

	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – COSEMS/PR	7ª/11 REUNIÃO ORDINÁRIA 04/11/2011
---	--	--

RESUMO DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2011

Local: Auditório do Hotel Lizzon, Curitiba/PR.

Participantes

COSEMS/PR: Titulares: Marina S. R. Martins (Terra Boa); Antonio Carlos Figueiredo Nardi (Maringá); Cristiane Martins Pantaleão (Ubiratã); Eliane Chomatas (Curitiba); Cíntia J. Ramos (Francisco Beltrão). Suplentes: Anna Paula Penteado e Cícero C. Tironi (Curitiba); Lizete Maria T. Engelmann (Coronel Vivida); Marcos Alberto Diedrichs (São Mateus do Sul); Neusa Heuko Swarowski (Rio Negro); e, Valdemir Domingos Scarpari (SMS de Laranjeiras do Sul).

SESA: Titulares: Rene José Moreira dos Santos (DG/SESA)-coordenação; Antonio Dercy Silveira Filho (SPP/SESA); Márcia Huçulak (SGS/SESA); Sezifredo Paz (SVS/SESA); Vinícius Filipak (DRUE/SESA). Suplentes: Charles London (DUP/SESA); Marise Gnata Dalcuche (SGS/SESA); Paulo Almeida (DEOG/SGS/SESA).

Secretaria Executiva: Maria da Graça Lima.

Representantes do CES/PR:

1 René José Moreira dos Santos iniciou cumprimentando a todos os presentes e em seguida deu início à
 2 discussão da pauta.

3 **1. Aprovação da ata da 6ª reunião ordinária de 2011:** René informou que da parte da representação
 4 da SESA, não havia alterações, indagando se a representação do COSEMS/PR tinha alguma alteração,
 5 sendo colocado que não, a ata foi aprovada sem alterações.

6 **2. Homologações** – Graça Lima informou as questões encaminhadas com o “ad referendum”:

7 **2.1 Alterações no teto financeiro da MAC-Assistência: outubro/2011=>** remanejamento de recursos
 8 do teto sob gestão Estado, para o teto sob gestão do município de Campo Mourão, no montante de R\$
 9 229.116,58/mês, referente a atendimentos hospitalares. **novembro/2011=>** remanejamento do recurso
 10 repassado para o teto de Campo Mourão, em outubro, para o teto sob gestão Estado; remanejamento
 11 de recursos do teto da MAC-Assistência sob a gestão do Estado, para o Limite Financeiro do município
 12 de Londrina, no montante de R\$ 14.083,04/mês, referente a procedimentos ambulatoriais de
 13 Oftalmologia; remanejamento de recursos do teto da MAC-Assistência do município de Pato Branco,
 14 para o teto sob a gestão do Estado, no montante de R\$ 5.545,20/mês, referente à repactuação de 32
 15 Tomografias de Guarapuava que estavam pactuadas com Pato Branco; remanejamento de recursos do
 16 teto da MAC-Assistência sob gestão do Estado para o teto de Pato Branco, no montante de R\$
 17 190.000,00/mês, para ampliação do atendimento na região.

18 **2.2 Deliberação nº 084/2011:** aprova a relação dos municípios considerados prioritários quanto a
 19 ocorrência de epidemia de Dengue.

20 **2.3 Deliberação nº 086/2011:** aprova pleito para aporte de recursos financeiros no teto sob gestão do
 21 estado, para organização da referência estadual nas Redes de Atenção Materno Infantil e de U/E.

22 **2.4 Habilitação/credenciamento de serviços:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família=> habilitação de
 23 NASF I em Pinhais.

24 **2.5 Implantações PACS/PSF/Saúde Bucal:** informada as implantações de Agosto / Setembro:

Agosto - 2011:

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	Laranjeiras do Sul	-	03
	Mauá da Serra	-	01
ESF	Laranjeiras do Sul	-	01
	Chopininho	-	01

Setembro - 2011:

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	-	-	-
ESF	Ivaiporã	-	04
S.Bucal Mod. I	Altamira do Paraná (*)	-	01
	Barbosa Ferraz (*)	-	01

27 (*) : Mudança de Modalidade de ESB Modalidade II para ESB Modalidade I

28 **2.6 Projetos Oriundos de Emendas Parlamentares:** projeto de aquisição de equipamentos e Material
 29 Permanente, para UBS, no município de Porto Amazonas, no montante de R\$ 200.000,00.

30 **2.7 Projetos Oriundos de Normas Técnicas:** projetos da Aliança Saúde PUC/PR para o Hospital
31 Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e para Hospital Universitário Cajuru, no valor total de R\$
32 4.825.000,00. Encerrada a apresentação, Márcia Huçulak esclareceu que o pleito de aporte no teto sob
33 gestão do Estado, deve-se à situação do déficit financeiro existente no teto sob a gestão do Estado,
34 lembrando que o acumulado no começo do ano, quando o atual governo assumiu a gestão e conforme
35 já apresentado em reunião de Bipartite, chegava a R\$ 50 milhões, com um déficit médio mensal, em
36 torno de R\$ 5 milhões. Informou que apesar de todas as medidas adotadas pela atual gestão, o que
37 inclusive possibilitou o pagamento dos atrasados, ainda permanece um déficit. Colocou que o pleito
38 também tem por objetivo atender ao aumento dos gastos no teto sob a gestão do Estado, decorrente
39 dos novos hospitais construídos na gestão anterior, que não estavam plenamente em funcionamento e
40 para os quais não havia previsão de impacto financeiro, e, agora com a ampliação dos serviços nesses
41 hospitais, inclusive com eles se tornando referências importantes, se fez necessário essa negociação.
42 Enfatizou que o montante repassado para o teto sob gestão do Estado, diminuiu um pouco o impacto,
43 mas, ainda permanece um déficit de cerca de R\$ 1.500.000 a 2.000.000/mês no teto.

