

	<p>COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – COSEMS/PR</p>	<p><b>1ª/12</b> REUNIÃO ORDINÁRIA 10/02/2012</p>
---	--	--

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

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

3 **Participantes**

4 **COSEMS/PR:** Titulares: Antonio Carlos Figueiredo Nardi (Maringá); Cíntia Ramos (Francisco Beltrão); Cristiane M. Pantaleão (Ubiratã); Eliane Chomatas (Curitiba) Suplente: Anna Paula Penteadó (Curitiba); Lizete Maria T. Engelmann, Coronel Vivida; Neusa 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 (SGS/SESA); Sezifredo Paz (SVS/SESA), Vinicius Filipak (DPUE/SESA) Suplentes: Maria Cristina Fernandes (DEAB/SAS); Maria da Graça Lima (DEST/SAS); e Marise G. Dalcucho (DECH/SGS/SESA);

10 **Secretaria Executiva:** Liliam Cristina Brandalise

11 **Representantes do CES/PR:** Amauri Ferreira Lopes e Soraia Reda Gilber.

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

14 **1. Aprovação da ata da 8ª reunião ordinária de 2012:** A secretaria executiva solicitou a aprovação na próxima reunião de março, pois, nem todos os membros retornaram com as correções.

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

17 **2.1 Alterações no teto financeiro da MAC-Assistência: Janeiro:** Remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade sob a gestão do Estado, para o Limite Financeiro sob gestão do município de Umuarama, no montante de R\$ 1.030,00/mês, referente a 01 AIH de Alto Paraíso; Remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade do município de Curitiba, para o Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade sob a gestão do Estado, no montante de R\$ 35.000,00/mês, referente à repactuação de procedimentos de órteses e próteses; remanejamento de recursos do teto financeiro da atenção de média e alta complexidade sob gestão do Estado, para o município de Maringá, especificamente competência janeiro, no montante de R\$ 324.000,00 para implementação do atendimento ortopédico para região de Maringá. **Março:** Remanejamento de recursos do teto sob gestão do Estado, para o teto sob gestão do município de CURITIBA, no montante de R\$ 35.000,00, para atender usuários da 2ª RS em procedimentos de orteses e próteses, Aprova o pleito de Francisco Beltrão para recomposição do limite financeiro da MAC - assistência bem como o encaminhamento ao MS.

29 **2.2 Habilitação/credenciamento de serviços:** habilitação de 02 leitos de UTI Neonatal Tipo II para o Hospital da Providência Materno Infantil de Apucarana, habilitação de 03 leitos de UTI Adulto para o Hospital e Maternidade Santa Rita/Associação Beneficente Bom Samaritano, município de Maringá; Habilitação do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba como Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador de Lipodistrofia; Desabilitação do Hospital São Lucas de Pato Branco como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular/Cirurgia Vascular; Desabilitação do Instituto Nossa Senhora Aparecida no município de Umuarama, como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON;\_Deliberação nº. 005/12-. Habilitação NASF I – Francisco Beltrão;\_Deliberação nº. 008/12 - Aprova “ad referendum” - Implantação do Centro de Atenção Psicossocial i no município de Maringá; Deliberação nº 006/12 – Ratifica a conversão de NASF III para NASF II dos municípios de: Campina da Lagoa, Céu Azul, Jandaia do Sul, Mamborê, Matelândia, Rio Bonito do Iguçu e Terra Boa, conforme portaria GM/MS 2.966, de 14/12/2011 e revoga as deliberações CIB/PR 194/10, 195/10, 197/12, 002, 004,005 e 006/2011.

41 **2.3 Implantações PACS/PSF/Saúde Bucal:**

42 **Novembro - 2011.**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	Itaperuçu	-	07
	Sengés	-	02
	Toledo	-	24
ESF	Contenda	-	01
	Itaperuçu	-	02
	Prudentópolis	-	01
	Toledo	-	24
S.Bucal Mod. I	Itaperuçu	-	01
S.Bucal Mod. II			

43 **Dezembro- 2011.**

<b>Estratégia</b>	<b>Município</b>	<b>Implantação</b>	<b>Ampliação</b>
ACS	Coronel Vivida	-	14
	Quatro Barras	-	07
	Terra Boa	-	07
ESF	Coronel Vivida	-	01
	Quatro Barras	-	01
S.Bucal Mod. I	Quatro Barras	-	01
S.Bucal Mod. II	-	-	-

44 **2.4 Adesão dos municípios do PR ao PMAQ-AB-Programa Nacional e Melhoria do Acesso e da Qualidade**  
 45 **da Atenção Básica:** Deliberação nº. 003/2012 - adesão dos municípios do Paraná e das equipes de Atenção  
 46 Básica, constantes da Portaria GM/MS nº 2812 de 29/11/11, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da  
 47 Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB.

48 **2.5 Alteração no Plano Operacional – fase II Projeto SIS-Fronteiras-município de Foz do Iguaçu:** Deliberação  
 49 nº. 002/12 – Aprova as alterações nos Planos de Trabalho referente à Fase II do projeto SIS Fronteiras – Foz do  
 50 Iguaçu

51 **2.6 Validação pré-propostas do Paraná no Programa de Requalificação de UBS-Componente Ampliação:** \_  
 52 Deliberação nº. 002/12 – Aprova as alterações nos Planos de Trabalho referente à Fase II do projeto SIS –  
 53 Fronteiras – Foz do Iguaçu

54 **2.7 Implantação UPA – Recursos PAC 2- janeiro/2012**

<b>Município</b>	<b>Nº de UPAs</b>	<b>Porte</b>
Umuarama	01	Porte II
Cianorte	01	Porte II
Guarapuava	01	Porte II
Cascavel	01	Porte II

55 **2.8 Projetos – Emendas Parlamentares e/ou outros:** Deliberação nº. 132/2011 Aprova o projeto da PM de  
 56 Medianeira, enviado ao MS, para a construção de Unidade de Saúde para estruturação de rede de serviços de  
 57 atenção especializada em saúde, no valor de R\$ 2.000.000,00; Deliberação nº. 131/2012- aprova o projeto do  
 58 CISOP- Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do PR, enviado ao MS, para construção do Centro de  
 59 Atendimento Ambulatorial de Especialidades, no valor de R\$ 4.000.000,00.

60 **Nardi** justificou a falta da Marina, Presidente do COSEMS. Colocou a dificuldade na agilização do recebimento  
 61 dos recursos de ampliação e reforma das UBS por conta da burocracia em relação às deliberações, mesmo as  
 62 CIB Estaduais deliberando que as CIBs Regionais possam elaborar essas deliberações, por parte do MS, há uma  
 63 dificuldade em entender esse fluxo. Para os projetos de iniciativa popular, por exemplo, um dos requisitos é a  
 64 deliberação das CIBS e que precisa ter um encaminhamento para facilitar esse processo e sugere que a CIB  
 65 Estadual, através de uma deliberação, autorize as CIBS Regionais a fornecerem a deliberação para que o  
 66 processo seja mais ágil. Colocou sobre os questionamentos dos municípios, sobre projetos de iniciativa popular,  
 67 onde o Banco do Brasil mandou para os prefeitos um ofício falando sobre um recurso a fundo perdido, para que  
 68 procurassem as RS para orientação quanto à elaboração do projeto e como gastar esse recurso, porém, esclarece  
 69 que esse recurso entrou no orçamento e é relativo aos projetos de iniciativa popular, que os municípios já sabiam  
 70 e que virou emenda e o Banco do Brasil, provavelmente, não tinha essa informação e que não há previsão de  
 71 pagamento sendo que todos os projetos foram aprovados.

72 Renê colocou que em relação a deliberações e a agilidade na liberação dos recursos, tem que trabalhar o  
 73 entendimento do Ministério da Saúde em relação à organização das CIBS Estaduais e Regionais.

74 Da parte do COSEMS como da SESA foram consideradas e aprovadas todas as homologações.

75 Em seguida o Secretário de Estado da Saúde. **Dr.Michele Caputo Neto**, fez uso da palavra agradecendo a  
 76 presença de todos (as) passando a fazer um balanço das ações da SESA em 2011 e do que a SESA fará em  
 77 2012, dizendo que 2011 foi um ano importante, balizador e de superação frente às dificuldades encontradas no  
 78 início da gestão, além das dívidas, da desestruturação das Regionais de Saúde, de uma série de equívocos na  
 79 condução das políticas de saúde, a SESA, conseguiu definir, no coletivo, o trabalho como as redes de atenção,  
 80 pagar as dívidas, colocado em dia o repasse aos municípios, conseguindo tirar o teto do SUS do Paraná da UTI,

