. Despediu-se desejando um bom
 95 trabalho a todos e agradeceu a todos que se manifestaram por ocasião do falecimento de seu pai.

96 **1. Aprovação da ata da 8ª reunião ordinária de 2011 e da 1ª reunião ordinária de 2012:** Marina informou que
 97 da parte da representação do COSMENS, atas aprovadas e Dr. Rene, pela SESA, também considera aprovadas.

98 **2. Homologações – Liliam** informou as deliberações encaminhadas com “ad referendum”:

99 **2.1 Alterações no teto financeiro da MAC - Assistência:**

100 **Competência Março/2012**

Origem	Destino	Valor mensal	Físico	Observações
1- Dois Vizinhos	Santa Isabel do Oeste	570,88	01 AIH	Repactuação de 01 AIH de Dois Vizinhos para Santa Isabel do Oeste
2-Dois Vizinhos	Gestão Estadual	1.141,76	02 AIHs	Repactuação de 02 AIHs de Dois Vizinhos para Cruzeiro do Iguaçu e pactuação dessas 02 AIHs com Pranchita
3- Dois Vizinhos	Gestão Estadual	570,88	01 AIH	Repactuação de 01 AIH de Dois Vizinhos para Nova Esperança do Sudoeste
4- Dois Vizinhos	Gestão Estadual	1,721,64	03 AIHs	Repactuação de 03 AIHs de Dois Vizinhos para Ampere
5- Dois Vizinhos	São Jorge do Oeste	570,88	01 AIH	Pactuação de 01 AIH de Dois Vizinhos Para São Jorge do Oeste
6-Gestão Estadual	Santa Isabel do Oeste	460,19	01 AIH	Repactuação de 01 AIH de Pranchita para Santa Isabel do Oeste
7- Gestão Estadual	Francisco Beltrão	962,91	01 AIH	Pactuação de 01 AIH de Ampere com Francisco Beltrão

8- Gestão Estadual	Francisco Beltrão	2.057,00	03 AIHs	Repactuação de 03 AIHs de Guarapuava para Francisco Beltrão, referente Psiquiatria.
9- Gestão Estadual	Dois Vizinhos	920,38	02 AIHs	Repactuação de 02 AIHs de Pranchita para Dois Vizinhos
10- Santa Isabel do Oeste	Francisco Beltrão	3.463,18	03 AIHs	Pactuação de 03 AIHs de Santa Isabel do Oeste para Francisco Beltrão
11- Francisco Beltrão	Gestão Estadual	962,91	01 AIH	Repactuação de 01 AIH de Francisco Beltrão para Pranchita
12- Francisco Beltrão	Gestão Estadual	962,91	02 AIHs	Repactuação de 02 AIHs de Francisco Beltrão para Manfrinópolis, e pactuação dessas 02 AIHs com Pranchita
13-Barracão	Gestão Estadual	488,71	01 AIH	Repactuação de 01 AIH de Barracão para Bom Jesus do Sul e pactuação dessa AIH com Pranchita
14- Pinhal de São Bento	Francisco Beltrão	981,14	01 AIH	Pactuação de 01 AIH de Pinhal de São Bento com Francisco Beltrão.

101 **2.2 Habilitação/credenciamento de serviços:**

102 Aprova habilitação da Policlínica Pato Branco, como serviço de Traumatologia e Ortopedia e como Serviço de
 103 Traumatologia e Ortopedia de Urgência; Aprova a habilitação do Hospital e MATERNIDADE Nossa Senhora da
 104 Luz/Associação Missionária de Beneficência de Medianeira, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade
 105 em Terapia Nutricional Enteral; APROVA a habilitação de 15 leitos de UTI Coronariana do Hospital Nossa Senhora
 106 do Rocio/Maternidade Cirurgia Nossa Senhora do Rocio, no município de Campo Largo; 01 NASF Modalidade I –
 107 NASF 1 – Município de Paranaguá;01 NASF Modalidade II – NASF 2 – Município de Iretama;- 01 NASF
 108 Modalidade II – NASF 2 - Município de Boa Vista da Aparecida;- Conversão de NASF III para NASF II dos
 109 municípios de: Ampere, Barbosa Ferraz e Marilândia do Sul; Aprova a Habilitação de 01 CAPS AD –
 110 Prudentópolis;

111 **2.3 Implantação/Ampliação ESF/ACS/Saúde Bucal:**

112 **Janeiro-2012**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ESF	Almirante Tamandaré	-	02
	Santa Maria do Oeste	-	01
S.Bucal Mod. I	Ampere	-	01
S.Bucal Mod. II	Almirante Tamandaré	02	

113 **Fevereiro 2012**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	Vitorino	-	06
	Toledo	-	24
ESF	Vitorino	-	01
	Ponta Grossa	-	11
S.Bucal Mod. II	Vitorino	01	
S.Bucal Mod. I	Ponta Grossa	-	11

114 **2.4 Plano de Trabalho do LACEN:** Aprova o Plano de Trabalho do LACEN que prevê as ações laboratoriais de
 115 vigilância sanitária relacionadas a eventos de massa

116 **2.5-UPA- recebimento Início de Ordens de Serviços -** Deliberação nº 034/2012- Ratificação do recebimento da
 117 Ordem de Início de Serviço da Unidade de Pronto Atendimento do município de São José dos Pinhais.

118 **2.6-Projetos – Emendas Parlamentares e/ou outros:** Seleção de Projetos de Instituições de Educação Superior
 119 no Programa de Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-PRO - SAÚDE e articulado ao
 120 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde de acordo com Edital nº 24-15/12/11 do
 121 Ministério da Saúde, com parecer da CIES-Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço:1- Del nº 029-
 122 Faculdades Pequeno Príncipe em conjunto com a SMS de Curitiba;2- Del nº 030-Universidade Estadual de Ponta

123 Grossa em conjunto com a SMS de Ponta Grossa;**3-Del nº 031-Universidade Estadual de Londrina, em conjunto**
 124 **com as SMS de: Londrina, Iporã e Cambe;****4-Del nº 033-Universidade Estadual de Maringá em conjunto com as**
 125 **SMS de Maringá e Marialva.**

126 **3-Discussão/Pactuação**

127 **3.1 COMSUS: Rene** solicita a fala, antes da apresentação do COMSUS para fazer um resgate do planejamento
 128 estratégico da SESA, para que as pessoas entendam como os programas conversam entre si: APSUS.
 129 HOSPSUS, COMSUS. Citou o que já foi apresentado como plano de governo, que foram definidas ações
 130 estruturantes para as redes de atenção a saúde, que ganharam a conformação de programas, que neste período
 131 do mandato estão trabalhando com foco em 07 grandes programas, 07 grandes ações estruturantes, dos quais,
 132 03 já foram lançados: HOSPSUS, que visa à qualificação da atenção hospitalar em todo o Estado, o APSUS, que
 133 visa à qualificação da atenção primária, em todo o Estado, a Farmácia do Paraná, que visa qualificar, ampliar e
 134 dar a condição logística necessária para as questões da assistência farmacêutica no Paraná, especificamente as
 135 farmácias especiais e hoje será apresentado o COMSUS, Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de
 136 Saúde com foco no funcionamento dos centros de especialidade de atenção secundária, que ainda terá um
 137 programa voltado à vigilância em saúde; outro focado fortemente na educação permanente em saúde-
 138 EDUCASUS; outro programa que visa à estruturação da rede própria dos hospitais do estado, incluindo os
 139 Hospitais Universitários. Falou que esses programas têm como objetivo dar a base necessária para as 05 Redes
 140 de Atenção a Saúde: Rede Mãe Paranaense, Saúde Mental, Pessoa Idosa, Pessoa com Deficiência, Rede
 141 Urgência e Emergência, que olhando para esse elenco de atividades, se vê a conformação do conjunto de ações
 142 estruturantes, principalmente para se definir todos os pontos de atenção a saúde, das cinco redes, que o
 143 COMSUS é o foco de atenção sob a atenção a saúde secundária, que é um ponto de queixa da população em
 144 relação ao SUS em relação à falta de acesso a consultas, exames especializados, a demora para esse
 145 atendimento, a falta de linha de cuidado que muitas vezes não se tem continuidade no tratamento, que este é um
 146 ponto central para se discutir nacionalmente, que este é o grande vazio de políticas públicas que se tem hoje no
 147 Brasil. Com a proposta do COMSUS se coloca, dentro do contexto de um ponto de atenção à saúde, a questão da
 148 atenção secundária que será base tanto para a Rede Mãe Paranaense, Urgência e Emergência e as demais
 149 redes. Que a proposta que será apresentada representa um aporte de recursos com o compromisso de implantar
 150 e trabalhar dentro desse recurso, as cinco redes. **Isaias** inicia a apresentação esclarecendo sobre a sigla
 151 COMSUS, que é com "M", pois representa a participação dos municípios e "COM", no sentido de "COM O SUS",
 152 cuja missão é contribuir com o desenvolvimento da atenção secundária à saúde, em todas as regiões do Paraná,
 153 para atender as necessidades da população nas Redes de Atenção à Saúde. Coloca que os consórcios
 154 intermunicipais de saúde, desde a década de 1990, fazem parte da história do SUS no Paraná prestando
 155 assistência especializada ambulatorial em consulta e exames especializados. Colocou em relação à estrutura
 156 atual dos consórcios: Instalações Físicas: próprias, alugadas, cedidas e em mais de um endereço e em muitos
 157 casos, situação de conservação e manutenção deficiente; Materiais e Equipamentos: próprios, cedidos pelo
 158 estado e/ou municípios, adquiridos com recursos próprios ou através de emendas parlamentares, também em
 159 condições desfavoráveis; Recursos Humanos: várias modalidades de vínculo. Em relação ao Financiamento atual
 160 dos consórcios: Contribuição dos municípios: várias modalidades; Contratos custeados pelo tesouro do Estado
 161 60% consultas e exames e 40% órteses e próteses; Convênios e Contratos com a SESA. Recursos de Emendas
 162 Parlamentares. Informou que os consórcios cobrem as 22 regionais de saúde, sendo que em algumas, existe mais
 163 de um consórcio. Relatou que o COSMSUS trabalhará três grandes componentes: 1-Custeio: Incentivo financeiro
 164 proporcional à população e considerando o Fator de Redução das Desigualdades Regionais para Alocação de
 165 Recursos Estaduais; 2-Estrutura: Recursos Financeiros para investimento em Obras de Construção e Reforma e
 166 Ampliação dos CIS; 3- Capacitação: Implantar processo de qualificação gerencial em parceria com os CIS e
 167 ACISPAR. Expôs como será trabalhado o processo de implementação do COMSUS no Paraná: No mês de Março
 168 será apresentado na CIB e CES; no dia 28/03 será realizada um Seminário com a participação o de todos os CIS
 169 e Associações Intermunicipais de Saúde do Estado para validar o Termo de Adesão ao COMSUS; No dia 11/01
 170 será o Lançamento do Programa e nos meses de Abril e Maio será trabalhada a formalização dos termos de
 171 adesão e formalização dos Convênios junto aos Consórcios. Apresentou a planilha com a previsão dos recursos
 172 financeiros para cada um dos 24 Consórcios do Estado do Paraná, que o critério que foi utilizado foi o critério da
 173 população de toda a região de saúde e o fator de correção das desigualdades regionais, por isso regiões de
 174 população parecida tem valores de repasses diferenciados, que o índice foi elaborado município a município que
 175 compõem, a região do consórcio e foi feita uma média. No incentivo de custeio esta previsto para implementar
 176 serviços focados nas Redes de Atenção, por exemplo: ambulatório de gestação de alto risco, trabalhar a saúde
 177 bucal na área da especialidade, organizar serviços para as linhas de cuidados prioritárias em cada uma das
 178 regiões. Colocou que esse recurso oportunizará que todos os consórcios tenham recursos financeiros e que na
 179 maioria dos consórcios, este recurso, será maior do que já recebem e outros que nunca receberam. O total desse
 180 recurso mês, para os 24 Consórcios, é 1.122.000,00 para incentivo financeiro. Os recursos para investimento em
 181 obras, neste ano, será de 9(nove) milhões de reais, para os consórcios de: Toledo, Pato Branco, Apucarana e
 182 Região Metropolitana, colocou que os recursos de investimento para equipamento, todos os consórcios receberão,
 183 independente do número de consórcios por região, e que os consórcios de Londrina, Cascavel, Maringá e Região
 184 Metropolitana, que são macrorregiões, receberão 500 mil reais, o consórcio Campos Gerais, por atender duas
 185 regiões de saúde receberá 200 mil reais e os demais receberão 100 mil reais. O total de investimento no