44 **3. Discussão / Pactuação**

45 **3.1 Plano Diretor de Regionalização => definição das regiões de saúde para atendimento do**
46 **Decreto 7.508/2011:** Isaías Cantoia Luis, Diretor de Apoio à Descentralização/SESA, apresentou a
47 proposta de organização das macrorregiões e das regiões de saúde no estado, quais sejam:
48 Macrorregiões: Macro Curitiba, que inclui a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 21ª RS; Macro Londrina, que inclui
49 a 17ª, 18ª, 19ª, 16ª e 22ª RS; macro Maringá que incluiu a 15ª, 11ª, 12ª, 14ª, 13ª RS; e, macro Cascavel
50 que inclui a 9ª, 10ª, 20ª e 8ª RS. Regiões: mantidas as 22 Regionais de Saúde. Informou que a proposta
51 foi aprovada pelo Grupo Técnico de Gestão e Planejamento, vinculada aos trabalhos do Grupo Técnico
52 que aprofundará as discussões no âmbito das regiões de saúde, organizando os níveis de referência
53 das regiões, a capacidade real de atendimento, bem como, as responsabilidades nos encaminhamentos
54 e na garantia do atendimento. Aberto para discussão, Rene José Moreira dos Santos complementou a
55 apresentação registrando que são necessárias algumas etapas para a implantação do Contrato
56 Organizativo de Ação Pública em Saúde, e a 1ª etapa é a territorialização, pois, é ela que irá
57 dimensionar o mapa da saúde, identificando os vazios assistenciais, o que permitirá definir o Plano de
58 Investimento. Observou que as 22 Regionais de Saúde do Paraná são praticamente autônomas em um
59 nível de complexidade maior, como por exemplo a Terapia Renal Substitutiva, mas, elas não são auto-
60 suficientes em tudo, e, nem é possível que sejam, dessa forma é preciso definir um ponto de corte, e,
61 para isso é preciso conformar as macrorregiões, considerando que no conceito de Rede, essa se
62 completa numa macrorregião, e, não se conclui numa região. Registrou que atualmente é possível
63 identificar no Estado, 03 macrorregiões devidamente definidas sob o ponto de vista de estrutura de
64 atendimento: a Macro Norte, tendo por sede Londrina; a Macro Leste tendo por sede Curitiba; e a Macro
65 Noroeste tendo por sede Maringá. A Macro Oeste, que tem Cascavel como sede, precisará de
66 investimentos para se consolidar como macrorregião, pois, ainda, não tem as mesmas condições
67 instaladas, que as macros norte, leste e noroeste. Considerou que os próximos passos são: 1. fazer um
68 processo de discussão no GT para, a partir desse desenho inicial, definir a alocação e a apropriação do
69 mapa da saúde; 2. pactuar as referências, com a respectiva pactuação das responsabilidades de cada
70 um; 3. definir o financiamento por Rede; e, 4. desencadear o processo dos Contratos Organizativos da
71 Ação Pública em Saúde-COAP. Registrou que o COAP ainda está em discussão, em nível Federal, dos
72 elementos constitutivos de financiamento e planejamento. Considerou que é preciso agilizar essa
73 discussão porque o PDR deverá fazer parte do PES, e, a SESA pretende apresentar o PES 2012-2015,
74 para o CES/PR, no máximo em janeiro, já com o desenho da regionalização e do investimento regional.
75 Considerou que, nesse momento, a preocupação deve ser em se fazer o melhor desenho para que ele
76 seja definitivo. Registrou que o Paraná tem a vantagem de já ter experiência acumulada na
77 conformação de Regionais de Saúde, que já coincide com as Regiões de Saúde, havendo uma ou outra
78 situação, como por exemplo Mato Rico e Santa Maria do Oeste, que precisam de uma avaliação
79 melhor. Marina S. Ricardo Martins, SMS, de Terra Boa, reforçou a colocação do Rene, observando que
80 está se fazendo o desenho territorial, que deverá subsidiar os passos seguintes. Rene enfatizou que o
81 objetivo é organizar melhor o processo das referências, identificando onde há necessidade de
82 investimento, de forma a se ter as regiões bem conformadas, resolutivas, encaminhando somente
83 aquilo que não tem expertise na região. Antonio Carlos Nardi, reforçou a importância dos CRESEMS
84 participarem das discussões, principalmente no que diz respeito ao retrato da realidade local, pois, é lá
85 que será desenhado e estruturado o contrato, enfatizando a importância do fortalecimento das Bipartites
86 Regionais. Considerou que antes do contrato é preciso, de fato, identificar os vazios assistenciais, de
87 modo a definir o investimento necessário para que a região seja auto-suficiente. Enfatizou que tudo

88 deve estar no papel, dando argumentos para contestações, ou, para, no caso do não cumprimento do
89 pactuado, solicitar uma outra pactuação. Sugeriu que se fizesse uma região piloto, um COAP piloto, em
90 uma das macrorregiões. Anna Paula Penteado, Superintendente da SMS de Curitiba, expressou a
91 preocupação do município de Curitiba, com a formalização do tamanho da Macrorregião Leste, o que
92 significa quase a metade do Estado do Paraná, e, os órgãos de Controle (Ministério Público, Tribunal de
93 Contas, Controladorias, etc) utilizam os documentos formais existentes no sistema para fins de
94 cobrança das referências. Considerou que outra questão é a do tempo de espera, pois, o fato do
95 município ser referência para um conjunto de municípios não significa que exista capacidade instalada
96 com tempo de espera zero. Destacou que o Grupo de Trabalho deve levar em consideração nos seus
97 trabalhos a capacidade instalada e a referência no limite da pactuação. Reforçou colocação do Nardi,
98 para se ter todas essas questões no papel, deixando claro que a capacidade de leitos de Curitiba é a
99 que está no cadastro e que o atendimento deve se dar dentro da capacidade instalada e do limite
100 financeiro. Indicou o município para participar do Grupo de Trabalho, tendo em vista que o município é
101 Pólo Estadual de Referência. Márcia Huçulak registrou a evolução que vem ocorrendo no sistema único
102 ao longo dos anos, principalmente no conceito de Redes. Destacou que Rede só se consolida na
103 macrorregião, e, se não houver clareza no desenho da macrorregião e na definição dos pólos macros,
104 não é possível consolidar a rede. Registrou que no Plano do atual Governo fica claro a conformação de
105 05 redes, sendo que duas são prioritárias: U/E e Materno Infantil; e, nesse sentido, considera que não
106 dá para fazer piloto, porque cada região terá uma situação diferente, exemplificando com o COAP de
107 Cascavel, que deverá ser diferente do COAP de Curitiba, uma vez que a maturidade do sistema de
108 Curitiba é diferente da maturidade do sistema de Cascavel. Nardi esclareceu que a sua proposta foi no
109 sentido de começar os contratos pelas regiões mais organizadas. Rene considerou que esta é uma
110 parametrização inicial, e que está se buscando alternativas que sejam solidárias e ao mesmo tempo
111 organizadoras, e, ninguém pode partir da premissa que sairá prejudicado dessa negociação, senão não
112 seria uma negociação, mas sim, uma imposição. Registrou que o orçamento da SESA de 2012, será
113 bem melhor que o orçamento de 2011, devendo estar direcionado para o consenso de construção de
114 redes. Enfatizou ainda a importância das CIB-Regionais participarem desse processo, tendo clareza do
115 seu papel no planejamento regional, na identificação dos vazios assistenciais, tanto no seu território
116 como na região, etc. Registrou que as Regionais já foram orientadas quanto a importância de discutir
117 essas questões nas CIB-Regionais, dando agilidade ao processo. Propôs que se partisse do desenho
118 apresentado, para construção do mapa da saúde, identificando os vazios assistenciais, buscando
119 melhores fluxos assistenciais e formas de pactuação, e, com isso, gerar um instrumento, a ser pactuado
120 na Bipartite, e, agregado ao PES para ser submetido ao CES/PR. Considerou que os dissensos devem
121 ser trazidos para o debate. **Definição:** aprovado o desenho das macrorregiões e das regiões de saúde.