81 resgatar a credibilidade com fornecedores e prestadores, implantou o HOSPSUS na sua primeira fase. Em 2012 já  
82 iniciou a segunda fase, sendo homologado pelo Conselho Estadual de Saúde; criadas as bases de ações  
83 importantes e projetos que serão implementados como o APSUS; a estruturação das regionais de saúde e trouxe  
84 para o orçamento da saúde quase R\$ 100 milhões de reais, recursos da Assembléia Legislativa, do próprio  
85 tesouro do Estado, de parcerias, captações, economias e tudo isso fez com que a SESA chegasse ao final de  
86 2011 com a certeza de que com muito trabalho, entendimento, parceria e compreensão de todos do que era  
87 possível ser feito frente à situação recebida, com saldo positivo. Para 2012, o destaque é o orçamento que a  
88 SESA conquistou, e que novos recursos estão sendo buscados, até porque, houve uma frustração em relação à  
89 votação da Emenda 29, que a gestão é fundamental, porém falta dinheiro no sistema, que os municípios colocam  
90 acima do previsto e que o Estado está cumprindo a parte que lhe cabe, e o recurso de R\$ 35 milhões, que era  
91 para ter vindo de uma vinculação, de uma amarra da União não saiu e se tinha expectativa de que a União  
92 colocaria os 10% do seu orçamento, da mesma forma que Estados e Municípios e isso não aconteceu. Houve  
93 avanços, principalmente na definição do que são ações e serviços de saúde, o que pode ser gasto ou não. Na  
94 reunião da Tripartite, verbalizou a necessidade de iniciar uma campanha para que a União coloque os 10% do seu  
95 orçamento, e em reunião do CES/PR, colocou que talvez o Conselho fosse o principal articulador, porém recebeu  
96 informação que a CNBB quer coordenar esse processo e que na sua visão, ELA tem todas as condições de  
97 fortalecê-lo e que o Paraná deve se somar a CNBB, que aguarda que isso seja uma realidade para que essa  
98 emenda de iniciativa popular, que precisa de no mínimo 1.400.000 mil assinaturas no país seja discutida no  
99 Congresso. Colocou que independente do que venha acontecer o trabalho tem que continuar e que com o apoio  
100 da Assembléia, do senhor governador e de outros órgãos o orçamento da saúde foi aprovado com 340 milhões a  
101 mais, 30 milhões do Banco Mundial para implementar as Redes de Urgência e Emergência e Atenção Materno  
102 Infantil . Até o orçamento no ano passado os deputados colocavam emendas dentro do orçamento da saúde e era  
103 usado, além das despesas já expurgadas do orçamento: SAV, pensão para hansenianos, hospital da Polícia  
104 Militar, também eram computadas essas emendas no orçamento e com uma diferença importante, não ficou mais  
105 a critério o que eles colocavam, foi dado um cardápio aos deputados com necessidades estruturantes para os  
106 municípios: ambulância, equipamento de Raios-X, equipamento de ultras som, além do recurso não computar no  
107 orçamento, vem para somar se tem um delineamento do que pode ser solicitado, o que mostra uma maturidade.  
108 Essa questão do orçamento é importante que a SESA tem para executar e que não se tenha dúvida que o Paraná  
109 esta sob nova direção, que o orçamento foi aberto em janeiro, coisa inédita no Estado. Tudo isso traz muita  
110 responsabilidade e que todos esses avanços não acontecem de forma uniforme no Estado, por diversos motivos e  
111 entendimento. Colocou que em 2011 a execução orçamentária foi de quase 98% e uma execução financeira de  
112 quase 90% e a luz desse orçamento em 2012 vai se fortalecer a hemorrede com a construção dos hemonúcelos e  
113 /ou Unidades de Coletas de Paranaíba, Cianorte e Telêmaco Borba, além das novas instalações da Unidade de  
114 Coleta de Paranaíba, espaço do antigo Hospital Antonio Fontes, que estava abandonado e que abrigará também  
115 a sede da 1 Regional de Saúde. Em Maringá serão quadruplicadas as salas cirúrgicas do Hospital Universitário ,  
116 com garantia, por parte do HU, de abertura de mais 30 leitos por conta do investimento realizado pela SESA em  
117 2011; a construção de pelo menos 03 Centros Regionais de Especialidades com conceito de atendimento integral  
118 :consultas, apoio diagnóstico, exames, sala cirúrgica e hospital dia, para isso precisa de apoio dos consórcios e  
119 que a SESA estará lançando o COMSUS, uma forma nova de relacionamento com os consórcios , que será  
120 discutido na CIB; ampliação do Hospital do Câncer de Londrina, que atende a 117 municípios; implantação de  
121 dois CETRADs- Centros de Tratamento de Álcool e Drogas, 01 em Cascavel e outro na região metropolitana e  
122 mais dois programados. O CETRAD é uma estratégia importante pactuada com o Ministério Público, discutida no  
123 conjunto dos municípios onde estão sendo implantados. Implantação dos SAMUS regionais preferencialmente  
124 implantados pelos consórcios e se não for possível, será implantado da mesma forma, com divisão tripartite dos  
125 recursos. O Ministério repassaria recursos para a aquisição de rádios comunicação, porém, por questões técnicas  
126 não foi possível, porém a SESA vai buscar outras formas. Colocou que alguns municípios acham que o SAMU  
127 Regional não adiantará nada que é mais barato colocar o paciente na ambulância e mandar para outros lugares.  
128 Parabeniza as regiões de Londrina e Apucarana que já viabilizaram os Samus Regionais e que este ano tem pelo  
129 menos 04 para acontecer e que outros já estão pactuados, porém depende de construção e em outras regiões  
130 está mais difícil a implantação. Colocou também que para a conclusão da obra do Hospital de Telêmaco Borba,  
131 faltam 3 milhões para resolver a primeira fase, pois, tem 25% de problemas no processo de construção e mesmo  
132 resolvendo não poderá ser inaugurado pois, não tem UTI para qual já estão sendo feitos projetos; ampliação de 20  
133 leitos no Hospital do Litoral, com novos funcionários para a Pediatria; ampliação das Regionais de Saúde,  
134 priorizando aquelas que são sedes próprias, investindo na acessibilidade, qualificando as Farmácias Especiais e  
135 Farmácia do Paraná; ampliação dos leitos do Hospital Adauto Botelho, hospital estratégico; implantação do  
136 APSUS-Plano de Diretor de Atenção Primária, onde o grande legado que a SESA tem é a perspectiva de treinar  
137 em torno de 40 mil profissionais em atenção primária ; tem a segunda fase do HOSPSUS, que teve parâmetro  
138 técnicos na sua implantação e que possibilitou manter e ampliar leitos de UTI, e na segunda fase foram  
139 credenciados o Hospital Santa Clara de Colorado, Hospital de Jaguariaíva, e esta em discussão uma proposta  
140 para hospitais de pequeno porte e nessa segunda fase mudam os parâmetros de inclusão e dos repasses. No dia  
141 02 de maio será o lançamento do Programa Mãe Paranaense, e que não foi lançado ano passado porque não  
142 tinha orçamento, porque não foi possível concretizar o link com a Rede Cegonha e a acumulação das parcerias e  
143 do entendimento de como teria que funcionar a rede materno-infantil e que muitos hospitais que serão incluídos na  
144 segunda fase do HOSPSUS serão maternidades que darão suporte ao Programa Mãe Paranaense. Comentou

145 sobre a mortalidade infantil no Paraná, onde o coeficiente diminuiu, porém alguns municípios alteram para cima os  
146 indicadores em algumas regiões e é nesses municípios que tem que se investir, que estão previstas a construção  
147 de 70 novas Unidades de Saúde e 76 Unidades recebidas do governo anterior, umas sendo entregues outras não,  
148 que esta sendo aberto o registro de preço para a compra de equipamentos para as Unidades da Saúde da Mulher.  
149 Falou sobre a contratação de 70 profissionais, pela SETI para abertura dos 10 leitos de UTI do Hospital  
150 Universitário de Londrina; previsão de realização de 35 mil cirurgias eletivas em 2012 e que no meio do ano  
151 haverá uma avaliação a ser realizada, pelo Ministério da Saúde, da execução do recurso e haverá um novo  
152 reposicionamento do recurso. Sobre as Centrais de Regulação, estão sendo aprimoradas, com a informatização  
153 das AIHs, interligar as Centrais online, interligar com os prestadores para que de fato a SESA exerça seu papel de  
154 reguladora do sistema. Falou sobre a contratação de 500 profissionais para as regionais de saúde, que foram  
155 comprados veículos, computadores, impressoras e em abril chegam os equipamentos para videoconferência, que  
156 vai ser um instrumento importante para todos, inclusive uma será colocada no palácio do governo para que sejam  
157 acompanhadas todas as pactuações. Parabenizou a todos pelos resultados obtidos na redução dos casos de  
158 dengue, que nas últimas 5 semanas epidemiológicas foram registrados 23 casos, contra 3.900 nos anos  
159 anteriores, no mesmo período, muito mais importante do que reduzir casos é reduzir mortes, no ano de 2010, no  
160 Paraná houveram 15 caso, 06 somente na 19ª RS –Jacarezinho. Perguntado sobre ambulâncias, informou que em  
161 2011, a SESA, não tinha recurso no orçamento, que foi aberto um registro de preços, com recursos oriundos da  
162 Assembleia Legislativa, e ficando deferido, que os deputados indicariam 50 solicitações e que SESA tem bem  
163 mais solicitações, para isso foi solicitado aos diretores um levantamento de prioridades para a cota que cabe a  
164 SESA e o que cabe aos deputados eles definirão seus critérios. Informou que a SESA está investindo na Política  
165 de Transplantes, com mais acesso e melhoria no atendimento; em relação a Farmácias do Paraná, que foi  
166 lançada no final do ano passado em Guarapuava, novas serão inauguradas no tempo que for possível, de acordo  
167 com a situação em cada Regional, com espaço, com senhas eletrônicas, acessibilidade, consultório farmacêutico.  
168 Falou da importância da organização da assistência farmacêutica em cada município, relatou que a SESA colocou  
169 em dia o Consórcio Paraná Saúde, a distribuição de um computador para cada município até 20 mil habitantes, via  
170 consórcio, exclusivo para o sistema Horus;foi lançado o Guia dos Medicamentos, contratação de profissionais, e  
171 que será , a partir de Abril implantado o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica, contemplando  
172 inicialmente 110 municípios, com população abaixo de 10 mil habitantes, com repasse de mil reais mês.  
173 Dr.Michele pediu licença para retirar-se, pois, tem um compromisso com o governador, agradeceu a todos. **Nardi**  
174 colocou que a parceria entre COSEMS e SESA cada vez se consolida e parabeniza a seriedade e o  
175 profissionalismo com que o secretário e equipe conduzem a SESA e externa os cumprimentos ao Governador pela  
176 construção de um Novo Paraná bem como, entrega ao secretário a Revista Experiências Exitosas apresentada no  
177 Congresso do COSEMS, em Cascavel, no ano passado. Relatou também a avaliação positiva das Oficinas do  
178 APSUS por parte das equipes municipais.

