

	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR	5ª/12 REUNIÃO ORDINÁRIA 23/08/2012
---	--	---

1 **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2012**

2 **Local:** Hotel Ello Inn

3 **Participantes**

4 **COSEMS/PR:** Titulares COSEMS: Antonio Carlos Figueiredo Nardi (Maringá); Eliane Chomatas (Curitiba), Suplente: Cintia
 5 Jaqueline Ramos,

6 **SESA:** Titulares: SESA: Rene José Moreira dos Santos (DG/SESA); Márcia Huçulak (SAS/SESA); Paulo Almeida (SGS/SESA);
 7 Sezifredo Paz (SVS/SESA), Vinicius Filipak (DPUE/SESA) Suplentes: Maria Cristina Fernandes (DEAB/SAS); e Marise G.
 8 Dalcuche (DECH/SGS/SESA);

9 **Secretaria Executiva:** Liliam Cristina Brandalise

10 Representantes do CES/PR: Leonardo Di Colli e Irene Rodrigues dos Santos

11 **Márcia** inicia a reunião cumprimentando a todos (as), iniciando com a aprovação da ata.

12 **Aprovação da Ata da 4ª Reunião Ordinária de 10 de Julho de 2012.** Nardi coloca que por parte do COSEMS esta aprovada,
 13 assim como por parte da SESA.

14 **Márcia** solicita inclusão de pauta nos temas de pactuação referente ao Remanejamento de recursos Portaria GM/MS nº 1307,
 15 referente à formação de profissionais de nível médios – PROFAPS, bem como **Nardi** solicitou inclusão de pauta, por solicitação
 16 da CIB Regional de Londrina referente ao não atendimento as gestantes para a realização de qualquer tipo de parto na Santa
 17 Casa de Cambé, solicitando um manifesto da CIB Estadual, contrário a essa posição da Santa Casa e uma intervenção imediata
 18 para que retorne esse atendimento e até que isso persista e se continuar dessa maneira que sejam suspensos integralmente os
 19 incentivos do HOSPSUS ou qualquer outro incentivo.

20 **Homologações:** SE-CIB/PR

21 **2.1- Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência**

22 **1-Competência agosto/2012**

Origem Teto Financeiro Gestão Estadual		
Destino	Valor Mensal	Observações
Maringá	R\$ 241.313,62 (Retroativo a competência Julho/2012)	Referente Estruturação da Rede de Saúde Mental-Hospital Psiquiátrico Maringá.
Londrina	R\$ 159.352,92 (Retroativo a competência Julho/2012)	Referente Estruturação da Rede de Saúde Mental- Clínica Normandi.
Londrina	R\$ 294.158,88 (Retroativo a competência Julho/2012)	Referente Estruturação da Rede de Saúde Mental- Hospital Psiquiátrico de Londrina
Londrina	R\$ 25.819,26	Referente pactuação de programação oftalmológica para atender a 18ª RS – Cornélio Procópio
Umuarama	R\$ 395.003,00 (Retroativo a competência Julho/2012)	Referente Estruturação da Rede de Saúde Mental- Clínica Santa Cruz
São José dos Pinhais	R\$ 425.167,35 (retroativo a competência abril/2012).	Referente ao recurso de Incentivo a Contratualização anteriormente recebido pelo Hospital São José, quando a gestão era do Estado.
Goioere	R\$ 48.073,97 (retroativo a competência janeiro/2012)	Referente aumento no valor de IAC – da Santa Casa de Goioere - PT GM/MS Nº 1416 DE 06/07/12

23 **2- Del nº 240** - remanejamento de recursos do Teto Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade sob gestão do Estado,
24 para o município de Umuarama, para a competência de julho a novembro de 2012 no montante de R\$ 97.505,50/mês

25 **3- Del nº 241**- remanejamento de recursos do Teto Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade sob gestão do Estado,
26 para o município de Maringá, para a competência de julho a novembro de 2012 no montante de R\$ 120.656,81/mês.