122 **3.2 PLANEJASUS:** Isaías Cantoia Luiz, apresentou relatório sobre o incentivo do PLANEJASUS,
123 informando que de 2007 a 2010 foi repassado para o Estado o montante de R\$ 3.865.943,00, e, desse
124 recurso foi executado R\$ 1.780.597,00, ficando um saldo de R\$ 2.085.346,00. Lembrou da dificuldades
125 em estabelecer mecanismos para a utilização desses recursos, uma vez que só pode ser utilizado para
126 custeio, mas, informou que boa parte já está sendo utilizado no apoio às Oficinas do APSUS. Registrou
127 que desse saldo, conforme pactuação da CIB/PR, há um montante destinado para a execução de
128 projetos municipais, que atualmente é de R\$ 507.675,00. Informou sobre proposta apresentada no
129 Grupo Técnico para utilização desses recursos para qualificação dos municípios em relação aos
130 instrumentos de gestão, mediante a apresentação de Projeto Regional, aprovado na CIB-Regional no
131 limite de R\$ 25.000,00, sendo solicitado pela representação dos municípios que o recurso fosse
132 utilizado preferencialmente para as Oficinas Municipais do APSUS e para capacitação no SARGSUS, e,
133 em havendo saldo, para a qualificação dos instrumentos de gestão. Marina registrou que o pleito do
134 COSEMS/PR para utilizar o recurso no desdobramento das Oficinas do APSUS, decorre de relatos dos
135 gestores municipais, quanto às dificuldades que estão tendo na execução das Oficinas Municipais do
136 APSUS, registrando que essas oficinas, estão sendo bem positivas, mexendo com os municípios.
137 Informou na reunião do COSEMS/PR os municípios já foram orientados a construir seus projetos, nas
138 CIB-Regionais, para que possam pleitear o financiamento, preferencialmente nos desdobramentos das
139 Oficinas municipais do APSUS e na qualificação para utilização do SARGSUS, no limite de R\$ 25.000
140 para a região. Isaías se comprometeu a disponibilizar uma minuta de projeto, no site da CIB/PR, para
141 subsidiar a elaboração dos projetos nas CIB-Regionais. **Definição:** *aprovado.*

142 **3.3 Portaria 2.206/2011 e 2.394/2011 – Programa de Requalificação de Unidades Básicas,**
143 **Componente Reforma e Ampliação:** Antonio Dercy Silveira Filho, SPP/SESA, informou sobre a
144 publicação das Portarias 2206/2011 e 2.394 de 11/10/2011, pelo Ministério da Saúde. Em relação à
145 Portaria GM/MS nº 2206/2011, que trata do Componente Reforma do Plano de Requalificação das

146 Unidades Básicas, informou que o prazo para o cadastro dos pleitos no site do MS se encerrou em
147 31/10, e que ao fazer o levantamento junto ao site do MS, em 03/11, verificou que 167 municípios
148 cadastraram pré-projetos, num total de 459 pré-projetos, e destes, 130 confirmaram seus pré-projetos,
149 num total de 308 pré-projetos confirmados. Enfatizou que todo esse processo se deu direto dos
150 municípios com o Ministério da Saúde, e, que essa análise foi feita a partir do sistema de informações
151 disponibilizado pelo MS. Quanto ao Componente Ampliação, informou que o sistema foi aberto a partir
152 do dia 03/11, havendo 03 municípios com projetos cadastrados. Informou que o valor mínimo para
153 ampliação é de R\$ 50.000,00 e o máximo é de R\$ 250.000,00. Destacou que tanto para o Componente
154 Reforma como para o Componente Ampliação, há um teto limite por Estado, que ainda não foi
155 divulgado pelo MS, dessa forma, a proposta é que a CIB/PR defina critérios de priorização para seleção
156 dos projetos, para ser utilizado no caso do montante total dos projetos confirmados para o Estado
157 exceder ao valor estabelecido em Portaria pelo MS para o Paraná. Se o valor publicado em Portaria não
158 ultrapassar a soma total dos pré-projetos municipais, a CIB/PR enviará a listagem com todos os pré-
159 projetos. Antes de apresentar os critérios para deliberação da CIB/PR, Antonio Dercy, apresentou mapa
160 do Paraná, sinalizando os municípios que apresentaram projetos, aqueles com projetos confirmados e
161 aqueles sem informação, onde é possível identificar as regiões com vazios de pleitos, principalmente a
162 região central do Estado, e, ao comparar esse mapa com os mapas dos indicadores de Mortalidade
163 Infantil (2009) e do IDH, verifica-se que as regiões que não apresentaram pleitos, são justamente
164 aquelas com os piores indicadores. Ponderou que não é possível estruturar Redes de Atenção sem
165 estruturar a Atenção Primária em Saúde. Em seguida apresentou os critérios de priorização: 1.
166 população menor que 20 mil = 2 pontos, entre 20 a 100 mil = 1 ponto, e, acima de 100 mil não pontua;
167 2. IDH menor que a média do Estado (0,787) = 2 pontos, maior que a média não pontua; 3. IPDM
168 (Índice de Desenvolvimento Municipal) maior que 0,8244 = 2 pontos, menor não pontua; 4. UAPSF /
169 USAIMC sem 2 pontos, com 0 pontos; e, 5. Mortalidade Infantil maior que 12,12 = 2 pontos, menor não
170 pontua. Explicou que o ponto de corte, quando ocorrer de municípios somarem a mesma pontuação,
171 será dado a partir do porte populacional, do menor para o maior. Destacou, ainda, que o total dos
172 projetos a serem encaminhados ao Ministério da Saúde, será definido a partir do valor total estabelecido
173 pelo Ministério da Saúde para o Estado. Aberto para discussão Rene observou que a Portaria também
174 estabelece critérios de priorização para definição do montante de recursos a ser repassado para os
175 Estados, sendo: percentual de população em extrema pobreza e Produto Interno Bruto per capita da
176 Unidade Federada; reforçando que a proposta de critérios apresentada, só será utilizada se o recurso
177 definido pelo MS não for suficiente para atender a toda demanda (projetos cadastrados). Considerou
178 que o ideal seria que as Bipartites pactuassem os critérios de priorização, antes do MS abrir o sistema
179 para cadastro, e, a partir desses critérios elencar as prioridades. Registrou que essa discussão decorre
180 da necessidade de dar equidade ao sistema no Estado, potencializando a utilização dos recursos onde
181 esse se faz mais necessário. Nardi comunicou que o COSEMS/PR aprova a proposta apresentada,
182 mas, registrou que muitos municípios estão com dúvidas sobre qual fluxo seguir, principalmente em
183 relação ao envio do Cronograma de Execução e do Plano de Aplicação das obras, uma vez que a
184 Portaria prevê o envio desses documentos para a CIB, indagando se é para entregar na Bipartite
185 Regional, na Bipartite Estadual, ou, direto para o Ministério. Em seguida informou que no dia de ontem
186 também foi publicado a relação dos municípios contemplados com Academias da Saúde, fazendo a
187 leitura da relação. Em relação ao envio dos documentos estabelecidos em Portaria, Rene colocou que,
188 no seu entendimento, a CIB-Estadual deve enviar a listagem das Unidades contempladas para o MS,
189 que analisará e publicará aquelas que definir como habilitadas, e, a partir da habilitação o município
190 desencadeia todos os procedimentos para receber o recurso. Solicitou que o setor responsável na
191 SPP/SESA, entrasse em contato com os técnicos da DAB/MS e confirmasse os fluxos e, na sequencia,
192 orientasse as Regionais. Lembrou que ainda está aberto o sistema para o cadastro dos pré-projetos de
193 ampliação, ponderando que as Regionais de Saúde devem fazer um trabalho localizado, principalmente
194 naqueles municípios que, no mapa apresentado pelo Toni, indicam os maiores vazios. Cícero Lotário
195 Tironi, fez algumas indagações: 1º se os municípios que aparecem nas regiões mais claras do mapa,
196 participam das reuniões da CIB/PR, e, se tem acesso às informações; 2º. se o sistema tem
197 conhecimento da capacidade desses municípios em fazer reformas ou ampliações; e 3º. se têm
198 capacidade física de recursos humanos para essa ampliação; ponderando quanto a necessidade do
199 sistema ser pró-ativo. Carmem C. M. Santos, SMS de Carambeí, registrou que muitos municípios não
200 conseguiram cadastrar propostas no site do MS em função da metragem mínima definida, de 153m².
201 Quanto a ampliação, registrou que muitas unidades não tem condições de serem ampliadas. Toni, em
202 resposta aos questionamentos/ponderações feitos, registrou que o APSUS deverá identificar onde estão
203 os vazios assistenciais na APS, dando subsídios para um Plano de Investimento coerente com as