### 179 **3. Apresentações**

180 **3.1 Novas portarias da Política Nacional de Saúde Mental: Márcia** relatou que o Ministério da Saúde, em  
181 dezembro de 2011, já vinha discutindo uma nova direção para a Política de Saúde Mental, lançando a portaria  
182 GM/MS 3088/2011, que deu um novo direcionamento a Política de Saúde Mental para o Brasil e a partir dessa,  
183 mais 10 portarias foram lançadas, ao todo são 11 portarias e estão previstas outras portarias para normatizar o  
184 processo. As portarias foram discutidas no Grupo de Trabalho de Atenção a Saúde e estão disponíveis na página  
185 da SESA. A equipe técnica de Saúde Mental elaborou uma nota técnica e esta fazendo um resumo das portarias  
186 para facilitar o entendimento pelos gestores. A proposta da Saúde Mental não é diferente das demais Redes  
187 apresentadas pelo MS: Urgência e Materno Infantil, onde um Plano de Ação Regional deve ser apresentado para  
188 a habilitação de novos serviços ou readaptação de CAPS, consultórios de rua, Serviços Terapêuticos. O Ministério  
189 inseriu as comunidades terapêuticas com critérios, a portaria detalha bem esses critérios para: as Comunidades  
190 Terapêuticas, CAPS 1, 2, 3 e AD, portanto, não se habilita mais serviços sem Plano de Ação Regional, não se  
191 habilita mais serviços isoladamente. Uma das medidas imediatas tomadas pela SESA é encaminhar uma planilha,  
192 para as regionais de Saúde, com diagnóstico da situação de número de CAPS, leitos psiquiátricos e do potencial  
193 que as portarias apontam de ampliação da rede, ampliação de CAPS, consultórios de rua, de acordo com os  
194 parâmetros das portarias, para que sirva de subsídios para as equipes regionais e equipes municipais elaborarem  
195 os Planos de Ação Regional. Colocou que o Ministério da saúde aumentou a remuneração do valor para leitos  
196 especializados em hospital geral, R\$ 300, 00 reais até 07 dias de internação, ampliando para saúde mental, pois,  
197 antes os leitos era somente para dependência química e a ampliação é para a atenção da saúde mental e  
198 transtorno mental, como também colocou que para cumprir o rito com o Ministério da Saúde, para a elaboração  
199 do Plano Regional de Saúde Mental, precisa ser constituído o Grupo Condutor de Saúde Mental no Paraná e que a  
200 coordenação será da Superintendência de Atenção a Saúde. **Nardi** coloca que em relação às portarias, esta muito  
201 clara, tanto na reunião do grupo técnico como na reunião do COSEMS. Relatou o questionamento de 05 regionais  
202 de saúde: Toledo, Cascavel, Francisco Beltrão, Pato Branco e Foz do Iguaçu sobre o fechamento dos leitos do  
203 Hospital Filadélfia uma vez que tem pacientes em fila de espera, com surtos psicóticos, sem recebimento desses  
204 pacientes pelo Hospital e que essa situação se replica em outras regiões do Estado, que é preocupante o  
205 fechamento desses 240 leitos e uma solução paliativa deve ser prevista para atender esses pacientes, e que  
206 hospitais já se pronunciaram com intenção de atender esses pacientes, embora o Ministério da Saúde possa  
207 questionar o Paraná em deliberar fora da política e de portarias, o que deve prevalecer é o atendimento ao  
208 usuário. **Márcia** colocou sobre a Política Estadual de Saúde Mental, dizendo que existem diferenças na condução

209 em relação à Política Nacional, que na Nacional o leito psiquiátrico pode ser considerado enquanto não houver a  
210 ampliação da rede ambulatorial, o que no seu entender é um equívoco, pois, tem situações que há necessidade  
211 de internação. Vendo essa lacuna que ficou na Política Nacional, o Paraná, ano passado, aditivou o contrato com  
212 os Hospitais para melhorar o valor da diária de alguns hospitais, que internavam adolescentes, que já tinham  
213 contrato com a SESA, para manter esses serviços e não piorar a situação dessa rede. Um novo edital será  
214 lançado em março, com recursos do Estado, para trabalhar a qualificação do leito de transtorno mental e  
215 dependência química, com critérios, metas de qualidade, contratualização com os prestadores e com recursos  
216 alocados para melhoria da qualidade da assistência na saúde mental, pois, esse leito é necessário, colocou que o  
217 Paraná tem 2.600 leitos com uma crise grande de prestadores deixando o sistema em Curitiba e outras regiões.  
218 Além disso, esta previsto no orçamento 2012, o CETRAD-Centro de Tratamento Para Usuários de Álcool, e Outras  
219 Drogas que em Cascavel, deve iniciar no primeiro semestre de 2012, com 40 leitos, em parceria com a Prefeitura  
220 de Cascavel, atendendo a região de Toledo e Cascavel com uma proposta de ampliação para 100 leitos com  
221 recursos do Estado. O CETRAD terá 03 unidades: desintoxicação, recuperação e reinserção do indivíduo. O  
222 segundo CETRAD será implantado na região metropolitana, na área do Hospital São Roque. Colocou que essas  
223 ações não resolvem todo o problema, principalmente em relação ao atendimento da região Oeste e Sudoeste em  
224 relação ao Hospital Filadélfia e que a decisão do Hospital Filadélfia em sair do sistema foi do Hospital, que não  
225 houve pressão. A SESA está em tratativa para a manutenção do atendimento pelo Hospital e se não for possível,  
226 um levantamento está sendo realizado sobre os pacientes, que a equipe técnica irá ao Hospital para um  
227 diagnóstico e que os encaminhamentos serão realizados, caso a caso e que as alternativas de atendimento por  
228 outros hospitais serão buscadas e que os pacientes que residem no hospital e que são situações sociais, que os  
229 municípios assumam e prestem atendimento nos CRAS. **Nardi** pede um encaminhamento emergencial a  
230 demanda das regionais, pois se esperar a visita da equipe técnica da SESA ao Hospital, o problema persiste, os  
231 pacientes ficarão desassistidos, que os gestores municipais devem assumir seus pacientes nos CAPS, cumprindo  
232 com a sua obrigação quanto a assistência na atenção básica e que a homologação nessa reunião é importante  
233 para que a SESA possa reorganizar o atendimento como os prestadores interessados. **Márcia** colocou que por  
234 parte da SESA esse encaminhamento esta aceito.

235 **Encaminhamento: Que a SESA reorganize o atendimento aos pacientes das regionais de: Foz de Iguaçu,**  
236 **Cascavel, Francisco Beltrão, Pato Branco e Toledo que anteriormente eram referenciados ao Hospital**  
237 **Filadélfia com os Hospitais interessados em atender a esses pacientes e que a regulação seja via Central**  
238 **de Leitos.**

239 **3.2 Acompanhamento, Evolução do Limite Financeiro-MAC sob gestão estadual -2011: Paulo Almeida**  
240 detalha os principais pontos para avaliação e acompanhamento do limite financeiro, onde em 2011, foi  
241 movimentado R\$ 676.022,673,58, repassados pelo Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde. No componente  
242 hospitalar, o gasto foi em torno de 26 milhões mês, totalizando R\$ 316.673.090.64, valores referentes ao  
243 pagamento por produção hospitalar de todos os prestadores que estão sob a gestão estadual, no componente  
244 ambulatorial, R\$ 235.857.898,92, os contratualizados, são os Hospitais filantrópicos, teve uma média de 12  
245 milhões/mês, totalizando R\$ 148.261.428,95, com incremento do IAC em torno de R\$ 400 mil reais a partir de  
246 agosto, se for considerar a produção dos contratualizados gira em torno de 9 milhões /mês, entre o que se paga  
247 pela contratualização e a produção, há um déficit de 3 milhões/mês. O HPP-Hospitais de Pequeno Porte iniciou  
248 com R\$ 533.396.17 em janeiro e dezembro R\$ 407.086.47, essa diferença a menor se deu por conta de políticas  
249 nacional e estadual, muitos se tornaram Unidades de pronto Atendimento, outros por conta de referências  
250 regionais que foram estabelecidas encerraram suas atividades, ficando o gasto total de 2011 em R\$ 5.644.124,16,  
251 a Hemoterapia, com gasto mensal em torno de R\$ 650 mil reais, compondo R\$ 7.606.724,21; Outros que estão  
252 colocados na planilha, são convênios firmados na gestão anterior, ainda vigentes, referente aos municípios de  
253 Ponta Grossa, Campo Magro e Pinhais, totalizando no Estado um gasto de R\$ 720.397.125,10, fazendo a diferença  
254 entre receita e despesas ficam em R\$ 44.374.451,52 e se for trabalhar com regime de caixa, o que entra mês a  
255 mês, essa diferença representa um teto. Importante ressaltar duas demandas que são significativas, a dos  
256 municípios que tem a gestão do sistema e estão com seus tetos defasados e demandam ao Estado para fazer a  
257 suplementação desses recursos e os municípios que estão na gestão do Estado, no sentido de ampliar a oferta de  
258 serviços na média e alta complexidade e a dificuldade que o Estado tem em relação a isso. Muitas demandas são  
259 pautadas na CIB de gestão junto ao Ministério para que ele faça aporte desses recursos e a resposta do MS que há  
260 a necessidade de se fazer a PPI, que o Estado executa do limite orçamentário da PPI, 95% do total alocado no  
261 SISMAC de programação físico-financeiro, nesse caso mais financeiro. O MS faz a lógica da vinculação da produção  
262 sem considerar o que não é pago no sistema mediante a produção que são os contratualizados, não consideram  
263 essa produção e essa análise fica prejudicada, dando a impressão que está sobrando dinheiro. A SESA realizou  
264 levantamento dos aportes de recursos dos municípios em gestão plena que não estão vinculados a produção,  
265 pagamentos administrativos também. A perspectiva é que o MS não repassará mais recursos se não estiver os  
266 recursos vinculados à implantação das redes de atenção prioritárias definidas pelo MS e pelo Estado. Outra  
267 questão, na análise realizada pela SESA é em relação ao PDR, tem muito fluxo de procedimentos ambulatorial e  
268 hospitalar que não seguem a lógica do PDR que acaba onerando o teto desses municípios na medida em que eles  
269 não têm controle para atender as demandas para as quais ele não é referência. Outra expectativa mais imediata é  
270 a implantação do sistema de regulação para dar mais segurança no controle das contratualizações, nos protocolos