186 COMSUS previstos para 2012 é de R\$ 26.600,000, 00 reais, com recursos do tesouro do Estado. **Rene**
187 complementa com alguns aspectos, que para a SESA são fundamentais, colocando que no processo de adesão,
188 serão valorizadas as propostas serão construídas em cada região, que é necessário, de forma clara, romper uma
189 forma de falar, que talvez represente uma forma de compreender o papel dos consórcios que se refere à
190 concepção que existem as secretarias municipais de saúde de uma região e os consórcios, existe sim, um
191 consórcio, que foi formado a partir dos municípios, pelos interesses voltados a área da saúde e que se uniram
192 para formar o consórcio, que o consórcio abrange o interesse do conjunto dos municípios da região, na área da
193 saúde e que em cada consórcio se contempla a totalidade da população daquela região. Em algumas regiões será
194 necessária uma conversa sobre isso, pois existem consórcios que abrange os municípios, porém, não abrange o
195 município sede e cada região terá que resolver esse problema no espaço regional de governança, que é CIB
196 Regional é que é na CIB Regional onde se estabelece o planejamento regional e as prioridades que os consórcios
197 executarão que todo o processo de adesão passa pela avaliação da CIB Regional, que não é o consórcio que
198 definirá quais as prioridades e sim na governança regional é que se definem essas prioridades, sejam
199 equipamentos, investimentos, como se utilizará os recursos e quais as áreas de iniquidades serão priorizadas e
200 que essa colocação se deu porque nem todas as regiões têm essa leitura de forma clara e nas regiões onde se
201 tenha certo contencioso se espera que esse recurso seja indutor da boa vontade de entre todos de se
202 entenderem. Em relação à política de investimento por região não será possível uma política de investimento
203 desdobrada em vários pontos e sim concentrada em um ponto e vai ter que haver um consenso em lugares onde
204 existirem, na mesma região, mais de um consórcio atuando sobre o mesmo território, tendo que se estabelecer a
205 prioridade em relação ao investimento. Colocou que este recurso não esta sendo proposto para resolver os
206 problemas financeiros do consórcio, e sim colocar recursos na região para dar resposta a organização das redes,
207 que o compromisso que se dará para este recursos, é que cada consórcio deverá ter ambulatórios de gestação de
208 alto risco, equipes multiprofissionais para atuar com a pessoa idosa, com pessoas com deficiência, parcerias para
209 questões de saúde mental, urgência/emergência, que isso representa compromissos novos. Esclareceu que a
210 programação SIA, não vai competir com esse recurso, que rodará por outra fonte, e que será pela média do
211 executado e não de uma programação fechada com execução de apenas 1/3. Rene pede aos secretários
212 municipais que participem dessa discussão, que a coloquem na CIB Regional na pauta permanente de discussão,
213 que a discussão do desenho regional para o COAP Regional esta fundamentado nisso, que o trabalho dos
214 secretários executivos é importante, porém mais importante é o papel das secretarias municipais na discussão nas
215 CIB Regionais para definir caminhos de prioridades, lembra que o Estado coloca um conjunto de prioridades
216 quando repassa os recursos, porém a natureza de cada região definirá as linha de cuidado e as linhas de
217 referência, caso as regiões não consigam suprir as linhas de cuidado e as referências, quatro consórcios, com
218 investimentos específicos: Curitiba, Cascavel, Maringá e Londrina serão referências e isso se dará por pactuação
219 e por ser referência recebem um incentivo diferenciado para equipamentos de 500 mil reais e que esses
220 equipamentos devem buscar dar um resolutividade na linha de cuidados que não tenha nos consórcios para os
221 quais esta sendo referência. Colocou sobre a Oficina com os Consórcios que acontece dia 28/03 e que se espera
222 com o COMSUS induzir um processo, que ao final de um determinado tempo, se tenha todas as regiões do
223 Estado desenhadas a partir dos consórcios e do planejamento regional para a questão da atenção secundária e
224 que na questão de investimento, se consiga dentro do Plano Plurianual até 2015, Centros de Especialidades
225 funcionando dentro de um mesmo padrão, que seja semelhante no Estado todo, que não se pode mais trabalhar
226 com a idéia de consórcios que podem fazer mais ou menos e sim consórcios que devem trabalhar com um padrão
227 de qualidade em todas as regiões e os consórcios serão uma grande ferramenta para isso e quem sabe criar um
228 modelo a ser seguido no Brasil, pois, essa área, na pesquisa de avaliação do SUS, é a que tem mais critica pela
229 demora no acesso, a demora do atendimento e a não resolutividade e se olharmos com mais cuidado o transito
230 de pessoas que viajam o Estado todo para concluir a linha de cuidado, na atenção secundária, diminuirá. **Nardi**
231 parabeniza o Estado por essa proposta, pela homogeneidade que esta se dando o repasse dos recursos, porém se
232 deve cobrar dos secretários a participação nas discussões regionais, que hoje o grande nó de estrangulamento
233 que se tem nos municípios ainda são as consultas, exames especializados da média complexidade e que na alta
234 complexidade hoje, em comparação com a média complexidade, se tem poucos problemas e por isso a
235 necessidade dos secretários se envolverem com seus consórcios para decidir e deliberar aonde os recursos serão
236 aplicados principalmente a resolutividade dos 5 projetos macros: de falar da saúde mental, de exigir projetos de
237 CAPS regionais, do atendimento psicológico em grupo; a questão da odontologia especializada; da gestação de
238 alto risco; da pessoa com deficiência e da urgência/emergência, na regionalização do SAMU. Coloca que
239 amarrando essas 05 ações deve ser acompanhado em comissões, assim como é realizado no HOSPSUS, que
240 esse é o objetivo e que o **COSEMS aprova o COMSUS**, deixando claro que é nas CIB's regionais que deve ser
241 discutido a aplicação dos recursos e avaliando a resolutividade. **Rene** coloca que um dos componentes da
242 proposta é a capacitação e reforça a parceria com a ACISPAR, nos moldes que foi realizado com FEMIPA, e que
243 essa capacitação tem que ser voltada para a questão de gerenciamento com foco em planejamento regional em
244 saúde, reforçando a formação dos gestores com olhar para o planejamento regional, inserindo, principalmente
245 com os gerentes dos consórcios, o entendimento da importância das redes de atenção a saúde, tirando o foco da
246 oferta de serviços, que é importante, porém voltar o olhar para planejamento regional, no desenho de linha de
247 cuidado e redes de atenção a saúde, com o objetivo de estabelecer um plano do desenvolvimento regional na
248 atenção secundária, pois além dos recursos se quer capacitar um processo novo de abordagem dos consórcios
249 como uma grande ferramenta gerencial de planejamento regional.