204 necessidades do Estado. Em relação ao fluxo, considerou que esse já este estabelecido na Portaria, e,
205 no atual estágio cabe a CIB/PR encaminhar ao MS a listagem dos municípios com pré-projetos
206 confirmados no sistema, o que, segundo levantamento feito, corresponde a 130 municípios e 308 pré-
207 projetos. Clodoaldo, SMS de Nova Tebas e presidente de CRESEMS, registrou as dificuldades dos
208 municípios de pequeno porte, observando que normalmente quando a informação chega até eles o
209 prazo é pequeno, não têm engenheiro, dependendo de assessoria ou consultoria. Também há
210 dificuldades dos SMS de acesso ao Fundo Municipal, muitos não tendo a senha para acessar a DICON.
211 Registrou que na sua região, são 02 municípios que estão assessorando os demais, no cadastro das
212 propostas. Rene ponderou que não há linearidade na informação, considerando a necessidade de se
213 ser mais pró-ativo. Avaliou que há dificuldade também decorre do fato do MS abrir sistemas para
214 cadastro direto pelos municípios, sem uma discussão prévia no âmbito da Bipartite, e, com prazos
215 exíguos, não dando tempo para os gestores se apropriarem do processo. Reconheceu que os
216 municípios de pequeno porte têm mais dificuldade em ter uma estratégia de planejamento, e, de
217 estrutura para fazer o pré-projeto, cabendo ao Estado fazer o apoio técnico, observando que o
218 COSEMS/PR, também, tem mecanismos para ajudar nesse processo. Em relação a metragem
219 estabelecida, ponderou que essa é uma discussão que deve ser feita junto ao MS. Marina registrou que
220 o COSEMS/PR está assumindo cada vez mais o seu papel de apoiador dos municípios no Estado, e,
221 que estão contratando 03 apoiadores do COSEMS/PR para atuar nas regiões junto aos municípios.
222 **Definição:** aprovado os critérios apresentados, a ser aplicado no caso do valor total dos projetos
223 ultrapassar ao montante definido para o Estado.

224 **3.4 Planos de Ação Regional de Urgência/Emergência:** Vinícius Filipak iniciou fazendo algumas
225 considerações sobre a Rede de Urgência/Emergência, enfatizando que, apesar de ter suas regiões e
226 macrorregiões definidas, o que manda nessa Rede é o tempo resposta, e, esse raciocínio, obriga a
227 pensar que ao se constituir as Redes não se pode estabelecer serviços que pertençam exclusivamente
228 a uma região ou a uma macrorregião, existindo a interdependência dos serviços. Dessa forma, todos os
229 componentes da Rede de U/E são de uso coletivo, ou seja, a frota de ambulância deve servir a toda
230 região, o hospital de referência deve receber toda a região, e as UPAS com características regional,
231 devem atender a região. Destacou que no risco de morte, a autoridade sanitária que pode extrapolar as
232 regras é o regulador. Em seguida fez retrospectiva das discussões / Portarias feitas/publicadas sobre a
233 Rede de Urgência/Emergência (ver apresentações anexas), destacando a inclusão do componente
234 hospitalar e da Sala de Estabilização. Em relação à Sala de Estabilização informou que a Portaria
235 publicada reforça o conceito de que Sala de Estabilização é um ambiente apenas e tão somente de
236 estabilização de paciente, dando condições para sua transferência ao serviço adequado para o
237 atendimento. Considerou que os gestores devem avaliar bem a implantação da sala de estabilização,
238 considerando que o atendimento tem que ser 24 horas, com médico, enfermeiro e técnico de
239 enfermagem 24 horas, e, deve estar vinculada a uma Unidade de Saúde pré-existente, ou, a um HPP
240 de até 30 leitos, devendo estar fora da abrangência de uma UPA. Em seguida apresentou o quadro das
241 UPAs registrando que serão 56 UPAs Porte I, 21 Porte II e 17 porte III, com capacidade total de
242 atendimento diário de 22.350 pacientes, considerando os critérios estabelecidos em Portaria, e, 878
243 leitos de observação de curta permanência. Apresentou quadro com a capacidade atual das UPAs
244 habilitadas, e, das UPAs novas, registrando que o desenho está de acordo com os Planos de Ação
245 Regionais elaborados pelas regiões e encaminhados para a Coordenação Estadual. Destacou a relação
246 das UPAs novas, registrando que a aprovação das UPAS pressupõe o compromisso do município da
247 implantação e do co financiamento, lembrando que o Estado não tem previsão de recurso orçamentário
248 para custeio de UPA e de sala de Estabilização. Registrou preocupação com a 4ª, 21ª e 22ª Regionais
249 de Saúde que só têm uma UPA, e, a cobertura é insuficiente para a população, havendo necessidade
250 de, ou, aumentar o porte dessas UPAs, ou, implantar UPA em outro município. Em relação ao
251 componente hospitalar informou que foi publicada a Portaria, ficando configurado a existência de
252 incentivo de investimento e custeio direcionados para Hospital Públicos e Filantrópicos que: prestem
253 pelo menos 10% de atendimento para outros municípios; tenham no mínimo 100 leitos; sejam referência
254 regional e/ou macrorregional. Colocou que a Portaria estabelece que hospitais considerados essenciais
255 para a Rede, mesmo que não atendam aos requisitos estabelecidos na Portaria, podem ser incluídos na
256 Rede como hospital de referência, enfatizando que, só não tem condições legais a inclusão de hospitais
257 que não sejam públicos ou filantrópicos. Informou sobre os recursos de investimento e de custeio, e,
258 apresentou a relação dos hospitais que atendem aos critérios estabelecidos. Em seguida apresentou os
259 mapas da conformação da Rede nas 22 Regionais, com localização dos municípios, estradas principais,
260 distribuição dos Hospitais de Referência, Unidades do SAMU, UPAs pré-existentes e novas. Registrou
261 questionamento se haverá limites, por parte do MS, na habilitação das UPAS, avaliando que deverá