271 e nos fluxos. **Renê** complementa dizendo que a intenção de trazer essa discussão e da importância do processo de  
 272 transparência para que essas informações sejam de conhecimento de todos. Diz que recebeu uma nota técnica  
 273 resposta do MS sobre demandas dos limites financeiros no teto do Paraná, com citações sobre portarias que  
 274 aumentaram o teto do Paraná e que não entende porque existe um silêncio a respeito da extrapolação dos tetos  
 275 financeiros no Brasil, que até 2008 tinha uma proposta do MS para recompor os tetos num prazo de 3 a 4 anos,  
 276 que haveria um valor médio para cada Estado e essa discussão saiu das agendas, em 2011 essa discussão foi  
 277 realizada várias vezes, porém o MS disse que repassaria recursos para implantação das redes e para Rene, para  
 278 implantar as redes precisa colocar recursos novos, que os Municípios e Estados precisam de recursos para pagar as  
 279 dívidas dos serviços executados no momento e não de novos serviços. Quando se analisa o levantamento realizado  
 280 pela SESA a impressão que se tem é que o déficit diminuiu, no entanto, o que diminuiu foi à diferença do que se  
 281 produz com o que se tem de recursos, porém a dívida não diminuiu, em 2010 onde se tinha um déficit de uma  
 282 competência hospital e um pedaço da ambulatorial, hoje tem uma competência inteira, o que se conseguiu foi  
 283 estancar a hemorragia, porque se continuasse no mesmo ritmo a situação estaria pior, porém continua o déficit  
 284 para poder bancar com o mesmo financeiro a competência do mesmo período e que em outros municípios deve  
 285 estar ocorrendo à mesma situação. O Estado tem essa situação, está claro que os aportes de recursos foram para  
 286 pagar despesas que já existem. Essa compreensão por todos é importante para que quando foi realizado o COAP e  
 287 o Paraná não vai fazer COAP em cima de PPI com esse nível de financiamento, pode fazer COAP numa dimensão  
 288 de recursos definidos, como é o caso da Rede Materno Infantil onde o MS e o Estado estão sinalizando os  
 289 recursos, se não for dessa forma criará um conflito entre municípios e Estado, onde todos vão reclamar e todos  
 290 vão ter razão e o mais importante não é ter razão e sim recursos. Um registro importante é que as ações  
 291 realizadas pela SGS, em 2011, foram fundamentais para se ter um equilíbrio no teto financeiro do Paraná e que  
 292 este equilíbrio, este ano, vai permitir melhorar os prazos de pagamento, porém essas ações se esgotam e  
 293 precisamos ter ações concretas de incremento de recursos federais, pois podemos ter momentos onde o aumento  
 294 de demanda vai gerar aumento de gastos. Vários municípios estão solicitando aumento de teto e por uma questão  
 295 de reciprocidade, assim como o Estado expôs sua situação, temos que olhar para a situação de cada município.  
 296 Realizar PPI sem dinheiro novo, só vai criar conflitos sem solução, sem consenso, pois todos estão com a mesma  
 297 dificuldade por isso precisamos colocar essa discussão na pauta nacional, precisamos realizar um grande estudo e  
 298 mostrar ao MS o estouro do teto do Paraná, não somente sob a gestão estadual e ai discutir metodologia com o  
 299 MS, não apenas analisar o que é produção e sim pela realidade. **Nardi** diz que a realidade nos municípios condiz  
 300 com a fala do René, que o trabalho do Estado, na questão dos tetos, foi pontual e o resultado extraordinário e que  
 301 a CIB deve continuar acatando o pleito dos municípios e continuar negociando para aumento do teto do Estado e  
 302 dos municípios com a gestão do sistema.

303 **3.3 COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde:** Nardi, diz que não há necessidade da  
 304 apresentação, que já foi realizada na reunião da Câmara Técnica, na reunião do COSEMS e na reunião dos  
 305 diretores regionais, mas dar encaminhamento que o Paraná inicie o COAP nas redes prioritárias: Mãe Paranaense e  
 306 Urgência e Emergência, e que na U/E que PPI significa investimento dinheiro novo, não adianta estudos, trabalhar  
 307 lacunas sem o aceno de recursos tripartite. Coloca o encaminhamento estabelecido na reunião do COSEMS que as  
 308 CIBs Regionais devem ser fortalecidas e iniciar a discussão sobre o levantamento da capacidade instalada e os  
 309 vazios assistenciais sem falar em recurso, que se faça um mapa da realidade local com as referências regionais e  
 310 até intrarregional para poder pleitear recursos baseados em dados concretos. **Rene** diz que a SESA concorda com  
 311 o encaminhamento e solicita a SGS um levantamento do teto do Estado para fortalecer os pleitos junto ao MS.  
 312 Solicitou a apresentação da estratégia de implantação do COAP, pois para fazer o COAP inicialmente precisa ter  
 313 apropriação da regionalização, que território vai ser dimensionado, o que tem nesse território, o que é ofertado no  
 314 território, a partir dessa apropriação se tem o desenho das redes e todo esse trabalho tem base nas CIBs  
 315 Regionais e precisa criar uma agenda para quando esse processo for concluído se sente para discutir o COAP.  
 316 **Isaias** coloca que para o Paraná implementar as ações em relação ao COAP, antes da sua assinatura, algumas  
 317 definições são necessárias para saber em que passo o Estado está e o que precisa ser feito para que aconteça de  
 318 fato: **1-** Definição das regiões de saúde articulado ao desenho das redes de atenção: já esta definido e deliberado  
 319 na CIB/PR;**2-**Definição da estrutura de governança compartilhada na região: São as CIBs Regionais, que serão  
 320 fortalecidas com qualificação técnica e política, num esforço conjunto das regionais de saúde e municípios para que  
 321 as CIBs Regionais sejam efetivamente o espaço da discussão do projeto político da saúde do Paraná;**3-**Definição  
 322 da imagem objetivo para conformar a Rede de Atenção a Saúde: já esta sendo discutido as redes temáticas o  
 323 Mãe Paranaense e Rede de Urgência e Emergência; **4-** Estabelecimento de Consensos  
 324 Politicos(diretrizes,objctivos,regiões,resolutividade, acesso,regulação, mapa e responsabilidades):esses espaços  
 325 são importantes para construir efetivamente uma proposta de atenção a saúde. **5-** Programação Físico –  
 326 Financeira definição do quantum da RENASES E RENAME será assegurado na região a partir do Mapa da saúde e  
 327 do financiamento individual e global da região: identificar o que já existe de recurso e o que tem de recurso novo,  
 328 não tem como implementação do COAP sem recurso novo.**6-**Definição de penalidades e responsabilizações: esta  
 329 previsto no decreto 7508 e na Lei Complementar 141.**7-**Incorporação do indicador nacional de acesso e avaliação  
 330 de desempenho do sistema; e após a assinatura do contrato: **1-** Definir os mecanismos de gestão contrato; **2-**  
 331 Desenvolver a capacidade regional de governança da rede e da região;**3-**Contratualizar para dentro do

332 território(estabelecimentos de saúde,profissionais,consórcios públicos,etc);**4**-Definir os mecanismos de gestão do  
 333 contrato;**5**-Cada ente da federação é responsável pela operacionalização e gestão do contrato;**6**-Estruturas de  
 334 governança ampliada, novamente as CIBs Regionais como espaços de decisões no âmbito estadual e regional com  
 335 necessidade de desenvolver os aspectos técnicos e políticos com estruturas de apoio:grupos de trabalho.