250 **3.2 – Redes de Atenção Materna - Infantil Mãe Paranaense: Márcia Huçulak** inicia falando sobre a logomarca
251 da Rede Mãe Paranaense, cuja mensagem é: O Paraná nasce com saúde, relatando que chegaram a essa
252 logomarca após um belo trabalho realizado em pela Superintendência de Vigilância em Saúde, digno de
253 publicação em revista de estudo epidemiológico, que foi um estudo da mortalidade materno - infantil no Paraná, de
254 2006 a 2010, como também, uma análise de todo atendimento da gestação e da criança. Relatou que o estudo
255 constatou que 86% das gestantes no Paraná fazem 07 ou mais consultas de pré-natal, quase que a totalidade das
256 gestantes faz pré-natal, que o problema não é de acesso, porém, mesmo realizando sete ou mais consultas, as
257 gestantes têm seus bebês com sífilis congênita e desde 2006, ano a ano, tem aumento de casos, questionou
258 sobre o porquê isso ocorre, pois o exame VDRL é acessível, é uma doença facilmente detectável e o tratamento
259 esta no rol dos medicamentos na atenção básica, que todas essas gestantes tem parto hospitalar, tem leito
260 hospitalar. Colocou que o problema esta na conduta, no processo, que o Paraná esta no momento de imprimir
261 qualidade, que o momento do acesso foi vencido, que essas mesmas gestantes, dentro dos estudos realizados
262 dos óbitos maternos, constatou-se que são 85% das mortes são evitáveis e quando analisadas causam tristeza.
263 Coloca que a Rede Mãe Paranaense quer enfrentar os desafios da qualidade e por isso, a mensagem: Paraná
264 Nasce com saúde quer justamente que a reprodução da vida, no Paraná, seja motivo de alegria e não de tristeza
265 na vida das pessoas, que se produzam vidas com qualidade. Apresentou em seguida o mapa estratégico da Rede
266 Mãe Paranaense, tendo como missão: Garantir acesso e atenção a saúde, promovendo o cuidado seguro e de
267 qualidade na gestação, parto, puerpério e as crianças menores de um ano de idade; como visão: Ser até 2020, o
268 Estado com uma Rede Materno-Infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões do
269 Estado com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis, coloca que infelizmente não se
270 podem zerar os óbitos infantis, porém é inconcebível que no Paraná, que é desenvolvido, com IDH alto, com uma
271 boa condição de vida que se tenha óbitos evitáveis pelo descaso dos profissionais de saúde com sucessões de
272 erros no atendimento das gestantes e do bebê; como valores foram colocados: Compromisso, Ética, Vínculo e
273 Humanização; como compromisso com a sociedade: reduzir a mortalidade materno-infantil e garantir o
274 funcionamento da rede de atenção materno-infantil em todo o Estado. Como objetivos: Garantir para todas as
275 gestantes, assistência no pré-natal com qualidade (consultas e exames); Implantar a Classificação de risco das
276 gestantes para o acompanhamento da gestante no ambulatório de gestação de risco e a vinculação do parto ao
277 hospital mais adequado a sua classificação; Implantar a Classificação de risco das crianças menores de 01 ano,
278 para seu monitoramento. Colocou que a grande mudança, no processo de trabalho das equipes de atenção
279 primária, na estratégia de enfrentamento na área de atenção materno-infantil, é a classificação de risco das
280 gestantes e que quem irá realizar essa classificação é a atenção primária, que não adianta organizar a porta
281 hospitalar, pelo HOSPSUS, das gestantes de risco, se a gestante, que é de risco não chega nessa Unidade para
282 ser atendida e que não se deve colocar uma gestante de risco para ganhar seu bebê numa unidade de baixo
283 risco, por isso classificação de risco é fundamental; Implantar a Classificação de risco das crianças menores de 1
284 ano, para o seu monitoramento. Continuando a exposição, colocou que quando se levantam os dados do
285 SISPRENATAL, 50% das gestantes iniciam seu pré-natal em até 120 dias, que se tem um grande número de
286 gestantes iniciando o pré-natal tardiamente o que implica num bom acompanhamento da evolução desse pré-
287 natal. Colocou que para o lançamento Mãe Paranaense, a SESA disponibilizará para todos os municípios a
288 carteira da gestante e da criança e que não será obrigatória que os municípios usem essa carteira, desde que
289 tenham uma carteira com os dados principais como: informações básicas sobre o pré-natal, os exames realizados
290 e se não tiver, terá que ter a vinculação do parto, para que no início do pré-natal, na classificação de risco, a
291 gestante saiba onde ganhará seu bebê, pois em qualquer situação, ela e outras pessoas, saibam onde ela terá
292 que ser encaminhada para o serviço apontado na carteira. Colocou que essa carteira tem o selo da SOGIPA,
293 ABEN e da Sociedade de Pediatria, que foi analisada por essas três Entidades que ajudaram na construção dessa
294 carteira, que tem as informações necessárias para atender adequadamente a gestante para que, quando ela
295 chegar ao hospital se tenha as informações do seu pré-natal. Relatou que serão contratualizados, o que está
296 sendo chamado de HOSPSUS- Fase 2, que é o Mãe Paranaense, os Hospitais de risco habitual e intermediário,
297 que na fase 1 do HOSPSUS, foram elencadas as maternidades e hospitais de referência, para gestão de alto risco
298 e que nessa fase estão sendo trabalhado, com as CIBS Regionais, a indicação de hospitais que tem condições de
299 atender gestantes de risco habitual e intermediário e que para isso será instituído um incentivo de qualidade ao
300 parto, as maternidades que serão vinculadas, que atenderem aos requisitos para atender crianças e gestantes
301 receberão esse incentivo e serão contratualizadas, com metas para atendimento. Mostrou o desenho os pontos de
302 atenção a Rede Mãe Paranaense, que na atenção primária já foram realizadas as oficinas do APSUS, voltada
303 para a Rede Mãe Paranaense, que com o COMSUS, será trabalhado os ambulatórios de referência de criança e
304 gestante de risco, que os consórcios têm que ser parceiros do gestor montando seus ambulatórios de gestantes e
305 crianças de risco e o HOSPSUS que já trabalha os hospitais de risco, que falta trabalhar a casa das gestantes,
306 que este ano terá mais recursos para a implantação de UTI neonatal e UTI adulto. Esses 03 programas: APSUS,
307 COMSUS e HOSPSUS dão sustentação a Rede Mãe Paranaense, que para o acompanhamento das crianças de
308 risco até um ano de vida será trabalhado: a implantação classificação de risco para definir o monitoramento, o
309 acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e a implantação da Carteira da Criança. Colocou
310 que na análise da mortalidade materno - infantil no Paraná, quando se iniciou essa análise, se trabalhava com o
311 que se tem na literatura: o alto risco e o risco habitual, porém, o Paraná tem uma característica diferente pela
312 condição de vida das pessoas. Quando se analisou os dados de mortalidade dos 05 anos se percebeu que ser
313 mãe negra, indígena, analfabeta ou com menos de 03 anos de estudo, ser mãe com menos de 15 anos ou mais