27 **4- Del nº 249** - remanejamento de recursos do Teto Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade sob gestão do Estado,
28 para o município de Londrina, para a competência de julho a novembro de 2012 no montante de R\$ 205.768,40/mês.

29 **5- Del nº 257**

Origem Teto Financeiro Gestão Estadual		
DESTINO	VALOR MENSAL	OBSERVAÇÕES
Goioere	14.361,60	Referente retorno de recursos devido a desabilitação de 05 leitos de UTI Tipo II DA Santa Casa de Misericórdia de Goioere – PT SAS/MS 472 de 22/05/2012 e PT GM/MS nº 1.119 de 29/05/2012, na competência agosto
	6.867,71	Referente complemento do valor de IAC da Santa Casa de Goioere, PT GM/MS nº 1.416 de 06/07/2012, referente a agosto/2012

30 **2.2-Habilitação/Credenciamento de Serviços**

31 **1- DEL nº 234/12- 1-Desabilitação** de 06 leitos de UTI Neonatal, Tipo II do Hospital Atílio Talamini/Prefeitura Municipal de São
32 José dos Pinhais; e que os recursos referentes aos 06 leitos desabilitados, permaneçam no teto financeiro do município. **2-**
33 **Habilitação** de 10 leitos de UTI Neonatal, Tipo II do Hospital São José/Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais e que o
34 impacto financeiro, decorrente desta habilitação, incidirá sobre 04 leitos e será na ordem de R\$ 54.446,40/mês, devendo ser
35 assumido pelo Ministério da Saúde

36 **2- DEL Nº 254** -habilitação de 10 leitos de UTI Adulto Coronariana - UCO do Hospital Angelina Caron/Sociedade Hospitalar
37 Angelina Caron, no município de Campina Grande do Sul, e que o impacto financeiro, decorrente desta habilitação, na ordem de
38 R\$ 240.000,00 /mês, seja assumido pelo Ministério da Saúde

39 **3- Del nº 259**-habilitação de 09 leitos de UTI Adulto Neonatal do Hospital Angelina Caron/Sociedade Hospitalar Angelina Caron,
40 no município Campina Grande do Sul e que o impacto financeiro, decorrente desta habilitação, seja assumido pelo Ministério da
41 Saúde

42 **4- Del Nº 256** - habilitação de 02 leitos de UTI de Adulto, Tipo II do Hospital Regional de Caridade Nossa Senhora
43 Aparecida/Sociedade Beneficente São Camilo município de União da Vitória, que o impacto financeiro para esta habilitação será
44 de R\$ 28.723,20/mês, devendo ser assumido pelo Ministério da Saúde.

45 **5- Implantação/Habilitação de NASF:** Del nº 237- **(02)**- NASF 1-São José dos Pinhais

46 Del nº 239 –**(01)** -NASF 1 – Campo Mourão

47 Del nº250- **(01)** - NASF 2 – Santa Isabel do Oeste

48 Del nº 260 – **(01)** –NASF 1 - Cascavel

49 **2.3- Implantação/Ampliação ESF/ACS/Saúde Bucal:**

50 **Competência Junho/12**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	Rolândia		06
ESF	Rolândia		01
S.Bucal Mod. I	Rondon		01
	Ubiratã		01
S.Bucal Mod. II	Rio Branco do Sul	01	

51 **Competência Julho/12**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ESF	Rio Negro		01
S.Bucal Mod. I	Mambore		01