262 haver. Apresentou o impacto da qualificação da Rede, se qualificados todos os leitos de UTI do Estado,
 263 que se enquadram como leitos de retaguarda da Rede de U / E, conforme planilha abaixo:

	CUSTEIO MENSAL	CUSTEIO ANUAL
CUSTEIO RUE PORTA DE ENTRADA	R\$ 6.900.000,00	R\$ 82.800.000,00
NOVOS LEITOS DE UTI	R\$ 73.440,00	R\$ 881.280,00
LEITOS PRÉ-EXISTENTES	R\$ 6.064.316,64	R\$ 72.771.799,68
TOTAL	R\$ 13.037.756,64	R\$ 156.453.079,68

264 Encerrou resumindo que a Rede de Urgência / Emergência, na divisão geográfica, se compõe de: 22
 265 Regiões de Saúde; 12 Centrais SAMU, compondo 1 até 04 RS; a distribuição dos Hospitais de
 266 Referência, UPA, e Salas de Estabilização. Em relação às Salas de Estabilização registrou que não
 267 sinalizou no mapa, porque não foi possível considerar as Salas de Estabilização previstas nos Planos
 268 de Ação Regional por não atenderem aos critérios da Portaria, informando que o direcionamento a ser
 269 dado para a inclusão das SE, será residual, naquelas regiões que não tem cobertura de UPA e aonde
 270 na cobertura do SAMU, o tempo resposta não é adequado. Encerrada a apresentação, Rene enfatizou
 271 que esse é o resultado das discussões das 22 CIB-Regionais, que implica em um impacto financeiro a
 272 ser levado ao MS, não havendo informações sobre quanto caberá ao Paraná, ou seja, poderá haver
 273 necessidade de adequações na proposta e, ela pode retornar à CIB/PR para definição de um ponto de
 274 corte. Observou que na lista apresentada dos Hospitais de Referência, não estão incluídos os dois
 275 Hospitais do Estado, em Londrina, ponderando que esses hospitais certamente atendem aos critérios
 276 da Portaria. Aberto para discussão Cíntia Jaqueline Ramos, SMS de Francisco Beltrão, questionou o
 277 fato de na proposta apresentada não constar a UPA de Santo Antonio do Sudoeste, registrando que a
 278 implantação dessa UPA foi amplamente discutida no âmbito da 7ª e 8ª RS, solicitando que isso fosse
 279 revisto. Alessandra G. Vaz, SMS de Cambé, observou que na discussão no âmbito da Regional, foi
 280 verificado que o Hospital Cristo Rei de Iporã atendia aos critérios e que Cambé e Rolândia não
 281 atendiam, principalmente no quesito referente a atender a 10% da região; sendo orientado que fosse
 282 feita uma justificativa, mas, na planilha apresentada só aparece os Hospitais de Londrina. Cícero, SMS
 283 de Jaguariaíva, também registrou a ausência do Hospital Municipal Carolina Lupion de Jaguariaíva
 284 Vinicius registrou que a proposta apresentada está sujeita a ajustes, informando que iria avaliar todas
 285 as questões levantadas, mas, que devem ser observados: a quantidade de leitos, o perfil de assistência
 286 que o Hospital, principalmente o Hospital Geral, disponibiliza (plantão de permanência de Clínica
 287 Médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e anestesiologia), ou seja, se os hospitais contam com 05
 288 plantonistas 24 horas no hospital. Márcia Huçulak manifestou sua preocupação com a quantidade de
 289 UPA previstas, observando que a discussão do quanto implica a manutenção de uma UPA precisa ser
 290 levada para os prefeitos, observando que para a manutenção da UPA Tipo I, significa manter: dois
 291 médicos 24 horas, e isso requer pelo menos 18 médicos numa escala de plantão por semana; e, um
 292 corpo de enfermagem 24 horas. Considerou que os gestores precisam avaliar prudentemente essa
 293 questão. Rene enfatizou que o desenho de UPA tem que ter o viés Regional, e que a sala de
 294 estabilização só será discutida quando o mapa da Saúde estiver definido, permitindo a identificação dos
 295 vazios assistenciais, associado a capacidade real de existência dessa Sala. Submeteu ao COSEMS a
 296 avaliação do conjunto dos Planos de Ação Regional, que se transformarão no desenho geral da Rede
 297 de U/E do Estado do Paraná, observando que as intervenções feitas na reunião serão avaliadas. Marina
 298 considerou que os Planos de Ação Regional poderiam ser encaminhados para o Ministério da Saúde,
 299 propondo que na sequência, fossem feitas discussões nas CIB-Regionais, envolvendo os prefeitos,
 300 principalmente quanto a manutenção / custeio das UPAs.

301 **3.5 Cirurgias Eletivas:** Márcia Huçulak, SGS/SESA, informou que foi encaminhado ao Ministério da
 302 Saúde, com o “ad referendum” da CIB/PR (deliberação nº 087/2011), a alocação dos recursos
 303 financeiros federais destinados para os três componentes da estratégia de Cirurgias Eletivas.
 304 Apresentou a distribuição dos recursos por município e sob a gestão do estado, informando que 12
 305 municípios (Araucária, Curitiba, São José dos Pinhais, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu,
 306 Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Maringá, Apucarana e Londrina), optaram por receber os
 307 recursos correspondentes aos 03 componentes no seu teto para o atendimento da sua população, com
 308 exceção de Araucária e São José dos Pinhais que não receberão o recurso do componente 1. Informou
 309 que no teto sob gestão do Estado, foi alocado R\$ 6.779.248,52, e, que já é possível realizar os
 310 procedimentos a partir de 01/10, alertando que há um curto período de tempo para execução desses
 311 recursos. Lembrou que o Componente 2, tem um incentivo de 50% agregado ao procedimento, visando
 312 incentivar os prestadores na realização dos procedimentos, contemplando 05 especialidades que têm
 313 uma demanda reprimida importante: cirurgia vascular, ortopedia, otorrino, urologia, e oftalmologia.
 314 Informou que a SESA está fazendo um edital de chamamento público para os prestadores, 1º: como

315 forma de regularizar e de comprometer o prestador; e 2º: para pagar de forma adequada os 50%. Nardi
 316 registrou que na reunião do COSEMS/PR a representante do município de Londrina, informou que a RS
 317 enviou documento orientando para execução de 50% do recurso até dezembro de 2011, observando
 318 que, na realidade, esse prazo é até 06/2012. Márcia reforçou que não existe compromisso para
 319 execução até 2011, mas, a orientação é que seja agilizada a execução o quanto antes, pois, em março
 320 o MS deve fazer o encontro de contas e se o Estado / município não tiver executado 50%, não recebe o
 321 recurso de 2012, ou seja, quanto antes o Estado gastar antes acessa o recurso de 2012, e, há cerca de
 322 60 mil pacientes aguardando para fazer procedimentos eletivos no PR. Rene complementou que só é
 323 possível abrir o crédito de 2012 depois da execução de 50% do recurso de 2011, e, como existe uma
 324 demanda que é reconhecida e necessária, isso não deve ser difícil, propondo que o Estado tivesse
 325 como meta, estar apto a pleitear os recursos de 2012, no máximo, em fevereiro. Observou que além
 326 dos recursos de 2012, pode haver remanescentes de outros estados, que podem ser revertidos para o
 327 Paraná, desde que o Estado tenham competência na execução do recurso. Homologada a deliberação
 328 das cirurgias eletivas.