314 de 40 anos, ser mãe com menos de 20 anos e história de uma perda anterior, esses grupos representam duas
315 vezes e meia a mais a mortalidade no Paraná, e que tirando esses grupos à mortalidade infantil cairia para 9.5 por
316 mil nascidos vivos no Paraná e também o coeficiente de mortalidade materna seria reduzido à metade o que
317 significa que se tem que olhar diferente para esses grupos, e por esse motivo foi criados 03 grupos de
318 estratificação tanto para as mães como para as crianças, que se tem colocar foco nesses grupos para se mudar
319 os indicadores. Colocou que dentro dessa estratificação foi criado: Risco Intermediário que significa: Gestantes
320 que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais, sócio-demográficas e de história
321 reprodutiva anterior, relacionados a seguir: Gestantes negras ou indígenas; Gestantes com menos de 15 anos e
322 mais de 40 anos; Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; Gestantes com menos de 20 anos
323 com um filho morto anteriormente e Gestantes com menos de 20 anos com mais de três filhos. As gestantes
324 classificadas com risco intermediário deverão ser vinculadas aos Hospitais de Risco Intermediário essa gestante
325 terá suporte no ambulatório para gestação de risco intermediário, com profissional gineco obstetra dando suporte
326 para a atenção primária e que será disponibilizado, para cada um dos 24 consórcios, um cardiocógrafa, para
327 este ambulatório, onde essa gestante, além de ser acompanhada na atenção básica terá acompanhamento no
328 risco intermediário, pelo consórcio. Alto Risco - Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a
329 seguir: Condição clínica pré-existente; Hipertensão arterial; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias;
330 Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia;
331 Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias;
332 Obesidade mórbida Cirurgia bariátrica Psicose e depressão grave ou desenvolve na gravidez. Colocou que a
333 classificação de risco é dinâmica, não é estática, que deve classificar risco cada vez que a gestante volta para a
334 Unidade de Saúde, pois, essa gestante pode mudar a classificação de risco, com novas patologias. Explicou que
335 em sabendo que a gestante pode ser de risco habitual, intermediário e alto risco, tem que se vincular essa
336 gestante no conceito de rede: paciente certo, no lugar certo, na hora certa, com custo certo e com a qualidade
337 certa, se a gestante for de risco não pode ser vinculada a um hospital de pequeno porte, sem uma UTI Neonatal e
338 adulto, tem que se vincular essa gestante a um hospital de alto risco. Esclareceu que foi trabalhado a definição de
339 hospitais de risco habitual, intermediário e alto risco, que de alto risco são os 44 hospitais do HOSPSUS que em
340 toda região do Estado se tem uma referência para gestação de alto risco. Colocou que o que se precisa agora
341 discutir, nas macrorregionais de saúde discutir quem são esses hospitais, que dos 400 hospitais que atendem
342 SUS no Paraná, 350 realizam partos, com hospitais que realizam 01, 05, 06, 10 parto ao ano a 3.000/4.000 partos
343 ano, que na mesma cidade pode existir mais de um hospital que fazem um faz 10, outro 12, outro 15 partos ao
344 ano, que na realidade nenhum faz nada e quando se analisa a história da morte das gestantes no Paraná se
345 constata que essas morrem dentro do hospital e na hora do parto e que ai tem um problema na assistência e que
346 tem a ver com a ausência do profissional na hora do parto. Colocou que a escolha pela sociedade brasileira e
347 paranaense é pelo parto hospitalar e não domiciliar, como acontece em alguns países, onde esse tipo de parto faz
348 parte da cultura, portanto, os hospitais que forem contratualizados para fazer parto terão que ter um médico e uma
349 em enfermeira 24 horas, que em parceria com a SOGIPA e a ABEN, esses profissionais serão capacitados para
350 realizar partos, para corrigir uma deficiência no Paraná, onde os profissionais já não sabem mais acompanhar
351 trabalho de parto. Colocou que tem uma questão que terá que ser enfrentada no Paraná onde todos os prefeitos
352 querem que seus cidadãos nasçam em sua cidade, porém isso pode significar que nascer na cidade pode
353 significar morrer logo em seguida, que o Paraná esta com decréscimo da taxa de nascidos vivos, que de 1990 a
354 2011, a curva é descendente, que tiveram 56 mil a menos nascidos vivos no Estado e ano a não vem caindo, que
355 a taxa de fecundidade é baixa, 1.45 e que não esta sendo repostada a população e que além de tudo esta se
356 matando os bebês, porque 70% dos óbitos é neonatal, até 28 dias de vida e 80% desses, até 6 dias de vida dentro
357 dos hospitais e má qualidade, são gestações prematuras, muitas vezes por uma cesárea mal indicada, sacada
358 muito cedo, um bebê baixo peso, que vai a UTI e a óbito. O hospital de risco intermediário vai ter que o gineco
359 obstetra, pediatra, anestesista e enfermeira, pois, precisa se realizar intervenções de cesárea para gestantes
360 adolescentes que tem indicação ou uma gestante que tem uma situação mais complexa, que o alojamento
361 conjunto será trabalhado com todos os hospitais como também a comissão interna de prevenção de mortalidade
362 materna infantil. Relatou sobre a capacitação dos profissionais em parceria com a SOGIPA, ABEN e Sociedade de
363 Pediatria que estão propondo com a SOGIPA e Sociedade de Pediatria a realização do ALSO, curso de
364 reanimação de recém-nascido, curso esse que trabalha as emergências obstétricas; que no dia 02 de maio, não
365 será apenas o lançamento da Mãe Paranaense que também terá um momento de capacitação e que após terão
366 capacitações macrorregionais. Esclareceu que o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, porém no Paraná a
367 Rede Cegonha chama-se Mãe Paranaense, que não tem dois programas distintos, que a Rede Cegonha não
368 trabalha com classificação de risco e não define a vinculação do parto em relação à classificação de risco, como
369 na Rede Mãe Paranaense, que a Rede Cegonha não esta colocando recursos, nesse primeiro momento, a não
370 ser na região metropolitana de Curitiba e que a Mãe Paranaense é para todo o Paraná, que estão sendo usados
371 os recursos propostos pela Rede Cegonha para a vinculação da gestante de 10 reais e o recurso de 54,4 reais
372 para a realização dos exames de pré-natal, que os municípios receberão e que a SESA alocará recursos nos
373 ambulatórios de gestação de alto risco dentro do COMSUS, nos hospitais de alto risco do HOSPSUS, onde será
374 colocada programação para isso, o incentivo de qualidade ao parto para contratualizar os hospitais de risco
375 habitual e risco intermediário dentro dessa tipologia. Colocou que o SAMU vai transportar gestante em trabalho de
376 parto, que serão capacitadas as equipes para realizar esse atendimento. Colocou que os municípios vão aderir ao
377 Mãe Paranaense através do Termo de Adesão, que os municípios não serão obrigados a aderir, porém em não

378 aderindo não receberão incentivo para a atenção primária e nem investimento para a atenção primária, que
379 querem pactuar a implantação da classificação de risco da gestante e da criança menor de 1 ano;vinculação do
380 parto ao hospital conforme tipologia estabelecida pela SESA;implantação da carteira da gestante e da
381 criança;Incentivo a Qualidade ao Parto para os hospitais, que não esta definido o valor que para isso esta se
382 depende da lista que esta sendo discutida nas CIBs Regionais, que esta sendo discutido um incentivo mensal
383 para os hospitais contratualizados, que entrarem na rede, que este recurso só pode ser repassado para Hospitais
384 públicos e filantrópicos, que se tem também hospitais privados e por isso a dificuldade em se definir esse incentivo
385 nos casos em que não tiver outra opção e a adesão a capacitação – APSUS e Mãe Paranaense.**Marina** coloca
386 que por parte do COSEMS a Rede Mãe Paranaense esta aprovada.

387 **3.3-Incentivo Estadual para a Atenção Primária em Saúde: Márcia Huçulak** inicia colocando que rede só se
388 constrói com uma atenção primária organizada e ordenadora do cuidado do cidadão, que é fundamental apoiar as
389 estruturas da atenção primária. Nesse sentido, coloca que se quer organizar as ações da atenção primária em
390 todos os municípios do Paraná para promoção do cuidado da população em todos os ciclos da vida, que
391 infelizmente se tem municípios que não atendem gestantes nas Unidades de Atenção Primária que essa gestante
392 é atendida no hospital porque não tem gineco obstetra, que pré-natal não requer gineco obstetra, que uma boa
393 enfermeira e um bom profissional médico generalista capacitados, atendem gestante de risco habitual, que
394 atenção pré-natal deve ser realizado em todas as unidades de atenção primária e não concentradas, colocou que
395 pré-natal e acompanhamento a crianças são altamente sensíveis a distância , pois a gestante não vai a unidade
396 se é distante, até mesmo para levar seu filho a não ser que tenha queixa, no caso de um sangramento, cólica.
397 Colocou que também que tem se trabalhar para melhorar os indicadores, que o Paraná tem quase77% de
398 condições crônicas e para dar conta disso tem que organizar a atenção primária, e nesse sentido esta sendo
399 colocado como processo da atenção primária: a qualificação as equipes de atenção primária a saúde por meio de
400 processos de educação permanente, desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e
401 serviços da à Atenção Primária em Saúde, estabelecer um padrão de ambiência para a realização das atividades
402 das unidades de atenção primária em saúde, no Paraná e estruturar a atenção primária para que seja a
403 coordenadora do cuidado das Redes. Colocou a proposta de um novo incentivo da atenção primária, que a partir
404 de hoje vira a página no Paraná, na atenção primária, com esse novo incentivo para custeio e de investimentos e
405 que os municípios serão contratualizados com metas estabelecidas a serem alcançadas. Falou sobre os
406 indicadores trabalhados no fator de desigualdades no Paraná, já aprovados na CIB de fevereiro/ 2012 e que estão
407 disponíveis na página da CIB/PR- www.saude.pr.gov.br, mostrando a planilha, de classificação dos municípios do
408 Paraná, por ordem do mais carente ao menos carente, que quando se olha para os agravos se observa que os
409 municípios são sempre os mesmos, pois são municípios que são diferentes no Paraná e que não podem ser
410 tratados igualmente, que não se pode tratar municípios apenas pelo fator populacional, e que mesmo, entre
411 municípios com o mesmo porte populacional, existem diferenças, que esse ranqueamento mostrou diferenças
412 grandes de estruturas entre os municípios, por isso não podem ser tratados igualmente, que essa lógica é que
413 será trabalhada, a lógica da equidade, isto é, dar mais a quem mais precisa e que será trabalhado, nessa lógica,
414 todo o incentivo, na atenção primária, de custeio e investimento e que com base nesse fator da redução das
415 desigualdades foi trabalhado um novo incentivo para a atenção primária aos 399 municípios do Paraná. Relatou
416 que hoje a SESA repasse aos municípios, de mil reais e 500 reais, por equipes de saúde da família e saúde bucal,
417 respectivamente e que não será mais repassado recursos dessa foram, o que não significa acabar com as equipes
418 e que a manutenção e a ampliação das equipes serão indicadores de monitoramento e que através de uma
419 avaliação quadrimestral onde será avaliado se o município tem as equipes ou as diminuiu, o repasse será
420 suspenso. A segunda mudança é em relação ao número de municípios que recebem recursos da SESA, que hoje
421 são 365 e que de ora em diante serão 391, o primeiro corte foi o populacional, ou seja, municípios com população
422 acima de 250 mil habitantes, que em geral são municípios maiores e com melhores condições e municípios com
423 fator de redução das desigualdades, acima de 7.5, pois quem esta nesse patamar, esta acima da média do
424 Paraná e que pela limitação do orçamento, esse corte foi necessário. Colocou que os municípios estão no patamar
425 de 7.5, foram excluídos do custeio, porém não serão excluídos da proposta de capacitação e investimento, que
426 com isso, 162 municípios receberão valor maior que recebiam levando em conta o fator das desigualdades,
427 apontando que esses municípios precisam ter um aporte maior e que na aplicação do fator das desigualdades,
428 quando se depararam com os recursos que já eram repassados aos municípios pela SESA, o valor das antigas
429 Unidades da mulher e da criança, oito mil reais, desiguou a construção do fator das desigualdades, porém não
430 serão retirados esses recursos, mesmo que esses municípios fiquem com um valor a mais do que receberiam com
431 aplicação do fator de desigualdades, pois o objetivo é uma política progressiva e que 26 municípios que não
432 recebiam nada, passarão a receber. Falou que foi definido um piso e um teto, pois tem municípios com uma
433 população muito pequena e que aplicando o fator ficariam muito abaixo, portanto nenhum município no Estado
434 receberá menos de dois mil reais mensal para custeio da atenção primária e um limite de quinze mil reais para
435 aqueles municípios que passam a receber ou ampliam, pois terão casos com mais de 15 mil, por conta dos
436 recursos já recebidos das Unidades da Mulher e da Criança, e que quem estiver nesse patamar terá seu teto
437 congelado, sem novos recursos, até que os demais atinjam esse patamar. Mostrou a planilha com os valores dos
438 incentivos mensais, que estará disponível no site da CIB/PR, que nenhum município perde, uns mantém o valor
439 outros cresce valor. Colocou que os valores são diferentes, pois, foi trabalhado com um percapta para balizar a
440 proposta: percapta maior para os municípios que tem o fator de redução muito baixo e percapta menor para os
441 municípios que tem redução mais alta. Os municípios excluídos dos recursos para custeio foram: Curitiba,