52 **2.4- Emendas Parlamentares:**

Município	Objeto	Valor
Borrazópolis	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	80.000,00
Casa de Misericórdia Cornélio Procópio	Aquisição equipamentos e material permanente para atenção especializada	350.000,00
São Sebastião da Amoreira	Aquisição equipamentos e material permanente—Academia da Saúde	100.000,00
CISCONCAM -	Aquisição equipamentos e material permanente para atenção especializada	500.000,00
Hospital e Maternidade Alto Maracanã/Santa Casa de Curitiba	Aquisição equipamentos e material permanente para atenção especializada	100.000,00
Jaguapitã	Construção UBS	200.000,00
Itaguajé	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	100.000,00
Barracão	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS Construção de UBS	280.000,00 250.000,00
Marilena	Estruturação Rede de Serviço de Atenção Primária	100.000,00
Santa Cruz do Monte Castelo	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	150.000,00
Itaperuçu	Construção UBS Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	200.000,00 168.000,00
Colorado	Aquisição equipamentos e material permanente—CAPS I Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	188.720,00 252.030,00
Serranópolis do Iguaçu	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	100.000,00
Rosário do Ivaí	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	400.000,00
Rolândia	Aquisição equipamentos e material permanente-UBS	150.000,00

53

54 **2.5- Ratificação Ordem de Início de Serviço de UPA:** Del 214/12-Telêmaco Borba, Del nº 236 – Francisco Beltrão

55 **2.6- Incentivo 100% SUS-**Del nº 227/12 - **Aprova** o pleito dos Hospitais Nossa Senhora das Graças- Maternidade Mater Dei e
56 FUNPAR/Hospital do Trabalhador a receberem incentivo financeiro destinado aos estabelecimentos hospitalares que prestam
57 100% (cem por cento) dos seus serviços de saúde exclusivamente ao Sistema Único de Saúde - Incentivo 100% SUS).

58 **2.7- Atenção Domiciliar:** Del nº 242 - a habilitação de 02(duas) equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar- EMADs e
59 01(uma) equipe multiprofissional de Apoio-EMAP, no município de São José dos Pinhais.

60 **2.8 – Ratificação de Termo de Conclusão de UPA –** Del nº 244/12 – Coronel Vivida e Del nº 245/12 - Londrina

61 **2.9 – Projeto SIS Fronteira –** Del Nº 252- alterações no Plano Operacional referente à Fase III do Projeto SIS-Fronteiras, linha
62 de ação 4, do município de Pato Bragado.

63 **3.0 – Projeto Especificidade Regionais: Del nº 261 –**Aprova a alteração do Projeto de Compensações das Especificidades
64 Regionais –Prudentópolis – recurso será utilizado para saúde do Idoso

65 **3.1- Alteração modalidade de gestão – UPA II – Castro – Del 262**

66 1- A transferência de recursos federais, referente à Portaria GM/MS Nº 498, 21/03/2012, do Fundo Estadual de Saúde para o
67 Fundo Municipal de Saúde, do município de Castro, referente à habilitação da UPA II – CNESS 6914624, na competência
68 fevereiro/2012 a Agosto/ 2012, no valor total de R\$ 1.225.000,00 (Hum milhão duzentos e vinte e cinco mil reais).

69 2-A alteração na modalidade de gestão da UPA II- CNESS 6914624, de media complexidade estadual, para média complexidade
70 municipal, a partir da competência setembro/2012, com repasse de recursos federais do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo
71 Municipal de Saúde, do município de Castro, no valor de R\$ 175.000,00/mês