336 **3.4 - Proposta de indicadores para redução das desigualdades regionais na distribuição de recursos:**  
 337 **René** fez algumas ponderações: que para 2012 tem duas grandes novidades em relação à execução do  
 338 orçamento, uma que o orçamento é um dos maiores que a SESA já teve, inclusive em investimento e isso eleva a  
 339 responsabilidade na execução desse orçamento e que o foco central é a ampliação da alocação de recursos  
 340 financeiros, seja para custeio ou investimento, nos municípios e a outra novidade, é a Lei Complementar 141, que  
 341 regulamentou a EC 29, que dará mais velocidade para a execução orçamentária, que estabelece a forma de  
 342 repasse de recursos da União para os Estados e desses para os municípios e por essa Lei a forma preferencial  
 343 passa a ser Fundo a Fundo, permanece a forma convencional, mais não via de regra, a que deva ser mais usada. Com  
 344 base na Lei 141, será enviado a Casa Civil e posteriormente para a Assembléia Legislativa, no início de março, um  
 345 projeto de Lei que regulamenta o Fundo Estadual de Saúde, já com foco na Lei 141, que entre as suas partes,  
 346 considera a preferência de repasses fundo a fundo, reduzindo a forma de rapasse convencional aos municípios e  
 347 ampliando o repasse fundo a fundo. Para isso tem que estabelecer regras claras porque na forma fundo a  
 348 fundo, deverá ter mecanismo que estabeleça, qual é o objeto, quais serão as atribuições que cada um terá, quais  
 349 os mecanismos de acompanhamento e mensuração de resultados. A Lei complementar 141, na transferência de  
 350 recursos diz, no caso dos Estados, que a transferências de recursos deve ser de preferência fundo a fundo levando  
 351 em conta dados epidemiológicos, sócio-econômicos, com ênfase na redução das desigualdades regionais, coloca  
 352 que o Plano de Governo identificou que, apesar do Paraná estar bem colocado no ranking nacional, em saúde e  
 353 economia, tem regiões com aspectos bem diferentes do ponto de vista sanitário, epidemiológico, sócio -  
 354 econômicos que precisam de investimentos adequados para que progridam fazendo com que o Paraná seja visto  
 355 mais homogeneamente. O que a SESA traz é o ponto de partida que vai balizar todas as propostas da SESA. A  
 356 equipe da Superintendência de Atenção a Saúde desenvolveu um trabalho metodológico no sentido de apresentar  
 357 esses indicadores que em sua opinião transcende até o interesse governamental de uso exclusivo na área da  
 358 saúde, pois sinalizam para ações públicas mais amplas. A partir de agora a SESA terá isso como norte e este  
 359 desenho se manterá com a coerência da SESA e com a participação dos municípios, não será para cada dinheiro  
 360 uma regra de acordo com as circunstâncias e sim para o conjunto dos recursos, uma regra de acordo com o  
 361 objetivo e não há dúvida que no Paraná tem que melhorar as desigualdades regionais para melhorar a vida das  
 362 pessoas procurando buscar um SUS mais solidário e equânime. **Márcia** coloca que em andanças pelo Paraná,  
 363 desde 2010, o que chamou a atenção foi a desigualdade do Paraná que, quando se olha na média, é uma  
 364 maravilha, porém, quando se abre essa média se percebe a desigualdade e que precisa ser corrigida se  
 365 quisermos mudar os indicadores de saúde. Colocou que a mortalidade infantil é alta, obviamente nos municípios  
 366 com maior índice de pobreza e há necessidade de trabalhar as diferenças entre municípios e regiões, colocou que  
 367 98 municípios tem menos de 5 mil habitantes e eles não são iguais, portanto, trabalhar somente com dados  
 368 populacionais também é tratar de maneira desigual. Essa proposta é pela necessidade de ter um fator de correção  
 369 de iniquidades que se tenham critérios claros e objetivos para a alocação de recursos, transparente, que todos  
 370 possam acompanhar e a priorização das ações da SESA, e a possibilidade de monitorar as correções desigualdades  
 371 ao longo do tempo. Coloca que a proposta foi elaborada baseada em 05 critérios: PIB percapita do Paraná, por  
 372 município, com peso 2, percentual da população com planos de saúde, percentual de população em extrema  
 373 pobreza, grau de urbanização e o índice IPARDES de desenvolvimento municipal, todos com peso 01, coloca que  
 374 com essa análise dos indicadores foi elaborado um condensado e dada uma nota , um peso para cada município,  
 375 de acordo com os critérios estabelecidos e que foi trabalhado por faixa de população . Colocou que a proposta  
 376 para aplicação desses indicadores é priorizar a correção das desigualdades regionais, que o Paraná tem áreas  
 377 importantes que tem dificuldades em avançar nos indicadores e que tem peso importante. Reforçou que não se  
 378 pode trabalhar por critério populacional, pois existem diferenças entre municípios com a mesma população e que  
 379 se tem que focar diferente a alocação de recursos nesses municípios. **Nardi**, parabeniza o trabalho dizendo que é  
 380 um marco importante, principalmente quando se trata de distribuição de recursos ou de compensações que a  
 381 proposta arremata a discussão sobre isso e que a CIB/PR e a SESA tem tido uma maturidade para que os recursos  
 382 sejam destinados para quem mais precisa e não com critérios engessados que são colocados por portarias. Coloca  
 383 que a CIB/PR tem que deliberar pela aprovação destes indicadores como critério definitivo do Paraná para a  
 384 distribuição de recursos ou mesmo para elencar prioridades em outros projetos e programas.

385 Encaminhamento: Aprovada a proposta dos indicadores para redução das desigualdades regionais para a  
 386 distribuição dos recursos no Paraná.

#### 387 **4- Discussão / Pactuação**

388 **4.1 Diretrizes para implantação de CEOs e de laboratórios regionais de prótese dentárias no PR-**  
 389 **SAS/SESA.** **Dr. Leo Kruguer**, coloca a proposta, através de resolução, para implantação dos Centros de  
 390 Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses. Colocou que o Paraná possui 56 CEOs,  
 391 porém, com distribuição desigual, com regiões sem nenhum CEO e tem que incrementar, incentivar a abertura de  
 392 CEOS e que neste ano , essa desigualdade precisa ser encarada com muita seriedade em 2012, que outros

393 aspectos importante é que o CEO deve ser referência para um população de no mínimo 50 mil habitantes, pois  
 394 com menos ele não sobrevive e que os consórcios intermunicipais tem que fortalecer a saúde bucal. Os critérios  
 395 para a implantação dos CEOs são: 1-Cobertura Populacional – O CEO deverá ser de referência para uma população  
 396 mínima de 50 mil habitantes; 2- Os Municípios com menor porte populacional poderão se consorciar para servir de  
 397 referência para uma população mínima de 50 mil habitantes;3- Cobertura das Equipes de Saúde Bucal na  
 398 Estratégia Saúde da Família – Para a implantação do CEO o município deve apresentar: 1. Município até 50 mil  
 399 habitantes: 60% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; 2. Município de 50 a 100  
 400 mil habitantes: 40% de cobertura de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; 3. Município acima de  
 401 100 mil habitantes: 25% de cobertura de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. São Passos para  
 402 Implantação do CEO no Estado do Paraná: I - O gestor municipal interessado em implantar um CEO deverá  
 403 elaborar um projeto de acordo com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

404 § Único - O Projeto de implantação do CEO deverá contemplar os seguintes elementos: 1. Identificação do  
 405 município ou estado pleiteante e Unidade de Saúde, com cópia do CNES; 2. Definição do tipo de CEO: (I, II ou  
 406 III);3. Descrição dos serviços que serão ofertados; 4. Demonstração da coerência com o Plano Diretor de  
 407 Regionalização; 5. Identificação da área de abrangência do CEO, indicando para que município, região ou  
 408 microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta; 6. Anexar planta baixa; 7. Inclusão da  
 409 licença sanitária; 8. Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde; 9. Deliberação da CIB Regional; 10. O Projeto  
 410 deverá ser encaminhado à Regional de Saúde. Em relação aos Laboratórios Regionais, a um aspecto que tem que  
 411 comentar que a prótese clínica é uma atividade da atenção básica e em sendo, a moldagem da prótese e a  
 412 instalação da prótese devem ser realizadas pela atenção básica não é atribuição do laboratório de prótese que tem  
 413 a função apenas da execução técnica da prótese, quem executa a parte clínica são as unidades básicas de saúde e  
 414 essa discussão tem que ser levado ao Ministério da Saúde que terá que entender como normativa nacional. Outro  
 415 aspecto importante sobre o laboratório de prótese, que ele deve ser referido para uma população de 50 mil  
 416 habitantes, que não vão existir laboratórios regionais, centralizados, ao lado dos CEOs, como idealizou o MS o que  
 417 vai existir são contratações serviços terceirizados e essas contratações não tem limite mas para os municípios  
 418 menores, para atingir a meta de 50 mil devem se consorciar. São critérios para definição de implantação de LRPD  
 419 no Estado do Paraná: I - O Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD no Estado do Paraná deverá ser  
 420 implantado preferencialmente como um serviço anexo ao Centro de Especialidades Odontológicas-CEO;II -  
 421 Cobertura Populacional – O Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD no Estado do Paraná deverá ser de  
 422 referência para uma população mínima de 20 mil habitantes;III - Os Municípios com menor porte populacional  
 423 poderão se consorciar para servir de referência para uma população mínima de 20 mil habitantes;IV - Cobertura  
 424 das Equipes de Saúde Bucal atuando na Atenção Primária à Saúde. A implantação do LRPD deve seguir os  
 425 seguintes critérios em municípios com Equipes de Saúde Bucal atuando com a Estratégia Saúde da Família: 1.  
 426 município até 20 mil habitantes: 60% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.  
 427 2. município de 20 a 50 mil habitantes: 40% de cobertura de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da  
 428 Família. 3. município acima de 50 mil habitantes: 25% de cobertura de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde  
 429 da Família. **Nardi** coloca que por parte do COSEMS, a posição é de aprovação das duas resoluções.