442 Cascavel, Maringá, Londrina, São José dos Pinhais, Araucária, Ponta Grossa e Foz do Iguaçu, pois estão no
443 critério: população acima de 250 mil e pontuação acima de 7.5. Colocou que na mesma lógica foi trabalhada a
444 política de investimento, que para a questão do custeio, em 2012, serão 30 milhões no orçamento, sendo dois
445 milhões e meio mensais, que esse repasse não pôde ser a partir de 2011, pois o orçamento foi herdado da gestão
446 anterior e que não tinha condições de aportar, e que esses 30 milhões, para custeio, mostram a aposta da gestão
447 na atenção primária e que ao longo dos anos, com o fator das desigualdades e o repasse dos recursos, poderem
448 avaliar as mudanças ocorridas nos municípios, e para investimento serão mais 30 milhões para investimento para
449 construção e ampliação de Unidades de Atenção Primária em Saúde, na mesma lógica foi definido que dos 399
450 municípios, foram excluídos da lista os municípios que já receberam recursos para a construção das Unidades da
451 Mulher e da Criança, em anos anteriores, que em 2011, foram repassados recursos para mais 80 Unidades, com
452 isso, sobraram 182 municípios que não tiveram investimentos e para esses, foi usado o fator de redução das
453 desigualdades para ranquear os 80 primeiros, pois dos 30 milhões, 20 milhões são para construção e 10 milhões
454 para ampliação, que foi definido um padrão de ambiência para as Unidades, com um padrão mínimo de 250
455 metros quadrados para dar uma condição de qualidade para receber as pessoas, com uma área para que as
456 pessoas não fiquem no tempo, uma área para realizar grupos, espaço saúde, que os projetos que os municípios
457 devem encaminhar para a SESA é de 500 mil reais, o que exceder a isso, é por conta do município e para a
458 ampliação o limite por município é de 250 mil reais e o excedente a este recurso também é por conta do município,
459 tendo que deixar claro no projeto, caso exceda, o que é a parte do Estado e o que é a parte do município. Mostrou
460 a lista dos 80 municípios, que também estará disponível na página da CIB, que os municípios terão até 20 de Abril
461 para manifestação do interesse e que se, dentre os 80, tiver algum município que não tenha interesse, a lista corre
462 para frente, uma vez que todos estão ranqueados. Relatou que a SESA esta trabalhando uma forma de repasse
463 fundo a fundo para investimento, que esta se dependendo de uma análise do Tribunal de Contas do Estado e se
464 tiver que ser por convênio, por ser ano eleitoral, se tem um prazo até final de junho, por isso tem que ser rápido e
465 que se o recurso do custeio e investimento, for bem gasto, pode-se ter um aporte de mais 15 milhões no
466 orçamento com os recursos do projeto realizado com o Banco Mundial e neste caso se amplia a lista de obras
467 novas e ampliação. Falou sobre a ambiência das Unidades, que esta sendo colocada na estrutura uma sala de
468 vacina, que estão sendo comprados equipamentos, através de registro de preços para as Unidades de Atenção
469 Primária e cada conjunto de equipamentos custará R\$ 92.500,00, reforça que com a capacitação, com o custeio,
470 investimento e equipamentos se aposta com numa boa estrutura para a atenção primária. Falou sobre os
471 indicadores, que 48% dos municípios do Paraná (191) possuem 100% de cobertura da Estratégia Saúde da
472 Família, que este é um indicador de manutenção do incentivo, 23 %(93), com cobertura entre 70 e 99,9%, os que
473 estão com 70% devem fazer um plano de expansão, 25%(100) com cobertura de 0,1 a 70% que devem fazer um
474 plano, na adesão ao incentivo, de expansão e 4%(15) municípios que tem zero de cobertura e que terão
475 problemas caso não realizem uma ampliação, embora o custeio não é mais por equipe, porém esta amarrado a
476 cobertura da Estratégias Saúde da Família. Colocou que o município fará uma adesão ao APSUS, essa adesão
477 envolve: Educação permanente dos profissionais, Qualificação do processo de trabalho das equipes, Estruturação
478 do espaço físico das unidades básicas de saúde, Adotar medidas para a melhoria do acesso da população as
479 UBS, mantendo equipes e as condições de ambiência para a realização das ações; Aderir a Rede Mãe
480 Paranaense: organizando as ações de pré-natal e puerpério, e o acompanhamento das crianças; Implantar a
481 classificação de risco, conforme protocolo estabelecido pela SESA, para as gestantes e crianças menores de 1
482 ano; Vincular as gestantes ao hospital, conforme classificação de risco; Realizar a avaliação das equipes de
483 saúde, por meio do instrumento de Avaliação da Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ do Programa de
484 Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, com isso se coloca o novo incentivo de atenção
485 primária, em abril se inicia a adesão dos municípios, que após a adesão, nos meses, maio e junho, iniciar o
486 repasse, dependendo do tempo do município, que o Termo de Adesão será quadrimestralmente avaliado e se os
487 municípios não cumprirem as cláusulas do termo de adesão, o incentivo será suspenso com a publicação em
488 portaria do motivo dessa suspensão. **Rene**, complementa dizendo que dos 399 municípios, os 8(oito)
489 municípios, não serão contemplados na proposta do Incentivo da Atenção Primária, porém farão parte de um
490 grupo onde será discutido um plano de investimento, principalmente pela característica desses municípios e por
491 eles terem necessidades, pelo seu porte, diferentes dos demais e que se encontram dentre os 181 municípios
492 que não receberão equipamentos, que não entrarão nessa lógica, para não disputar, com os demais, valores
493 menores de investimento, que será realizada uma discussão individual para discutir uma política de investimento
494 que seja mais compatível com a característica de cada um deles, até porque não será olhado apenas para o
495 investimento da atenção primária e sim para o conjunto de todos os investimentos que esses municípios precisam
496 ter e neste investimento, estarão contemplados os municípios sede de macrorregião, que terão uma política
497 diferenciada de investimentos, inclusive para a atenção secundária e significativo aporte de recursos para
498 construção de centros de especialidades. Colocou que se tem prazo para manifestação dos 80 municípios e se
499 isso não ocorrer, a lista seguirá conforme a aplicação do fator de redução das desigualdades e que a preocupação
500 é pelos prazos da legislação eleitoral. Colocou que para fins de encaminhamento, solicitou que o entendimento da
501 CIB para aprovação do Incentivo, fosse pelo indicativo de transferência fundo a fundo para a questão de
502 investimento, pois, com a Lei Complementar 141, todas as transferências, em tese, como regra, fundo a fundo e a
503 exceção, por convênio e que a pactuação é importante para que configure perante o Tribunal de Contas e que não
504 se tem ainda o posicionamento do Tribunal de Contas, em relação a essa questão, que uma consulta já foi
505 realizada e que aguarda a resposta. Colocou que o encaminhamento deve ser: aprovar o indicativo fundo a fundo