72 **Márcia** coloca que com as UTIs hoje homologadas, do início do ano até o presente momento, foram habilitados 84 leitos de UTI,
73 na região metropolitana, que a SESA esta adquirindo equipamentos para implantação de 70 leitos de UTI, que com essa
74 implantação o Estado do Paraná serão quase 160 leitos de UTI a mais e que com isso o déficit de UIT Neonatal ficará zerado no
75 Estado do Paraná, um dos compromissos da Rede Mãe Paranaense. **Nardi** coloca que tem que se reconhecer esse empenho e
76 coloca uma dificuldade trazida, na reunião do COSEMS, em relação à Rede Mãe Paranaense referente à questão da habilitação
77 de serviços hospitalares para a realização do parto intermediário, que tem que esclarecer uma dúvida que surgiu, que é em relação
78 ao risco habitual, intermediário e alto risco, é uma classificação para a Rede Mãe Paranaense, para que os serviços hospitalares
79 recebam o incentivo estadual como referência para os partos, diferente da Rede Cegonha, que não tem exige essa
80 classificação, coloca também que em regiões e municípios que ainda não tem as suas referências, que a SESA, em conjunto
81 com os CRESEMS e as Regionais, faça um esforço para fechar as referências hospitalares nas 03 classificações para
82 atendimento aos partos, para que se feche a Rede Mãe Paranaense, com isso assegurar uma saúde materno-infantil, um parto
83 de qualidade e uma redução dos coeficientes de mortalidade materno-infantil, no Paraná. **Márcia** coloca que para ficar claro a
84 todos, a Rede Cegonha, por decisão do Ministério da Saúde, foi implantada e os recursos ainda não chegaram, somente para os
85 29 municípios da região metropolitana, que a escolha foi do Ministério da Saúde e que na CIB em julho deste ano, por
86 deliberação, a SESA solicitou a inclusão, através de ofício ao Ministério da Saúde, à inclusão de mais 03 regiões no Paraná:
87 Londrina, Maringá e Guarapuava, embora o Ministério da Saúde tenha dito que seriam somente as regiões metropolitanas, o
88 Paraná encaminhou essa solicitação. Colocou que a SESA adotou como medida que a Rede Mãe Paranaense é para todos os
89 399 municípios do Paraná, para todas as gestantes paranaenses e que, por meio de reuniões com as regionais estão sendo
90 realizadas reuniões para trabalhar a vinculação do parto, que isso é que fará a diferença no enfrentamento da mortalidade
91 materno-infantil, que será realizado um chamamento público onde os hospitais de todo o Paraná, independente da Rede
92 Cegonha, farão a adesão mediante as deliberações das CIB's Regionais que pré-qualificarão os hospitais para risco habitual e
93 intermediário, que em relação ao alto risco os hospitais estão em constante avaliação pela comissão do HOSPSUS, solicita que
94 os municípios acompanhem essas avaliações, que os recursos é para atender as pessoas e não ao interesse dos prestadores.
95 Colocou que quando a Rede Cegonha chegar a todo o Paraná será incorporado ao processo que o Estado vem desenvolvendo.
96 **Nardi** coloca que o que se quer são parceiros sérios para que a população tenha acesso e qualidade no atendimento com
97 serviços humanizados, que em relação à Santa Casa de Cambé que já fique pactuado a suspensão imediata dos recursos diante
98 dos problemas apresentados, porém que seja realizada uma intervenção imediata para que a Santa Casa de Cambé volte a
99 receber esses recursos, uma vez que já foram aprovados na CIB recursos para a UTI Neonatal da Santa Casa de Cambé que
100 esta funcionando com recursos do SUS, bem como outros serviços. Colocou sobre a necessidade de uma nota técnica de
101 esclarecimento sobre os recursos federais em relação à implantação das 05(cinco) Redes prioritárias do Ministério da Saúde,
102 para o Estado do Paraná, recursos esses que só estão contemplando, no Brasil, por opção do Ministério da Saúde, as capitais e
103 regiões metropolitanas, que os municípios estão sendo questionados porque os recursos, que estão disponíveis, não chegam
104 aos demais municípios e que é importante esse esclarecimento. **Márcia** colocou que em relação à Rede de Urgência e
105 Emergência que o Plano de Ação do Paraná foi apresentado ao Ministério da Saúde, esse ano, porém o Ministério definiu a
106 região metropolitana das capitais, não foi decisão da SESA, que para esse ano o Ministério não acena para outras regiões,
107 assim como a Rede Cegonha, o Paraná propôs para o Estado todo, porém o Ministério definiu somente para as regiões
108 metropolitanas, em relação à Rede de Saúde Mental, no Plano do Enfrentamento do Crack, foi apresentado em Brasília, com a
109 presença do vice-governador, o Plano do Paraná, porém novamente, naquele momento, fez a pactuação apenas para a capital,
110 porém o Paraná pressionou e diante disso, por meio de uma reunião do Grupo Condutor da Saúde Mental, com o
111 subcoordenador da área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, onde foi colocado o Plano do Paraná, que foi dado um bom
112 sinal dizendo que se o Estado fechar a proposta rapidamente há a possibilidade, este ano de novos recursos, só não se sabe
113 para que região, terá que ser pactuado, que o Paraná já tem um Plano semipronto e uma nova reunião foi marcada para discutir
114 esse plano e homologar na CIB em outubro.