430 **4.2 Farmácia do Paraná: Incentivo a Organização da Assistência Farmacêutica: Deise** inicia sua fala  
 431 colocando os aspectos mais importantes, iniciando com o objetivo da Farmácia do Paraná que é promover o  
 432 acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, garantindo a adequada dispensação dos  
 433 mesmos, com ações estratégicas: estruturação das farmácias das 22 Regionais de Saúde, qualificação da  
 434 assistência farmacêutica e custeio da assistência farmacêutica. Informou que para 2012, o governo destinou e  
 435 aprovou R\$ 1 milhão de reais para implantação de um incentivo na linha do custeio para a organização dos  
 436 serviços da assistência farmacêutica para os municípios. O objetivo desse incentivo é contribuir para a organização  
 437 dos serviços farmacêuticos nos municípios paranaenses, devendo ser utilizado no custeio da assistência  
 438 farmacêutica; a transferência será por meio do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, para  
 439 municípios com até 10 mil habitantes, em parcelas mensais de R\$ 1.000 reais. Para 2012, serão considerados  
 440 elegíveis 111 municípios de acordo com o fator de redução das desigualdades regionais para alocação de recursos  
 441 estaduais. A intenção para 2013 e 2014, é que esse incentivo seja suplementado a cada ano, a expectativa de 1  
 442 milhão a mais para que no final sejam atendidos os 312 municípios, com população abaixo de 20 mil habitantes. A  
 443 resolução acompanha um Termo de Adesão e nesse termo estão estabelecidas as atribuições da SESA e das  
 444 secretarias municipais e como se dará a transferência. Em relação às atribuições das SMS: **1-** Assegurar que um  
 445 profissional farmacêutico assuma a responsabilidade técnica pela farmácia municipal; **2-**Garantir que a farmácia  
 446 municipal e o farmacêutico sejam inscritos no CRF e no CNES; **3-**Assegurar a elaboração da REMUME – Relação  
 447 Municipal de Medicamentos; 4-Assegurar a implantação de um sistema informatizado de gestão da AF; **4-**  
 448 Viabilizar a participação do farmacêutico em atividades de capacitação a serem desenvolvidas pela SESA; **5-**  
 449 Utilizar o incentivo para fins de organização da AF; **6-** Realizar melhorias de infra-estrutura para a prestação do  
 450 serviço farmacêutico municipal (Portaria GM/MS 4.217, artigo 5o – utilização de até 15% da soma dos valores dos  
 451 recursos estaduais e municipais da AF Básica. São ações, que se já não existem, organizarão a gestão da  
 452 assistência farmacêutica. AS atribuições da SESA serão: **1-**Transferir mensalmente o recurso ao município; **2-**  
 453 avaliar a aplicação do recurso financeiro através do Relatório de Gestão Quadrimestral do município, no que diz

454 respeito à AF e acompanhar os seguintes indicadores: existência do profissional farmacêutico, com certificado de  
455 RT junto ao CRF; Atualização periódica da REMUME; Inclusão da AF na Programação Anual de Saúde do  
456 município, no sentido de acompanhar a estruturação dos serviços farmacêuticos; **3-A** Regional de Saúde deverá  
457 encaminhar ao Departamento de Assistência Farmacêutica da SESA, anualmente, um parecer conclusivo sobre a  
458 execução do objeto deste termo; **4-Promover** ações de educação permanente na área de Assistência  
459 Farmacêutica. Após a pactuação pela CIB, O município deverá assinar Termo de Adesão até 10 de março de  
460 2.012\_e protocolá-lo na Regional de Saúde, endereçado ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) da  
461 SESA; Após análise do Departamento de Assistência Farmacêutica-DAF e emissão de parecer técnico, o  
462 município fará jus ao repasse do referido recurso a partir do mês subsequente. **Nardi**, coloca uma dúvida em  
463 relação a posições dispares do Conselho Regional de Farmácia no Estado e isso tem levado a multas, diferente  
464 da posição em deliberações e pactuações na CIB/PR, e que a CIB/PR, deliberou de que se tiver 1(um)  
465 farmacêutico responsável e tiver 5,10 ou 20, não é obrigatório ter o responsável técnico em todas as farmácias. A  
466 preocupação é em relação ao CRF, a obrigatoriedade de cada farmácia ser registrada no CRF ter o responsável  
467 técnico também registrado isso que precisa definir, se a deliberação da CIB continua valendo e essa é a posição  
468 do COSEMS. **Deise** coloca que os termos da resolução dizem que o profissional farmacêutico e a farmácia  
469 estejam inscritos no Conselho Regional de Farmácia do Paraná, não fala em números e não o mínimo, a  
470 resolução é aberta, sugere uma conversa com o CRF do que é razoável dentro da realidade do Paraná. **Nardi**  
471 coloca que o COSEMS concorda plenamente com a proposta, e que a preocupação dos municípios é em relação  
472 à leitura da Resolução, pois, tem municípios que não têm profissionais ou só tem 01 farmácia, porém, concorda  
473 com o encaminhamento dado pela SESA e que a proposta está aprovada.

474 **4.3 Alteração do Plano de Ação Regional de Urgência e Emergência:** **Vinicius** coloca que precisa ser  
475 realizada a alteração para a inserção de mais 03 unidades, que em novembro/2011, foi elaborada a deliberação  
476 do Plano de Ação Regional dos componente: UPA, Hospitalar e SAMU, que o Ministério da Saúde até o presente  
477 momento não validou nenhum desses componentes, que a primeira reunião técnica do Ministério com o Grupo  
478 Condutor Estadual de Urgência e Emergência foi na semana retrasada onde foi realizada a apresentação formal  
479 do plano, apesar da SESA já ter encaminhado em novembro ao MS, que não foi priorizada por agenda do MS e  
480 fizeram a consideração que farão a avaliação apenas da região metropolitana de Curitiba, por definição do MS, e  
481 que entre novembro e até o momento houve a necessidade de promoção de 03 Unidades: 01 Unidade Hospitalar,  
482 o Hospital Metropolitano de Sarandi, hospital tipo 2, como porta de urgência hospitalar, para compor a rede do  
483 norte do Estado, a segunda inclusão é uma UPA, tipo 2, no município de Guarapuava e 01 UPA, tipo 1, no  
484 município de Ortigueira, No total, são 98 UPAS no Estado sendo que 46 já com aprovação do MS, em etapas  
485 diferentes de implantação, o que dá uma cobertura populacional significativa para o PR e nenhuma das regionais  
486 do Paraná apresenta uma disparidade muito grande, persistindo um déficit razoável na 4ª porém, com essas duas  
487 UPAS na 5ª e 21ª Regional de Saúde se encerra a distribuição populacional das UPAS. **Nardi** coloca que essa  
488 discussão aconteceu na reunião do COSEMS e considera aprovadas essas alterações.

489 **4.4 Cirurgias Eletivas:** **Paulo Almeida** inicia enaltecendo a trabalho da RS e dos municípios na  
490 operacionalização da política nacional de ampliação de procedimentos de cirurgias eletivas de média  
491 complexidade e que em relação ao Estado, que tinha como critério, atingir 50% para ter acesso ao recurso de  
492 2012, foi cumprido, inclusive no componente 3, foi atingido 100% do recurso programado pactuado em 2011. A  
493 metodologia adotada, discutida no Grupo Técnico, e foi consenso, o Estado assume a gestão na  
494 operacionalização da cirurgias eletivas dos municípios com população menos de 50 mil habitantes e nos  
495 municípios com mais de 50 mil habitantes o repasse será fundo a fundo, esse municípios são: Araucária, Curitiba,  
496 São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu, Pato Branco, Francisco Beltrão, Campo Mourão, Cianorte, Umuarama,  
497 Londrina, Maringá e Apucarana, ficando na gestão do Estado R\$ 10.439.400,80, sob gestão dos municípios: R\$  
498 5.432.148,60 ,totalizando R\$ 15.871.549,40. Foi acordado que os municípios ou regionais que tem necessidade  
499 de pactuação com os municípios referidos foi estabelecido o prazo de duas semanas, que as RS informem, por  
500 componente, quanto de será pactuado com cada município para que o repasse seja fundo a fundo e que seja  
501 usado critério, na alocação desse recurso se respeite a divisão percapita, por componente. **Nardi** coloca que em  
502 relação que o COSEMS esta de acordo com o apresentado e esta aprovado. Coloca que para aproveitar a  
503 presença do Paulo, gostaria de colocar uma demanda de muitos municípios em relação ao agendamento de TFD  
504 para Curitiba, de algumas intercorrências, principalmente em relação ao mês de janeiro, que não conseguiram ser  
505 realizadas, que é uma realidade do estado todo e pede esclarecimento por parte da Secretaria Municipal de  
506 Saúde de Curitiba. **Ana Paula** colocou que teve dois tipos de questionamento, um sobre o funcionamento do novo  
507 sistema informatizado da SMS de Curitiba, que só é utilizado pela SMS, totalmente dentro da WEB e outro  
508 questionamento foi sobre o agendamento de consultas, informou que no novo sistema não tem mais agendas de  
509 consultas especialidades, que foi esperado que todas as agendas fossem realizadas para que entrasse o sistema  
510 novo, interligados em mais de 5 mil computadores, que é muito pesado, complexo e sabiam que teriam problemas  
511 na operacionalização, com alguns travamentos, algumas lentidões, devido a mudança no processo, que tem um  
512 relpdesck funcionando na secretaria pelo fone: 3350-9505, para contato de todos. Colocou também tem algumas  
513 modificações no que diz respeito ao funcionamento do sistema repassado para as regionais de saúde durante o  
514 treinamento que ano passado, que não são problemas de sistema e sim de cadastro, para que o operador do  
515 sistema possa ter acesso a ele, tem que estar cadastrado no CNES, os logins só foram gerados a partir da  
516 inserção no CNES, e que ano passado tiveram uma revisão dos logins por problemas de uso e mau uso dos  
517 logins, com pessoas usando logins indevidamente, que retiraram todos os logins, após revisão e somente foram

reativados após uma lista repassada pela SESA com o nome dos operadores autorizados. O acordo inicial da pactuação pela CIB/PR foi de que o acesso direto ao sistema deveria ser restrito a 1ª, 2ª e da 6ª Regional de Saúde, que fazem parte da macro e que Curitiba é referência. A expectativa é que o sistema se estabilize a partir da próxima semana e que sejam realizados os agendamentos dentro da pactuação dos 30% de agendamento para população não referenciada. Outra situação recebida da 4ª Regional de Saúde, sobre o TFD, que a Regional esta exigindo documentos e que isso não procede, que a SMS não solicita nenhum tipo de documento, que não tem nenhuma situação nova a não ser cadastro já existente. Informou que um passo a passo será encaminhado as Regionais de Saúde para facilitar o entendimento.