506 a para investimento observado o posicionamento do Tribunal de Contas e se o Tribunal de contas se manifestar
 507 nesse período, já se tem o indicativo não havendo necessidade de nova reunião. **Marina** colocou que na reunião
 508 do COSEMS, a manifestação dos municípios é pela adesão a Rede Mãe Paranaense, que em relação ao
 509 Incentivo Estadual para a Atenção Primária em Saúde, há uma maturidade por parte dos municípios, um
 510 entendimento em relação aos incentivos, que os municípios maiores concordaram com a proposta, e em relação
 511 aos recursos para as Unidades Básicas ficou claro, para o COSEMS, os critérios estabelecidos em atender com
 512 equidade, atender diferentemente aos desiguais, o que prova a maturidade do conjunto dos municípios e o
 513 entendimento é que os municípios que não receberam recursos, no ano passado, possam pleitear, bem como
 514 seguir a lista, caso os municípios não encaminhem seus pleitos e faz um apelo para que agilizem esses pleitos.
 515 Até o dia 20/04, considerando os três pontos de pauta aprovados pelo COSEMS. **Renê** faz um comentário a
 516 respeito do grande volume de recursos pactuados em uma única reunião da CIB, que foi em de 90 milhões de
 517 reais: 26 milhões de reais no COMSUS: 13 milhões para custeio e 13 milhões para investimento, 30 milhões para
 518 o Incentivo da Atenção Primária e mais 30 milhões para Investimento e que antecipa mais 4 a 6 milhões de reais,
 519 para Incentivo de Qualidade ao Parto, que será discutido na próxima reunião da CIB/PR, que uma boa parte dos
 520 90 milhões estão focados na Atenção Primária, que isso reflete o que é o cumprimento da Emenda 29, que isso
 521 faz uma diferença na questão da discussão da alocação de recursos e que quase a totalidade desse recurso é de
 522 execução municipal, ou fundo a fundo ou através via consórcios, o que demonstra que a intenção da SESA é de
 523 exercer um papel de regulação com forte papel de apoio técnico e financeiro aos municípios, que o olhar não esta
 524 focado na SESA e sim nos municípios. **Renê** faz um elogio a Superintendência de Atenção Primária,
 525 parabenizando a equipe pelo trabalho realizado na elaboração do fator de redução das desigualdades. **Marina**
 526 finaliza também parabenizando a maturidade dos municípios no entendimento das propostas e a SESA, pois mais
 527 do que discurso, esta tendo a prática, através da proposta dos incentivos, para que tanto o Estado quanto
 528 municípios possam conduzir bem o SUS no Paraná.

529 **3.5 - Proposta de Distribuição de Recursos Federais para Campanhas de Multivacinação e Raiva Canina:**
 530 **Sezifredo** inicia colocando que precisa ser informado o Ministério como serão utilizados os recursos para a
 531 Campanha de Multivacinação, em agosto, a campanha da influenza, que se inicia dia 05/05 e a campanha da
 532 raiva canina que no Paraná é realizada em onze municípios, que o Ministério da Saúde esta repassando R\$
 533 1.110.118, 00, para a campanha da multivacinação, R\$ 838.899,00, para a campanha da influenza, R\$ 56.506,00,
 534 para a campanha da raiva canina, totalizando R\$ 2.005.525,00, que já foi discutido no grupo técnico da Vigilância
 535 e Saúde, que os recursos serão divididos: 80% para os municípios e para o Estado, 20%%, isto é, R\$ 446.310,00,
 536 sendo que a proposta aprovada foi que, dos 80% destinados aos municípios, 50% dele será distribuído
 537 equitativamente, para que os municípios que tenham população menor, não recebam tão pouco e os outros 50% a
 538 distribuição será baseada na população. **Marina** colocou que essa proposta do GT, foi apresentada na reunião do
 539 COSEMS, sendo aprovada por todos.

540 **3.6- Definição de Cobertura por Grupos Prioritários para Vacinação Contra Influenza: Sezifredo** inicia a fala
 541 dizendo que ano passado, na CIB, foi muito discutido a cobertura, particularmente para os trabalhadores da
 542 saúde, que muitos municípios apontaram a necessidade do aumento de doses e apesar de toda a reivindicação
 543 junto ao Ministério da Saúde, não houve aumento do quantitativo de doses da vacina para Influenza, que o
 544 município de Curitiba, trouxe para discussão no Grupo Técnico, uma proposta para rediscutir o aumento de doses
 545 para os outros grupos: idosos, gestantes, que são dois grupos que podem ter excedentes de vacinas, porém, o
 546 grupo discutiu e ponderou e foi apresentado o número de profissionais cadastrados no CNES e chegaram a
 547 conclusão que não havia necessidade de fazer a mudança na cobertura dos grupos, que se dever seguir o que
 548 esta preconizado, em relação ao número de doses, que o Estado receberá 1.700.000.000 mil doses, que ao longo
 549 da campanha será avaliado, se houver sobra de doses, a possibilidade de ser utilizar por outro grupo. **Marina**
 550 coloca que pelo COSEMS, está aprovado o encaminhamento do Grupo Técnico de Vigilância em Saúde.

551 **3.7-Referências a Pacientes Portadores de Glaucoma-Portaria SAS 920-15/12/2011: Marise** coloca que a
 552 portaria define que todo o atendimento será custeado via FAEC e que após 6(seis), após a publicação da portaria,
 553 esse recurso passará para o MAC, e após a agilização, via Regionais de Saúde, ficou estabelecida a rede:

Rede de Atendimento a Portadores de GLAUCOMA - Paraná

RS	Município	Estabelecimento	Referencia Regionais
1ª	Paranaguá	Clínica de Olhos de Paranaguá	1ª RS Paranaguá
2ª	Campina Grande.do Sul	Angelina Caron	Parte da 2ª RS Região Metropolitana
2ª	Campo Largo	Clínica de Olhos Curitiba	Campo Largo, 3ª RS de Pota Grossa, 4ª RS de Irati, 21ª RS de Telêmaco Borba
2ª	Curitiba	Hospital Infantil Pequeno Príncipe	Curitiba, parte da 2ª RS Metropolitana, 6ª RS de União da Vitória
2ª	Curitiba	Oftalmoclínica	
2ª	Curitiba	Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	
2ª	Curitiba	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	
2ª	Curitiba	Hospital de Olhos do Paraná	
2ª	Curitiba	Hospital de Clínicas - UFPR	

5ª	Guarapuava	CIS Centro Oeste	5ª RS de Guarapuava
7ª	Pato Branco	Clinica de Olhos Dr. Edson Luiz Granzotto	7ª RS de Pato Branco
8ª	Francisco Beltrão	Hospital Regional do Sudoeste	8ª RS Francisco Beltrão
10ª	Cascavel	Instituto da Visão/Clinica Romeu Tolentino	9ª RS de Foz do Iguaçu, 11ª RS de Campo Mourão e 20ª RS de Toledo
12ª	Umuarama	Clinica de Olhos Dr. Jorge e Centro Cirúrgico Catarata Dr. Anderson Muzashi	12ª RS de Umuarama e 13ª RS de Cianorte
14ª	Paranavaí	Santa Casa de Paranavaí e COOP Centro de Otorrino e Oftalmologia de Paranavaí	14ª de Paranavaí
15ª	Maringá	Hoftalmar e Pró-Visão	15ª RS de Maringá
17ª	Londrina	Hoftalon	17ª RS de Londrina, 22ª RS de Ivaiporã e parte da 18ª RS de Cornélio Procópio
18ª	Cornélio Procópio	Hoftalon e Hospital de Olhos de Cornélio Procópio	Parte da 18ª RS de Cornélio Procópio e 16ª RS de Apucarana
19ª	Jacarezinho	Hospital de Olhos do Norte Pioneiro	19ª RS de Jacarezinho

554 Colocou que essa Rede será apresentada ao Ministério da Saúde e solicitar a documentação aos prestadores,
555 num prazo de vinte dias a 30 dias e essa aprovação, ficará vinculada, ao cumprimento dos requisitos constantes
556 na portaria.

557 **3.8- Proposta de Constituição de Grupo para Avaliação da Rede de Oncologia no Paraná:** Paulo iniciou
558 falando da criação do Grupo de Oncologia, que é uma proposta do ano passado em cima das Redes de Alta
559 Complexidade, iniciado ano passado com a Rede de Obesidade Grave e que será dada seqüência, a essa
560 análise, com a Rede de Oncologia, que tem problemas de acesso, uma situação em relação à integralidade, pois
561 esta sendo reproduzido um modelo de oncologia, como serviços isolados, ficando constatado, na reunião do
562 Grupo Técnico e a questão de programação e fluxos, pois esta sendo discutida a implantação do sistema de
563 regulação e a parametrização desse sistema e que essa discussão é necessária para se tomar os
564 encaminhamentos devidos, na CIB