115 **Apresentações**

116 **3.1 - Saúde Mental: SAS - Egressos do Complexo Médico Penal, Mapa Estratégico da Rede de Atenção a Saúde Mental**
117 **Plano Crack, É Possível Vencer – proposta do Paraná: Juliano** inicia colocando as informações sobre os egressos do
118 complexo médico penal que foram recentemente transferidas para uma instituição a qual a SESA trabalhou para viabilizar essa
119 transferência, num trabalho em conjunto com o Tribunal de Justiça e a Vara de Execuções Penais, sendo 687 internos, desses,
120 431 estavam submetidos a medidas de segurança e cerca de 100 desses internos, por ter alta social e cumprida à pena tem
121 condição de sair do complexo médico penal, para cerca de 50 destes foi realizado resgate de vínculo familiar e 44 foram
122 direcionados para essa Instituição que fica em Santa Terezinha do Itaipu, chamada de residência de reabilitação psicossocial
123 assistida, com uma equipe multiprofissional cujo objetivo é inserir essas pessoas na sociedade. O Complexo Médico Penal é
124 formado por um Hospital Geral e um Hospital de Custódia e que no Hospital de Custódia tinham pessoas com transtorno mental
125 que cometeram desde pequenos delitos como delitos mais graves e que já tinham cumprido o seu tempo e que tinha que se dar
126 um encaminhamento a essas pessoas, dessa forma resgatar a cidadania dessas pessoas. **Juliano** colocou sobre o **Mapa**
127 **Estratégico da Rede de Saúde Mental**, destacando que estão demonstrados, nesse Mapa, todo o processo de gestão e o
128 elemento financeiro para que possa atingir os objetivos propostos, que a **Missão** da Rede é: Formular e desenvolver a Política
129 Estadual de Saúde Mental para organizar a Rede de Atenção a Saúde Mental, de forma articulada e resolutiva a toda população
130 paranaense, a **Visão**: Desenvolver até 2020 um modelo de gestão articulada com outras áreas governamentais e sociedade civil
131 que proporcione saúde mental a toda população paranaense; os **Valores**: Ética Solidariedade Comprometimento Competência
132 Cidadania; a **Visão para a Sociedade**: Reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com
133 necessidades decorrentes do uso de drogas; Processos:- Melhorar o acesso nos diversos pontos de atenção, em especial na
134 APS e situações de urgência e emergência; Melhorar a qualidade e resolubilidade em saúde mental nos diversos pontos de
135 atenção da rede; Fomentar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos em saúde mental e reabilitação psicossocial, por
136 meio de ações intersetoriais e sociedade civil; Viabilizar sistema de apoio (assistência farmacêutica, diagnóstico e informações) e
137 logístico (transporte e regulação). A Gestão: Promover a articulação com outras áreas governamentais e sociedade civil;
138 Desenhar/organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental, com definição das competências de cada ponto de atenção, incluindo
139 sistemas logísticos e de apoio; Implantar o plano de qualificação dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Mental,
140 por meio de Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Implantar e implementar novas tecnologias de abordagem e
141 cuidado na Rede de Atenção à Saúde Mental; Implantar plano de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde
142 Mental e o Financeiro: Garantir recurso financeiro estadual para os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, segundo
143 critérios de qualidade pré-estabelecidos. Juliano coloca que em relação ao Plano do Crack, que somente a capital foi agraciada
144 com a pactuação do Ministério da Saúde, porém em reunião com o representante do Ministério foi apresentado o Plano para
145 todo o Paraná e que a proposta é que se tenha um CAPS AD 3, por Regional de Saúde, trabalhar com supervisão clínica de que
146 se tenha a implantação dos serviços residenciais terapêuticos, das Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil e adulto, que
147 muitos desses componentes estão no plano do Crack, outros serão implantados independente do plano do Ministério da Saúde.
148 Em relação ao **Fluxo de encaminhamento para internamento Psiquiátrico**, desenvolvido para a 1ª, 2ª e 6ª Regionais de
149 Saúde, e somente para essas inicialmente, uma vez que o Sistema de Regulação implantado a partir de 01/08, apenas para
150 essas regionais, colocou que a novidade desse fluxo é o Centro Psiquiátrico Metropolitano - CPM fazendo a regulação dos leitos
151 de psiquiatria para a 1ª, 2ª e 6ª regionais de saúde e a partir da identificação da pessoa com sofrimento e/ou transtorno mental
152 e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas, procuraria uma Unidade Básica de Saúde, UPA, Pronto Socorro, Hospital
153 Geral, CAPS e outros, após avaliação se o estado da pessoa é grave ou não, se a avaliação é não, a pessoa mantém-se no
154 ponto de atenção, se for grave vai para avaliação se é emergência, se não for, volta ao ponto de atenção e se houver a resposta
155 de sim, passa a verificação da necessidade de internação ou não, se precisa de internamento aciona o CPM para a avaliação e
156 regulação, que no CPM o psiquiatra avalia novamente a necessidade de internamento ou não, se não retorna ao ponto de
157 atenção e em necessitando o CPM faz a busca da vaga de leito ou em Hospital Geral ou Psiquiátrico. **Márcia** reforçou a
158 importância da ação realizada em relação aos pacientes do Complexo Médico Penal, bem como colocou sobre a apresentação
159 do Mapa Estratégico da Rede de Saúde Mental dizendo que todo um trabalho esta sendo desenvolvido, que se trabalhará tanto
160 o transtorno mental quanto a dependência química e ai entra o Plano do Crack, que se está incentivando toda a organização de
161 uma Rede com todos seus pontos de atenção, que se trabalhará uma capacitação para as equipes de atenção primária, que em
162 um diagnóstico realizado se constatou que uma alta taxa de reinternação, pois o paciente sai do hospital e a atenção primária
163 não assume, não acompanha, não tem CAPS na região. Colocou sobre a regulação dos internamentos psiquiátricos que os