329 **3.6 Avaliação / Revisão da Rede de Obesidade Grave:** Márcia Huçulak, informou sobre a grande
 330 demanda para Cirurgias Bariátricas, chegando a 430 pacientes em lista de espera, alguns com
 331 indicação para cirurgia há mais de 03 anos. Registrou que a Portaria que trata das normas de
 332 habilitação de serviços para realização de cirurgias bariátricas, estabelece que o serviço deve fazer uma
 333 média de 8 procedimentos operatórios mensais, e, no mínimo 96/ano. Informou sobre levantamento
 334 feito na produção dos serviços habilitados, comunicando que o Estado tem 13 serviços habilitados,
 335 quando pela Portaria deveria ter 08, sendo constatado, na média de 2010, que dos 13 serviços
 336 habilitados, apenas 03 apresentaram a produção mínima: Angelina Caron; Parolin; e, Hospital Santa
 337 Casa de Curitiba, havendo inclusive dois serviços com produção zero, e outros com 1 ou 2
 338 procedimentos ano. Registrou que em 2011 essa situação não varia muito. Ponderou que: existe fila de
 339 espera e uma demanda do Ministério Público para atendimento da fila; serviços habilitados que não
 340 realizam o nº de procedimentos programados; e, solicitações de 03 serviços, localizados em
 341 Umuarama, Guarapuava, Campo Largo, para habilitação. Colocou que a proposta apresentada no
 342 GTAS, foi: desabilitar os serviços que estão sem produção ou com produção muito baixa, mantendo
 343 aqueles com produção média, e, habilitar os serviços que estão pleiteando habilitação. Informou que
 344 após longa discussão, a proposta foi de estabelecer um prazo de 90 dias para os serviços atenderem
 345 ao que está pactuado, e, passado em prazo, que seria em fevereiro, se não estiverem produzindo o
 346 programado, proceder a desabilitação, com a conseqüente substituição pelos que têm pleito de
 347 habilitação. Edson, SMS de Cruzeiro do Oeste, considerou que 90 dias é muito tempo, e que o
 348 encaminhamento de uma solução deve ser mais rápido. Anna Paula Penteado, da SMS de Curitiba,
 349 colocou que a SMS de Curitiba não concorda com a desabilitação do HC, considerando, além do fato
 350 desse Hospital ser pioneiro na realização desse tipo de Cirurgia no Estado, a importância dele na
 351 formação de profissionais para o sistema estadual. Em relação ao Hospital Universitário Cajuru,
 352 informou que já comunicou ao prestador que deveria iniciar as atividades. Considerou razoável o prazo
 353 de 90 dias. Fernando, SMS de Guarapuava, manifestou preocupação com o prazo, principalmente em
 354 função das dificuldades no acesso, da fila de espera muito extensa e de longo tempo, e, das demandas
 355 do Ministério Público, considerando que se faz urgente uma solução. Após mais algumas manifestações
 356 / intervenções **definiu-se:** *estabelecido o prazo de 90 dias, a partir da data de hoje, para que os*
 357 *serviços habilitados passem a fazer a produção plena do que está programado, com a orientação de*
 358 *que se não houver lista de espera na região, deverá atender a outras regiões. Passado esse prazo a*
 359 *Bipartite deverá deliberar quanto a manutenção, ou não, da habilitação dos serviços atualmente*
 360 *habilitados, e, respectiva habilitação dos que estão com pleito de habilitação. No caso do Hospital Santa*
 361 *Rita, de Maringá, o gestor municipal deve consultar o prestador quanto o interesse em manter a*
 362 *habilitação, e, se o serviço manifestar interesse na desabilitação, já pode ser providenciado o seu*
 363 *descredenciamento, independente do prazo de 90 dias, com a respectiva habilitação/inclusão do*
 364 *Hospital de Umuarama, da região Noroeste, na Rede.*

365 **3.7 Revisão da Deliberação CIB/PR nº 120/2007 – sobre programação físico-orçamentária dos**
 366 **serviços de hemoterapia privados:** Márcia Huçulak, lembrou que em 2007 a CIB/PR deliberou sobre
 367 a redução linear de 10% ao ano da programação de hemoterapia dos serviços privados. Ponderou que
 368 o problema foi deliberar esse corte, sem que a Rede Pública tivesse condições de assumir o aporte de
 369 sangue para os hospitais do sistema. Colocou que a proposta é revogar essa deliberação, considerando
 370 que um quantitativo expressivo dos leitos SUS são atendidos por Bancos Privados (35,6%), não sendo
 371 possível, na atualidade, prescindir da Rede privada. Apresentou proposta de nova redação, informando
 372 que essa proposta foi aprovada na 10ª Conferência Estadual de Saúde: a ampliação progressiva da

373 distribuição de hemocomponentes pela hemorrede pública para os hospitais públicos, filantrópicos e
374 privados que atendem o SUS, à medida que a rede pública tiver condições técnicas de assumir a
375 necessidade de oferta de sangue, até atingir 100% dos pacientes SUS. Marina S. Ricardo Martins
376 colocou que o COSEMS/PR aprova a proposta apresentada. **Definição:** aprovada a revogação da
377 Deliberação 120, e, a proposta apresentada.

378 **3.8 Roteiro de Inspeção Rede Comunidades Terapêuticas:** Sezifredo Paz, informou que a proposta
379 de Roteiro foi discutida no GTPVS, informando que ela decorre do grande número de estabelecimentos,
380 (169) no estado, que carregam uma forte pressão da sociedade, e, que precisam ser inspecionado.
381 Informou sobre a publicação de uma nova resolução da ANVISA (29), que passa a considerar esses
382 estabelecimentos como de interesse à saúde, fez um arrazoado da RDC. Destacou que a proposta do
383 roteiro também se deve pela necessidade de uniformizar os critérios para licenciar os estabelecimentos,
384 informando sobre audiência pública feita, envolvendo todos os interessados. **Definição:** *aprovado o*
385 *roteiro apresentado.*