565 **3.9- Pactuação das Cirurgias Eletivas-Recursos Federais - 2012.** Paulo Almeida colocou que foi finalizada a
566 discussão da pactuação dos recursos 2012 da estratégia de ampliação de cirurgia eletivas, mostrou a produção
567 2011, meses de: outubro, novembro e dezembro, em relação a cada componente que estava pactuado referente à
568 execução dos recursos, totalizando em torno de 12.653 procedimentos e se for estimado o que se tem
569 acompanhado da produção dos municípios, que estão sob a gestão do Estado, foi realizada uma estimativa para
570 os 03 meses, considerando que o desempenho dos municípios não tenha sido diferente, se deve estar em torno
571 de 25 mil cirurgias, próximo da meta estabelecida de 30 mil cirurgias que era a programação estimada no início da
572 estratégia. Relatou o que foi executado: que para o Componente I 4.231 procedimentos, Componente II, 2.310
573 procedimentos, Componente III 6.112 procedimentos, com o valor total de R\$ 6.998.346,65 mais os 50% dos
574 recursos do Componente II, o que já habilita o Paraná a receber os recursos de 2012, por isso a pressa em
575 executar esses recursos, pois em junho o Ministério fará a composição dos recursos de todos os Estados e o
576 Paraná que se habilitar a novos recursos para serem transferidos aos municípios com a gestão do sistema e os
577 que estão sob a gestão do Estado. Colocou a pactuação dos recursos de 2012, que seguiu a mesma lógica
578 pactuada na CIB, em 2011, que os municípios acima de 50 mil habitantes assumirão a execução desses
579 procedimentos, são 12 municípios, que as pactuações encaminhadas pelas Regionais de Saúde foram
580 respeitadas, foram incluídas, na 17ª Regional de Saúde, mais 50 cirurgias de cataratas para a Regional de
581 Apucarana, sendo referência o Oftalton, 50 cirurgias para a Regional de Saúde de Cornélio Procópio e 20 cirurgias,
582 para a Regional de Saúde de Ivaiporã, que foi zerada a produção de 2011, nos municípios que tem a gestão do
583 sistema e que atenderam pacientes com domicílio em municípios que estão sob a gestão do Estado e mais a
584 pactuação de 2012, que observou que os recursos para 2012 são muito acima dos executados em 2011, solicitou
585 que as Regionais façam o acompanhamento dos fluxos, principalmente do componente I, pois é muito fácil por ser
586 uma ou duas referências por Regional, e que a programação estabelecida vai até o final do ano e se no encontro
587 de contas, em junho/2012, se houver necessidade de fazer reposição de recursos, assim será procedido. Colocou
588 que para os municípios em gestão plena, os recursos para o Componente I será de R\$ 2.996.974,06, para o
589 Componente II: R\$ 2.039.931,92 e para o componente III: R\$ 1.663.029,72, totalizando R\$ 6.611.305,40 e para os
590 municípios sob gestão do Estado, no Componente I: R\$ 3.571.129,68; Componente II: R\$ 2.611.790,91 e no
591 Componente III: R\$ 2.988.693,11, totalizando R\$ 9.171.613,70. Colocou que duas dúvidas restaram, uma em
592 relação ao saldo de 2011, já que os recursos de 2011 são repassados mediante processamento do Ministério da
593 Saúde e não para os fundos municipais e a segunda, como o Ministério da Saúde vai proceder em relação ao
594 pagamento dos 50% aos municípios que tem a gestão do sistema, colocou que a SESA assumiu o compromisso
595 de entrar em contato com o Ministério da Saúde e repassar aos municípios a informação. **Marina** coloca que em
596 relação à Portaria 920, de Glaucoma e Oftalmologia, sempre foi um problema, que faltam prestadores, que os
597 municípios devem conversar com os prestadores para trazê-los para o sistema. Em relação ao Grupo de
598 Avaliação da Rede de Oncologia, o COSEMS indicará os membros contemplando todas as macrorregiões. Os

599 pontos de pauta 3.7,3. 8 e 3.9 foram aprovados pelo COSEMS.**Marina** colocou que os itens 3.10 e 3.12, foram
600 **retirados da pauta por necessitarem de maior discussão e que na próxima reunião da CIB retornarão.**
601 **3.11 – Critérios/Parâmetros Mínimos para a Implantação de Ouvidorias Municipais do SUS no Paraná:** Oliva
602 iniciou sua fala dizendo que em 2011, tanto a Ouvidoria Estadual como também as Ouvidorias Regionais, foram
603 reestruturadas, estabelecendo um processo de trabalho de acolhimento das demandas, encaminhamento e
604 conclusão dessas demandas para dar resposta ao cidadão, pois tinham 743 demandas pendentes, da gestão
605 passada e que por isso não foi possível estreitar uma relação com os municípios para implantar as ouvidorias
606 municipais e que a partir do segundo semestre, os ouvidores regionais, iniciaram um trabalho junto aos municípios
607 para levantar um cadastro da existência das ouvidorias municipais, no Paraná, e que esse primeiro contato com os
608 municípios foi realizado um cadastro, via telefone e a resposta foi de que, os 399 municípios tinham ouvidorias,
609 que não tinham um parâmetro, através desse cadastro, se realmente os municípios possuíam de fato, ouvidorias
610 municipais ou não, que num segundo momento os ouvidores regionais visitaram os municípios onde realizaram
611 um cadastro mais efetivo, vendo a estrutura da ouvidoria, se fato ela existia e o resultado desse segundo cadastro
612 foi de que: dos 399 municípios visitados, 91 tinham oficialmente a indicação de um ouvidor e desses, 50 com um
613 processo de trabalho mais ou menos estabelecido, isto é, acolher a demanda, encaminhar a demanda para o
614 órgão responsável pela resposta, receber de volta a demanda e encaminhar a resposta ao cidadão, que dos 91
615 municípios, alguns já recebiam recursos pela Portaria do Participasus, onde um dos componentes é Ouvidoria,
616 que esse recurso é somente para custeio, porém não utilizaram, pois não sabiam como utilizar o recurso, que
617 usavam para o controle social ou monitoramento ou auditoria e não utilizaram para a ouvidoria, que em função
618 disso, em 2012, a meta é implantar, em conjunto com os municípios, as ouvidorias municipais, que na reunião do
619 Grupo Técnico de Planejamento, foi discutida a proposta dos parâmetros mínimos para considerar que os
620 municípios tenham de fato auditorias e possa ser trabalhado processo de trabalho e capacitação. Colocou que na
621 portaria 2979/2011, em seu artigo 3,diz que é preciso aperfeiçoar os canais de participação social ampliando
622 canais de interlocução, entre o usuário e administração pública, bem como, o Decreto 7508,em seu artigo
623 37,observa as diretrizes básicas para fins da garantia da gestão participativa e estabelece estratégia que incorpore
624 a avaliação do usuário da ações e serviços de saúde. Colocou os 4(quatro) critérios mínimos de ouvidoria no
625 município: **1-**indicação oficial de um servidor para a função de ouvidor, através de um ofício, resolução, pelo
626 secretário municipal de saúde;**2-** criação de um instrumento normativo da ouvidoria estabelecendo: objetivos,
627 estrutura física, equipamentos mínimos para o funcionamento, processo de trabalho e prazos de resposta ao
628 cidadão, que esse instrumento normativo é para estabelecer a ouvidoria;**3-** disponibilização de um número
629 exclusivo para a ouvidoria a ser divulgado para a população, que tinha se pensado em um número gratuito porém
630 o custo é muito caro;**4-**Elaboração de relatórios gerenciais quadrimestrais ao gestor, disponibilizando-os as
631 ouvidorias regionais , que os 22 ouvidores regionais deverão dar apoio e orientação aos municípios. Colocou que
632 em abril, será realizada uma capacitação, que os 91 municípios que já possuem oficialmente ouvidor indicado e
633 com instrumento de ouvidoria, seriam os primeiros a receber capacitação, que nos 308 restantes, os ouvidores
634 regionais estarão visitando os secretários municipais de saúde para iniciar o processo de implantação da ouvidoria
635 municipal. **Marina** colocou que por parte do COSEMS esta aprovada à proposta. **Nardi** coloca que foi levantado
636 um questionamento, na reunião do COSEMS em relação à nomeação do ouvidor municipal por decreto do
637 prefeito, que foi esclarecido que para receber o recurso do Participasus tinha esse critério, porém o que esta
638 sendo pactuada nessa reunião é que o secretário municipal pode fazer uma resolução de gabinete designando um
639 servidor para a função de ouvidor.

640 **3.13 – Aumento do Número de Municípios Prioritários para a Vacinação Antirrábica da Regional de**
641 **Francisco Beltrão: Sezifredo** colocou esse aumento é uma indicação epidemiológica do Ministério da Saúde
642 devido à situação na Argentina e que para 2012, serão incluídos, na vacinação antirrábica, os municípios de:
643 Barracão, Bom Jesus do Sul, Capanema, Perola do Oeste, Planalto, Pranchita e Santo Antônio do Sudoeste.

644 **4- Informes**

645 **4.1- Assistência Farmacêutica: Deise** colocou o fechamento do incentivo a assistência farmacêutica, já discutida
646 na CIB, que a proposta é organizar a assistência farmacêutica, auxiliando os municípios no custeio das atividades
647 assistência farmacêutica, com transferência fundo a fundo, onde foram elegíveis 111 municípios, até 10 mil
648 habitantes, levando em conta o fator de desigualdades regionais, que após a discussão na CIB/PR, foi publicada a
649 Resolução da SESA nº 139 de 24/12/1012 e a Deliberação da CIB nº 025, que os municípios tinham um prazo
650 para assinatura do termo de adesão e do protocolo, junto as regionais até 15/03, sendo que após esse prazo 4
651 municípios não aderiram ao incentivo: Agudos do Sul e Adrianópolis, da 2ª Regional, Guamiranga, da 4ª Regional
652 de Saúde e Salto do Itararé, da 19ª Regional de Saúde, que em seguida já foi contatado os outros municípios na
653 sequência da lista que são: Leópolis, da 18ª RS, Mirador e Nova Aliança do Ivaí, ambos da 14ª e Campo Bonito ,
654 da 10ª RS, que esses municípios já aderiam ao Termo de Adesão, que essa planilha será fechada para
655 encaminhamento de bloqueio do orçamento, financeiro e autorização do governador, para que em abril inicie o
656 repasse. Relatou que os municípios serão orientados, através das regionais de saúde, em quais ações esse
657 recurso poderá ser gasto, bem como, uma planilha com os indicadores que serão acompanhados daqui a um ano,
658 pois a intenção é de que, esses municípios continuem a receber o repasse, que outros sejam agregados e que até
659 2014 se atinjam os 312 municípios abaixo de 20 mil habitantes. **Nardi** coloca que sempre, no gabinete do
660 secretário vêm prefeitos, secretários solicitar recursos, que o COSEMS e CONASEMS, sempre procuram
661 fortalecer e melhorar a transferência de recursos aos municípios e que espanta que 04 municípios não aderiram
662 ao Incentivo da Assistência Farmacêutica e para se promover a inequidade, tem que ter vontade, que o COSEMS

663 sempre esta na defesa dos municípios, porém precisa que os municípios se engajem e participem , para que não
 664 se perca argumento na busca de mais recurso. **Deise** colocou que foi tomado o cuidado de retornar as Regionais
 665 para ver a situação desses 4 municípios, a informação é de que Guamiranga não cumpriu o prazo do protocolo na
 666 Regional de Saúde, que Agudos do Sul, não retornou manifestando interesse e nos outros dois, os respectivos
 667 secretários municipais de saúde manifestaram que não tinha interesse em aderir.