**4.5 Rede de Atenção de Obesidade Grave: Paulo Almeida** coloca que em relação a Rede de Obesidade Grave a rede de alta complexidade, foi pactuado na CIB/PR, em novembro de 2011 que seriam avaliadas as produções dos estabelecimentos vinculados a essa rede na CIB de fevereiro, janeiro os dados estão em processamento foi tomado por base a frequência de novembro e dezembro e foi deliberado de acordo com a produção apresentada a desabilitação de 03 serviços: Hospital Cajuru, em Curitiba, Hospital Universitário de Londrina e o Hospital Santa Rita de Maringá, ficando aprovada a habilitação do Hospital Nossa Senhora do Rocio, de Campo Largo, com processo instruído, estão aguardando o Hospital Nossa Senhora Aparecida de Umuarama e um Hospital de Guarapuava que a 5ª RS vai encaminhar o processo instruído na semana que vem. **Nardi** coloca, que essa discussão já estava vencida, foram dados os prazos legais dados pela deliberação da CIB, solucionou o serviço de Curitiba e em relação a Maringá, eram dois serviços, foi descredenciado o Hospital Bom Samaritano Santa Rita porém, com indicativo de que se o HU continuar a não realizar essa cirurgia será procedida a inversão do processo de descredenciamento, uma vez que está desabilitado, que a SMS esta descredenciando porque não esta cumprindo as metas da portaria e que com este encaminhamento esta aprovada essa deliberação. **Paulo Almeida** faz uma complementação informando que foi discutida a desabilitação do UNACON implicando na transferência do teto financeiro de Umuarama, que foi realizado um estudo de série histórica de 2010 da produção ambulatorial e hospitalar e isso corresponde a um valor de R\$ 78.590,00 mês e que também foi discutido na área de cirurgia vascular a desabilitação do Hospital São Lucas de Pato Branco, que tem dois pleitos para habilitação desse serviço: Hospital Policlínica de Pato Branco e do Hospital Regional de Francisco Beltrão e este serviço desabilitado era referência para a 7ª e 8ª Regionais de Saúde, porém a proposição do COSEMS é de habilitar os dois serviços pleiteantes desde que os processos estejam instruídos e se promova a divisão do teto financeiro, que ele não vê problemas desde que o MS acolha, em relação aos critérios estabelecidos pela portarias, esse pleito. **Nardi** coloca que os dois gestores estavam presentes na reunião do COSEMS, que concordam com essa deliberação, e que soluciona, que não é recurso novo e sim em atendimento, prestação de serviço e desabilitação de um serviço que não estava solucionando o problema. Encaminhamento: Fica aprovada a deliberação do credenciamento dos dois serviços, com a divisão do limite financeiro.

**4.6 Proposta de Implantação do Incentivo aos municípios para os Núcleos de Prevenção as Violências e Promoção a Saúde: Sezifredo** informa que no Paraná, 43 municípios recebem recursos diretamente do Ministério da Saúde, desde 2006, para a constituição de Núcleos de Prevenção a Violência, a maioria com menos de 50 mil habitantes e 13 com mais de 50 mil habitantes. A SESA destinou em seu orçamento 2012, 600 mil reais, para repasses fundo a fundo, aos municípios, com os seguintes critérios: municípios com mais de 50 mil habitantes e municípios que não foram contemplados com os recursos do Ministério da Saúde. Os municípios com critérios elegíveis para recebimento deste recurso no Paraná são: Almirante Tamandaré, Colombo, Pinhais, Rolândia, Campo Mourão, Guarapuava, Campo Largo, Francisco Beltrão, Umuarama, Cambé, Arapongas, Paranavaí, Cianorte, Apucarana, Paranaguá, União da Vitória, Castro, Pato Branco e Irati, perfazendo um total de 570 mil reais, com repasse igual de R\$ 30 mil reais a cada município, neste ano de 2012. Com este incentivo todos os municípios com mais de 50 mil habitantes recebem recursos federal ou estadual pra enfrentamento das violências. **Nardi** coloca que na reunião do COSEMS não havia informação do recorte populacional que esta no orçamento de 2012 do Estado, em relação aos núcleos de violência, pois, o COSEMS e o Grupo Técnico de Vigilância e Saúde haviam dado outro encaminhamento, porém, diante da apresentação de que no orçamento 2012 já está previsto um recorte populacional de incentivo para municípios de 50 mil habitantes acima, desta forma apresentada se aprova a proposta, com uma observação, de que os municípios de fato concretizem e desenvolvam as ações para que os núcleos de violência sejam todos otimizados efetivamente. **Rene** esclarece que neste caso, especificamente, não estão sendo utilizados os indicadores de redução das desigualdades, quando foi colocado no orçamento, o pensamento foi de que o Ministério da Saúde financia núcleos de prevenção à violência para municípios acima de 50 mil habitantes, porém não financia todos os municípios do Paraná com este perfil. A proposta do Paraná, além daqueles que o MS financia, financiará os demais com este mesmo ponto de corte até pela especificidade dos núcleos e pela capacidade real de que nesses municípios se tem maior capacidade de respostas e que municípios menores não teriam essa capacidade. Foi realizada uma proposta linear para aqueles municípios acima de 50 mil habitantes e que não foram contemplados com recursos do MS e que tem que responderam os critérios estabelecidos, com um repasse de 30 mil reais a cada um. **Nardi** coloca que esta aprovada à proposta.

**4.7 Incentivo para ACE/PSF –** No final do ano de 2011 foi discutido a reavaliação da deliberação CIB/PR 141/10 e a renovação do incentivo estadual a incorporação do agente de endemias a Estratégia Saúde da Família.

580 Através da deliberação 138/10, foram estabelecidos critérios para que os municípios se habilitassem ao recebimento  
 581 deste incentivo, 24 municípios foram contemplados com R\$ 1.462.00000 no total, que deveriam cumprir os  
 582 seguintes critérios: alimentação regular dos Sistemas de Informações; realização de investigação da Mortalidade  
 583 Materna e Infantil; alcance das metas da Tuberculose e da Hanseníase; cobertura vacinal da Tetravalente igual ou  
 584 superior a 95% e percentual da cobertura de Equipes de Saúde da Família de forma decrescente, em até  
 585 80%, para municípios com até 100.000 habitantes. Durante o ano de 2011, esses municípios foram avaliados em  
 586 relação ao cumprimento destes critérios e conforme deliberado pela CIB/PR, esse incentivo não seria renovado se  
 587 os critérios não fossem cumpridos. Após avaliação a situação é a seguinte: na alimentação regular dos Sistemas de  
 588 Informações e na realização de investigação da Mortalidade Materna e Infantil, todos atenderam; alcance das  
 589 metas da Tuberculose e da Hanseníase: Inácio Martins e Ibaiti, cobertura vacinal da Tetravalente igual ou superior  
 590 a 95%, dois não atenderam: Rebouças e Andirá e a questão do percentual de cobertura de EPS, não foi aplicado,  
 591 pois, não estava disponível no CNES. Com a retirada destes municípios, 20 estão aptos a receberem este incentivo  
 592 que são: Santana Do Itararé, Chopinzinho, Coronel Vivida, Apucarana, Arapongas, Itambaracá, Mambore, Jardim  
 593 Alegre, Terra Boa, Quatro Barras, Iretama, Santa Maria do Oeste, Abatia, Matelândia, Três Barras do Paraná,  
 594 Palotina, Cambé, Nova Aurora, Maringá, Araucária, perfazendo R 1.302,400, 00/ano, com a possibilidade de  
 595 manter de 198 agentes de controle de endemias no Programa Saúde da Família. Lembrou que foi falado sobre a  
 596 possibilidade de inclusão de novos municípios, com o saldo de recursos previstos, o que posteriormente será  
 597 discutido e que para a avaliação das experiências desses municípios, será realizado um Seminário, provavelmente  
 598 em abril deste ano. **Nardi** coloca que esta aprovada à homologação do elenco dos municípios que atenderam os  
 599 critérios, pois já tinha sido deliberado.