386 **3.9 Agentes de Controle de Endemias – Revisão da Deliberação nº 141/2010:** Sezifredo Paz,
387 informou que muitos municípios estão solicitando a renovação do apoio da incorporação do Agente de
388 Endemias nas Equipes de Saúde da Família, lembrando que no ano passado a CIB aprovou que o
389 Estado também repassaria recursos como incentivo para a incorporação dos Agentes de Endemia nas
390 ESF, estabelecendo, para tanto, critérios complementares aos definidos na Portaria 1007/2010,
391 (Deliberação nº 138/2010). Informou que 24 municípios foram contemplados com o repasse estadual,
392 num valor total de R\$ 1.462.400/ano, relacionando os municípios. Colocou que esses municípios foram
393 avaliados quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos na Deliberação 138/2010, sendo verificado
394 que: 1. alimentação regular dos Sistemas de Informações => 100% atenderam; 2. investigação da
395 Mortalidade Materna e Infantil => Jardim Alegre e Santa Maria do Oeste ainda não fizeram; 3. Alcance
396 de Metas da TB e da Hanseníase => Inácio Martins, Andirá, Araucária, Mamborê, Ibaiti e Iretama não
397 atenderam; Cobertura Vacinal da tetravalente igual ou superior a 95% => Andirá, Apucarana,
398 Araçongas, Mamborê, Rebouças, Terra Boa e Abatiá, ainda não atenderam; em relação ao critério 5.
399 Percentual da cobertura de Equipes de Saúde da Família de forma decrescente em até 80%, para
400 municípios com até 100 mil habitantes informou que não foi possível analisar. Informou que a proposta
401 é estabelecer prazo até final do ano de 2011 para que os municípios atinjam as metas estabelecidas
402 nos critérios da Deliberação 138/2010, e, possam se habilitar à renovação do incentivo. Caso algum
403 município não consiga cumprir as metas, poderá ser habilitado outro município até o teto de R\$
404 1.462.400,00. Marina comunicou que o COSEMS/PR concorda com a proposta apresentada, lembrando
405 que os municípios constantes da Deliberação 141/2010 estão elencados por ordem de classificação de
406 acordo com os critérios da Deliberação 138/2010. **Definição:** aprovada a proposta apresentada.

407 **3.10 Portaria 2.557/2011 => incentivo financeiro para qualificação das ações de prevenção e**
408 **controle da dengue:** Sezifredo Paz, informou que o MS publicou Portaria nº 2.557 de 28/10/2011, no
409 qual dispõe de incentivo financeiro para qualificação das ações de prevenção e controle da dengue,
410 contemplando 88 municípios no Paraná, considerados como prioritários. Informou que, aplicados os
411 critérios estabelecidos, 51 municípios do Estado ficaram de fora da relação. Apresentou os critérios
412 estabelecidos para seleção dos municípios prioritários, e, o fluxo e o prazo que deve ser seguido para
413 pleitear os recursos, informando que os recursos correspondem a 20% do valor anual do Piso Fixo de
414 Vigilância e Promoção da Saúde. Apresentou a relação dos municípios elencados na Portaria
415 2.557/2011, com os respectivos valores, perfazendo no total R\$ 2.467.723,89. Colocou que a CIB/PR
416 deve homologar os municípios, e, sugeriu que a CIB/PR encaminhasse documento ao MS, solicitando a
417 inclusão dos demais 51 municípios que atendem aos critérios da Portaria. Antonio Carlos Nardi,
418 inicialmente parabenizou o Sezifredo e a equipe da Coordenação Estadual de Dengue, pelo Encontro
419 feito em Maringá na semana passada, no qual foram capacitados profissionais das 22 Regionais. Em
420 seguida informou que o COSEMS/PR aprova a proposta apresentada, mas, solicita que a SESA avalie
421 a possibilidade de desenvolver uma campanha de mídia, voltada para as festividades do fim do ano,
422 principalmente em relação aos cuidados com os recipientes que oferecem risco para a proliferação do
423 mosquito. Destacou que esse tipo de mídia tem um impacto importante na população, mas, para os
424 municípios custa muito caro. Sezifredo registrou que a Secretaria já está preparando a Campanha para
425 esses períodos, e, está articulando com as emissoras essa mobilização. **Definição:** aprovada a relação
426 dos municípios publicados na Portaria 2.557/2011, e, o envio de documento ao MS solicitando a
427 inclusão dos demais 51 municípios que atendem aos critérios da Portaria.

428 **3.11 PROMAR – Programa de Monitoramento de Agravos do Litoral:** Sezifredo informou sobre
429 proposta de Programa de monitoramento e controle de agravos de origem ambiental do Litoral do
430 Paraná-PROMAR, discutida em conjunto com a 1ª Regional de Saúde e os municípios da região, e,

431 desenvolvido tendo em vista as especificidades daquela região. Registrou que o Programa tem por
 432 objetivo estruturar um plano permanente de vigilância em saúde, contribuindo para o desenvolvimento
 433 sustentável da região, apresentando o processo para implantação do Programa e a proposta das ações
 434 a serem feitas. **Definição:** aprovado o Programa apresentado. Sezifredo também informou sobre minuta
 435 de Portaria que trata da Vigilância da Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases,
 436 registrando que por envolver poucos municípios as orientações seriam feitas diretamente aos mesmos.
 437 Também apresentou minuta de Portaria sobre a Influenza, propondo que assim que a Portaria fosse
 438 publicada os municípios elencados fossem homologados pela CIB/PR, mas, que também, fosse
 439 solicitada a inclusão de mais municípios, que têm entre 50 a 100 mil habitantes, e, que são referências
 440 importantes para o Estado. **Definição:** aprovado

441 **3.12 Educação Permanente => pactuação recursos Portaria GM/MS nº 2.200/2011:** Rene José
 442 Moreira dos Santos, registrou que a proposta de diretrizes para a Política Estadual de Educação
 443 Permanente será apresentada para o CES/PR, visando a pactuação de uma efetiva política estadual de
 444 Educação Permanente. Registrou que a SESA pretende fazer uma política própria que atenda as
 445 especificidades do Estado, e, não apenas olhando para a indução do financiamento federal e para a
 446 lógica que isso acaba levando para os Estados. Informou que a SESA colocou no seu PPA, um aporte
 447 significativo de recursos para a estruturação da ESPP, inclusive com previsão de estrutura física para a
 448 ESPP. Ponderou que nesse momento ainda estará se pactuando na linha dos recursos e das políticas
 449 federais, mas, com um olhar novo, priorizando as Redes. Em seguida passou a palavra para Regina Gil,
 450 Diretora da Escola de Saúde Pública do Paraná. Regina Gil, informou sobre a publicação da Portaria
 451 2.200/2011, que reitera a Portaria 1.996 e acrescenta alguns ingredientes na elaboração do novo Plano
 452 de Educação Permanente, direcionando para a instalação das Redes e agregando as atividades
 453 financiadas pelo SGETS, buscando impulsionar mudanças na formação dos profissionais de saúde.
 454 Apresentou um resumo dos recursos creditados de 2007 até 2010, e, dos recursos previstos para 2011:
 455 sendo 1.111.67023 para cursos na ESPP; R\$ 1.902.878,13 para o PROFAPS, observando que esse
 456 recurso já foi pactuado na CIB/PR; R\$ 1.588.100,32 para Educação Permanente, perfazendo um total
 457 de R\$ 4.602.648,60 para serem utilizados em 2012. Apresentou os montante dos recursos
 458 comprometidos, que já foram executados ou que estão em execução, de 2008 a 2011, e do saldo
 459 disponível. Colocou que a proposta é investir na instalação das Redes, principalmente em 03 frentes:
 460 Rede de Urgência / emergência; Rede Mãe Paranaense; e na Rede de Saúde Mental, construindo os
 461 processos formativos com foco nessas 03 grandes Redes, com capacitações de curto prazo, que
 462 permitam avaliar o impacto desse processo. Rene complementou que está se optando por cursos de
 463 curta duração, dando condições de oferecer aos profissionais que atuam nas Redes cursos rápidos, e,
 464 em maior quantidade, de forma atender todas as regiões. Informou que nesse momento está se focando
 465 nessas 03 Redes, mas, nos demais anos, deve ser ampliado para as outras Redes que serão
 466 implantadas. Marina colocou que o COSEMS/PR concorda com as linhas gerais de atuação, aprovando
 467 a proposta apresentada. **Definição:** *pactuada as prioridades apresentadas para a utilização dos*
 468 *recursos.* Antes de seguir para o próximo assunto da pauta, Regina informou sobre o remanejamento de
 469 04 turmas do curso de Técnico em Saúde Bucal (convênio 3059), em função do não fechamento de 03
 470 turmas em Curitiba e de 01 turma em Londrina, que foram direcionadas para Araucária, Barracão e
 471 Paranaguá e Paranaíba. **Definição:** *aprovado o remanejamento apresentado.*