668 **4.2-Alteração dos Valores do PAB fixo e Variável. Maria Cristina colocou** que apresentará à alteração do
 669 PAB, mostrou a alteração da variação do Piso de Atenção Básica nos últimos 03 anos em relação ao Orçamento,
 670 que são 03 linhas de financiamento distintas, são 03 funcionais programáticas, que o compõem o PAB FIXO,
 671 além do per capita, está os recursos repassados para a compensação das especificidades regionais, recursos
 672 para custeio e reforma para as Unidades Básicas de Saúde e o recurso do TELESÁUDE Redes, que nesse
 673 componente de 2010 para 2012, teve uma variação de 21% no valor do PAB Fixo, no PAB Variável teve um
 674 acréscimo de 40% do valor, as ações que os municípios estão recebendo são: Programa Saúde da Família,
 675 Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, Programa de Saúde
 676 na Escola, Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade, Atenção Domiciliar e o custeio mensal da academia
 677 de saúde, que tem mais outros 4 componentes do PAB Variável, porém esta falando especificamente dos
 678 componentes vinculados ao Departamento de Atenção Primária que tiveram aumento. Colocou que na linha de
 679 financiamento que é estruturação mais construção e ampliação, entra todo o investimento do Ministério da Saúde
 680 no Requalifica UBS que foram as solicitações dos municípios de ampliação e construção, pois reforma é custeio,
 681 e, portanto nessa linha entram todo o investimento em: construção e ampliação das Unidades Básicas de Saúde,
 682 a construção das academias de saúde e os equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde, que é uma nova
 683 linha de financiamento. Colocou que na construção do PAB, pelo Ministério da Saúde, além de considerar o per
 684 capita também estão trabalhando com 4 faixas de pontuação para os 5.565 municípios brasileiros estratificaram
 685 em 4 faixas e trabalharam com alguns indicadores: PIB Per capita, Percentual da população com plano de Saúde,
 686 Percentual da população com Bolsa de Família, Densidade Demográfica e Percentual da População em extrema
 687 pobreza, que com a média desses 05 indicadores foi realizado o ranqueamento dos municípios brasileiros e com
 688 isso definido o valor do PAB para cada município, que tem uma variação de dezoito reais, que em 2012 vai de
 689 vinte a vinte e cinco reais, quem em 2010, vários municípios já recebiam dezoito reais que não tiveram aumento
 690 em 2011 e em 2012, tiveram aumento dois reais, quem recebia dezoito reais passou a receber 20 reais, quem
 691 recebia dezenove, em 2011, passou a receber vinte e um reais, quem recebia vinte e um reais, passou a receber
 692 vinte e três reais para vinte e cinco municípios, que esta pontuação é considerada dos municípios e o número de
 693 municípes, se os municípios estão na Amazônia Legal, se tem população ribeirinha, quilombola e indígena. Em
 694 relação ao aumento do incentivo repassado para os Agentes Comunitários de Saúde, que esse incentivo é
 695 transferido em 13 parcelas, que teve acréscimo entre 2010 e 2012 de 12% e entre 2011 e 2012, de 20%, que em
 696 valores repassados é de R\$ 2.900.000.000,00, que será pago retroativo a competência de janeiro no pagamento
 697 do mês de março/2012. Em relação ao Programa Saúde da Família teve um aumento significativo para as equipes
 698 que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, que uma equipe de saúde, valor Modalidade I,
 699 que esta trabalhando em áreas de vulnerabilidade sociais ampliadas: quilombos, populações indígenas,
 700 municípios com IDH menor de 0,7, municípios com população menor que 30 mil habitantes, que são a maioria dos
 701 municípios do Paraná, que o repasse hoje passou de nove mil e seiscentos reais, em 2010, para dez mil
 702 seiscentos e noventa e cinco reais mês, o que significa um aumento entre 2010 e 2012, de 11,5% dos incentivos
 703 destinados ao Programa Saúde da Família, e as equipes que estão na Modalidade II, que são os grandes
 704 municípios ou municípios que tem mais de 30 mil habitantes e que na região amazônica, são municípios que
 705 possuem menos de 50 mil habitantes, passaram a receber valor mês de seis mil e quatrocentos reais para sete mil
 706 cento e trinta reais, o que significa entre 2010 e 2012, um aumento de 11,5%. O aumento do valor do PAB
 707 Variável teve um aumento de 15%, entre 2010 e 2012, que o orçamento para 2012, só para o repasse para o
 708 Programa Saúde da Família, é de R\$ 3.260.000.000,00. Em relação ao aumento para as equipes de saúde bucal
 709 modalidade I, que são municípios que possuem: população indígena, quilombola, municípios que aderiram ao
 710 Programa Nacional de Segurança com cidadania, municípios com menos de 30 mil habitantes e menos de 50 mil,
 711 na região amazônica, uma equipe bucal modalidade I deve ser composta pelo cirurgião dentista e auxiliar de
 712 consultório dentário que o repasse passou de dois mil reais para dois duzentos e trintas reais e se essa equipe
 713 estiver numa área do município, de quilombolas ou assentamento, acresce 50% a mais no repasse e na
 714 modalidade II, que é composta pelo cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene
 715 dental, passa de dois mil e seiscentos reais/mês, para dois mil novecentos e oitenta reais mês, e segue a lógica:
 716 se as equipes estiverem em um município com vulnerabilidade social ampliada, acresce 50% a este valor/mês. Em
 717 relação ao NASF, também tem modalidade I e II e que a diferença é na modalidade I, dá apoio a 08 equipes de
 718 saúde da família e na modalidade II, dá apoio a 03 equipes, como também tem um diferencial na carga horária
 719 dos profissionais dos NASF. Para NASF I, o valor é de R\$ 20.000,00, não teve acréscimo nos últimos três anos, o
 720 NASF II, cresceu 33,3%, de 2010 para 2012, passando de R\$ 6.000,00 para R\$ 8.000,00, que o aumento do
 721 NASF esta previsto a partir da competência março/2012. Colocou que para o PMAQ-Programa de Melhoria do
 722 Acesso e da Qualidade, também terá aumento do valor do incentivo, para os municípios que trabalharem com
 723 indicadores de melhoria de acesso e qualidade, que em 2011, o valor de uma equipe de saúde da família, era de
 724 R\$ 6.500 reais, com aporte pelo Ministério da Saúde de R\$ 54 milhões, que em 2012, aumentou para R\$
 725 8.500,00, aumento de 30%, para equipe de saúde da família que tem saúde bucal, passa para R\$ 11.000,00, e o
 726 aporte de recursos, para 2012, pelo Ministério da Saúde será de 733 milhões de reais, somente para o PMAQ.

727 Colocou que os municípios, que aderiram e que passaram pela primeira fase, receberão 20% do valor, os que
728 receberem avaliação externa, pois esta na fase auto da avaliação das equipes, e que tiverem avaliação boa, ótima
729 ou regular terá um acréscimo de recurso, que essa avaliação terá início em maio, com isso os municípios poderão
730 dobrar o valor do recurso. **Nardi e Rene** colocam que em relação ao PMAQ, a pactuação na CIT foi para que a
731 competência de pagamento seja retroativa a Abril e não maio.
732 **Congresso CONASEMS:** **Nardi** reforça a informação sobre o Congresso Nacional do CONASEMS será em
733 Maceió, de 11 a 14/06/12, que o COSEMS/PR, sorteará 22 passagens aéreas, uma por Regional de Saúde, para
734 os secretários municipais de saúde que estiverem inscritos no Congresso, pede a divulgação junto aos
735 CRESEMS, para que se tenha uma boa representação do Paraná, que esse sorteio será na CIB do mês de maio,
736 como também informou que as inscrições já estão abertas no site do CONASEMN, e a Tiemi estará recebendo,
737 até o dia 06 de abril, duas inscrições de experiências exitosas.
738 **Inauguração do Hospital do Idoso Zilda Arns:** **Eliane Chomatas** convida para no dia 29/03, às 10:00 horas
739 para a inauguração do Hospital do Idoso Zilda Arns, com 141 leitos, 20 leitos de UTI , 02 salas cirúrgicas, um
740 hospital de média complexidade que trará muitos benefícios para a população, que é uma parceria do Governo do
741 Estado com o Governo Federal.

742