600 **4.8-Investigação de óbitos materno-infantis: Sezifredo** coloca que a SESA precisa realizar um novo  
 601 processo de trabalho na investigação dos óbitos materno-infantis e para isso esta reestruturando seu trabalho, foi  
 602 criado, por resolução, **Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos-GT-ARO**, para apoiar a realização  
 603 das ações da vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, infantis e fetais, no âmbito do Departamento de  
 604 Vigilância Epidemiológica, conforme orientação dos Guias de Vigilância da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal,  
 605 prestará apoio na investigação, análise e conclusão dos estudos de caso dos óbitos maternos, infantis e fetais, com  
 606 a atribuição de monitorar e agilizar a investigação e análise dos óbitos maternos, infantis e fetais, é composto por  
 607 equipes regionais e do nível central. Esse grupo disponibilizará aos comitês materno-infantil a conclusão da  
 608 investigação e elaborando relatórios periódicos a ser repassados aos comitês e a SESA, contribuindo para a  
 609 agilização dos dados dos indicadores desses três óbitos. **Nardi** coloca que não há nenhum questionamento e que  
 610 com essa proposta o objetivo é melhorar as investigações.

611 **Informações sobre Vacina de Raiva Bovina: Nardi** solicitou informações sobre os casos de raiva bovina  
 612 ocorridos na região de Prudentópolis e Sertanópolis em dezembro/2011 e janeiro/2012, que houve necessidade da  
 613 compra de vacinas para fazer o bloqueio, porém a Secretaria de Agricultura se esquivou, a SESA por sua vez, tem  
 614 um dispositivo legal que impede a ela de comprar a vacina, o Ministério da Saúde falou que estava em falta e  
 615 diante disso, os municípios compraram as vacinas e executaram a ação. O COSEMS faz um encaminhamento  
 616 propondo que na ocorrência desses casos, de que através de uma deliberação, o recurso do teto financeiro de  
 617 vigilância do Estado custeie emergencialmente a aquisição dessas vacinas e que, se na solicitação que será enviada  
 618 o Ministério da Saúde, este não enviar em espécie, que reponha no teto financeiro o gasto que o Estado teve com  
 619 a aquisição das vacinas. **Sezifredo** esclarece que a SESA de fato tem um impeditivo legal para comprar essas  
 620 vacinas para bloqueio ou qualquer outro insumo que o Ministério forneça. Disse que o Ministério não tem  
 621 explicitado que não vão fornecer essa vacina para bloqueio, ao contrário, fornecerão 300 doses, porém é  
 622 insuficiente. A demanda do COSEMS é importante, pois, fortalece a posição do Estado junto ao Ministério da  
 623 Saúde, que esta sendo pautado pela SESA na Câmara Técnica e na Tripartite este assunto, que esta situação não  
 624 pode continuar, pois, tem o risco sério de raiva no Paraná, somente em janeiro deste ano, foram 40 casos de  
 625 morcegos confirmados com raiva, que esta havendo um fenômeno ambiental certamente que esta levando esses  
 626 animais para a cidade. Solicitou que o COSEMNS encaminhe o documento a SESA para uma nova posição junto ao  
 627 Ministério e que esta na hora de levar essa discussão na Tripartite, pois, essa situação esta insustentável. Informou  
 628 que foi reativada a Comissão Permanente de Controle da Raiva para que se discuta novamente todo o controle da  
 629 raiva no Estado, onde será discutida todas essas questões sobre a raiva e a responsabilidade de vários setores que  
 630 envolvem a questão.

## 631 **5-INFORMES:**

632 **5.1 Comunicação formal a CIB/PR - Pleito Hospital Nossa Senhora das Graças-Maternidades Mater**  
 633 **Dei e FUNPAR-Hospital do Trabalhador-Inclusão Incentivo Financeiro portaria GM/MS 3024-**  
 634 **24/11/2011: Eliane** informou que devido à portaria GM/MS 3024 que possibilita aos hospitais contratualizados  
 635 como filantrópicos ou hospitais de ensino e que realizem atendimento exclusivo ao SUS, pleiteie junto ao Ministério  
 636 da Saúde, um incentivo de 20% sobre os recursos de média complexidade. A Secretaria Municipal de Saúde de  
 637 Curitiba recebeu a solicitação de pleito do Hospital Nossa Senhora das Graças e Maternidade Materdei e Hospital do  
 638 Trabalhador, que cumpriram os requisitos da portaria, já encaminhado ao Ministério da Saúde. Informa que tem a  
 639 perspectiva, que no mês de abril, o Hospital Cajuru também enviará a solicitação desse pleito, após repassar todo

640 o atendimento particular ao Hospital Marcelino Champanha, recém inaugurado e os convênios para a Santa Casa e  
641 após todas as adequações a portaria.

642 **5.2-QUALISUS REDE-Região Metropolitana:** Isaias informou em relação ao projeto do Banco Mundial de  
643 Saúde e do Ministério da Saúde, em conjunto com a SESA e os municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde  
644 Metropolitana. Esse projeto prevê investimento, nos próximos 3 anos e meio, de 23 milhões de reais, para infra-  
645 estrutura, custeio e investimento nas ações de saúde, priorizando as Redes de Atenção a Saúde, na CIB REGIONAL  
646 já foram definidos os 4 grandes eixos de investimento desse recurso que são: fortalecimento do processo  
647 regulador, com a implementação de uma central de regulação; a implementação da Rede Mãe Paranaense; a  
648 organização do serviços de urgência/emergência e a implantação do transporte sanitário eletivo facilitando o fluxo  
649 da população, que demandam atendimento especializado, já prevendo a construção do Centro Regional de  
650 Especialidades que atenderá a região metropolitana de Curitiba. Todos esses processo já foram deliberados na CIB  
651 REGIONAL, esta sendo finalizado o processo para ser apresentado e firmado o convênio com o Ministério da Saúde  
652 final de fevereiro ou início de março para que se dê efetivamente encaminhamento a esses investimentos que  
653 serão realizados na região metropolitana. **Nardi** solicitou informações sobre o SARGSUS. **Isaias** informou que o  
654 encaminhamento é que cada Regional de Saúde indique 2 técnicos, de preferência do quadro efetivo, para que se  
655 atualizem em relação ao SARGSUS, com isso desencadear o processo, onde cada Regional entrará em contato com  
656 seus municípios para levantamento da situação em que se encontra em relação ao SARGSUS, que de acordo com o  
657 Acórdão do TCU, o prazo para alimentação do SARGSUS é 31/05/2012. **Nardi** coloca que primeiro fica este  
658 encaminhamento, que as regionais orientem seus municípios, porém tem um outro encaminhamento que a CIB/PR  
659 encaminhe de imediato, ao Ministério da Saúde, a solicitação de que a informação do recurso financeiro seja por  
660 bloco e não por ação pois, os municípios não estão conseguindo inserir as informações dos recursos dessa forma,  
661 o que estão fazendo é uma estimativa percentual no bloco da atenção, porém tem programas que perpassam pelo  
662 bloco da atenção e o bloco de média e alta complexidade. Propõem uma de deliberação da CIB/ESTADUAL, que a  
663 informação do financeiro no SARGSUS, seja por bloco.

664 **5.3 Calendário de Campanhas de Vacina: Sezifredo** informa o calendário de vacinas para 2012: 28 de abril a  
665 18 de Maio-Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, coloca que não conseguiu alguns objetivos em  
666 relação a essa vacina como a ampliação das doses por faixa etária e a antecipação para março; de 16 de junho a  
667 07 de Julho Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite, cuja meta é vacinar 95% das crianças  
668 menores de 05 anos, com a vacina oral-SABIN, sendo que no dia 16/06 será o  
669 DIA D – dia nacional de mobilização para a campanha; de 18 a 24 de agosto: Campanha Nacional de Atualização  
670 do Calendário Básico de Vacinação da Criança, com introdução de todas as vacinas do calendário básico. Colocou  
671 que serão avaliados em campanhas e na rotina: cobertura e homogeneidade vacinais, utilização das doses de  
672 vacinas recebidas, perdas de vacinas por causas evitáveis e qualidade dos dados inseridos no sistema de  
673 informação-PNI.

674 **Informe do COSEMS e CONASEMS:** **Nardi** coloca que o Congresso do CONASEMS será de 11 a 14/06/2012,  
675 em Maceió, e que sempre é deliberado pela CIB ESTADUAL o custeio das inscrições dos Secretários Municipais de  
676 Saúde e técnicos da SESA, com algum recurso, para tanto, a CIB REGIONAL precisa de uma deliberação, para que  
677 se informe o CONASEMS, que gerará um código de isenção dessas inscrições, gerando o boleto para pagamento  
678 em uma única fatura e que não sabe com qual recurso será custeado. **Rene** coloca que vai chegar os saldos e que  
679 informará com qual recurso serão custeadas essas inscrições na próxima reunião da CIB.

680 **Graça Lima:** informa que foi aprovada na CIB a adesão do Paraná à Rede Cegonha, que a região prioritária seria  
681 a região metropolitana, definida por portaria, e que foi aprovado também a adesão dos demais municípios de  
682 Paraná no componente 1 e 3, que são: o Pré-natal, Puerpério e Atenção a Criança. Para que os municípios façam  
683 a adesão ao Rede Cegonha, tem que acessar o site <http://aplicacao.saude.gov.br/sisredes/login.jsf>, abrirá uma tela  
684 de acesso ao sistema e os municípios que não pertencem a região metropolitana devem clicar no quadro de  
685 ADESÃO ao sistema, no link em azul **clique aqui** e devem seguir o passo a passo para a adesão. Esse passo a  
686 passo está na página da CIB ESTADUAL: [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br). Graça coloca que quando os municípios forem  
687 preencher a adesão estejam com todas as informações para o preenchimento.

688 **Rene** encerra a reunião agradecendo a presença de todos.