472 **3.13 TELESSAÚDE:** Márcia Sakai, técnica da ESPP, informou que o Projeto integra a Política de
 473 Educação Permanente do SUS, tendo por objetivo desenvolver ações de apoio à atenção a saúde e de
 474 educação permanente das equipes de Atenção Básica e da informatização das UBS. Informou as
 475 atividades a serem desenvolvidas: Teleconsultoria, numa média de 1.800/mês; telediagnóstico; e
 476 segunda opinião formativa. Apresentou a composição do Telessaúde: Núcleos Técnico-científicos, nas
 477 sedes das 04 macrorregiões, a serem coordenados pelos Hospitais Universitários; Pontos do
 478 Telessaúde: 1 ponto para cada 10 equipes; coordenação municipal, macrorregião e estadual; e,
 479 conectividade. Informou as instituições envolvidas, apresentando a relação de municípios do Paraná
 480 que tem conectividade hoje, num total de 252. Informou que o projeto será desenhado em 03 etapas, a
 481 1ª pensando na implantação dos 3 núcleos técnicos científicos, ficando Cascavel para uma 2ª etapa.
 482 Regina Gil registrou que o Paraná é o único Estado do sul do Brasil que não tem telessaúde implantado,
 483 e, que o processo ainda está em construção, e que o desenho deve ser apresentado até o dia 12/11.

484 **3.14 Solicitação de municípios para incremento de recursos Federal no Limite Financeiro da**
 485 **Atenção de Média e Alta Complexidade:** Márcia Huçulak informou sobre pleito dos municípios de
 486 Londrina, Maringá, Pato Branco e São José dos Pinhais para incremento de recursos no teto MAC-
 487 Assistência, apresentando os montantes/mês pleiteados: Londrina => 1.500.000,00; Maringá =>

488 920.157,00; Pato Branco => 228.000,00; e, São José dos Pinhais => 404.987,32. **Definição:** *aprovados*
489 *os pleitos de incremento de recurso e seu encaminhamento para o MS.*

490 **4. INFORMES:**

491 **4.1 Portaria GM/MS nº 2.396 => Incentivo Financeiro do PMAQ:** Antonio Dercy Silveira Filho,
492 informou sobre a publicação da Portaria 1.654 de 19/07/2011 que trata do Programa Nacional de
493 Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e do respectivo incentivo financeiro. Registrou
494 que a Portaria tem várias fases, sendo que a Fase 1 – Adesão e Contratualização, se encerra hoje.
495 Informou que a meta informada para o MS era a adesão de 250 municípios, sendo que até o dia 27/10,
496 216 municípios haviam aderido e, destes, 41 estavam com as etapas de adesão concluídas. Registrou
497 que as Regionais estão orientadas sobre esse processo.

498 **4.2 PPSUS:** Rene esclareceu que se trata de recurso do Governo Federal voltado para pesquisas no
499 SUS, no montante de R\$ 3.500.000, dos quais R\$ 2.500.000,00 do Governo Federal e R\$ 1.000.000,00
500 da Fundação Araucária. Registrou que a aplicação desse recurso seguirá a mesma lógica usada para a
501 aplicação dos recursos da Educação Permanente, devendo ser desenvolvidas pesquisas que tenham
502 aplicabilidade durante o período de governo, com foco nas Redes. Regina Gil colocou que a perspectiva
503 é trabalhar com projetos mais estruturante para a gestão, com 100% das pesquisas concluídas em 18
504 meses. Colocou que o projeto é coordenado pela SESA em conjunto com as Instituições de Ensino
505 Públicas em parceria com a Fundação Araucária. Registrou que o Ministério de Ciência e Tecnologia
506 está apoiando 10 linhas de temas de pesquisa divididos em 05 blocos: Bloco 1 – Regionalização, redes
507 e planejamento, informando que no Paraná foram elencados 02 temas => integração dos instrumentos
508 de gestão e planejamento regional do SUS, modelos de governança e contratualização interfederativa;
509 e, modelos de organização da atenção especializada e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
510 Bloco 2 – Assistência, tendo por tema Modelos de instrumentos de governança clínica e sistemas de
511 auditoria clínica. Bloco 3 – Recursos Humanos, com o tema Necessidades de alocação, capacitação e
512 fixação de médicos e demais profissionais de saúde estratégicos. Bloco 4 – Monitoramento e avaliação,
513 com 02 temas: estudos de linha de base e formulação de indicadores e modelos de avaliação da
514 estruturação, desempenho e resultados das redes de atenção à saúde; e, avaliação de resultado e
515 impacto das ações assistenciais consideradas estratégicas sobre a moralidade infantil. Bloco 5 –
516 Financiamento, tendo por tema o Sistema de apuração e gestão de custos nos serviços e nas redes de
517 atenção à saúde. Registrou que em cada tema foram elencados sub-temas e que a tarefa inicial é
518 identificar os possíveis pesquisadores que poderão participar das oficinas. Informou que está se
519 propondo um novo *modus operandi* de desenvolver esse programa, o 1º é integrar na composição do
520 edital, como critério de participação dos processos que serão eleitos, a participação de 50% de
521 pesquisadores das universidades e 50% de profissionais dos serviços de saúde; o 2º é fazer pesquisas
522 multicêntricas estaduais, informando que foi definido um coordenador da SESA para cada tema, que
523 ficará responsável pela condução, com definição de consultores com expertise nesses temas para que
524 possam subsidiar os grupos de pesquisa e fazer um delineamento comum para todos; e, 3º a
525 consultoria externa deve trabalhar conjuntamente com a Secretaria e com os grupos de pesquisa, em
526 cima dos problemas para os quais se pretende ter as informações produzidas. Colocou que cada tema
527 de pesquisa terá R\$ 500 mil, informando que a liberação dos recursos deve se dar mediante a
528 apresentação de relatórios de produção e resultados parciais.

529 **4.3 Termo de Ajuste de Antonina:** Graça Lima, registrou que o município de Antonina celebrou Termo
530 de Ajuste Sanitário, com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / MS, para correção de
531 impropriedades detectadas no Relatório de Auditoria nº 10.172 do DENASUS/SGEP/MS.