164 hospitais psiquiátricos não serão porta de entrada, que os leitos serão 100% regulados, que porta de entrada é Atenção Básica,
 165 UPA, Pronto Socorro, SAMU, CAPS, e faz um apelo aos gestores para que compreendam esse fluxo, que o COM esta fazendo
 166 um telesáude orientando os profissionais, se necessário. **Nardi** coloca que regulando o acesso é muito maior, sem interferência
 167 dos atravessadores, que essa discussão foi colocada no Grupo Técnico na reunião do COSEMS e que foi aprovado, que se tem
 168 que incrementar, para fortalecer a política de saúde mental de fato para se ter uma minimização dos problemas crescentes e que
 169 a própria restrição das portarias, em relação à implantação dos CAPS, cria dificuldades para que os municípios realizem as
 170 ações e que alguns já realizam sem financiamento, que precisa se encaminhar esse pleito a Coordenação Nacional de Saúde
 171 Mental para que acene com um incentivo, uma forma de financiamento com esses municípios. Aproveita a oportunidade para
 172 agradecer a todos pela grande mobilização Saúde + 10, que inúmeros municípios já trouxeram lista assinadas que essa corrente
 173 do bem tem que crescer mais para se atingir a meta. Solicita também que não se tenha reunião da CIB no mês de setembro.

174 **Coloca que em relação à apresentação, por parte do COSEMS está aprovado.**

175 **4- Discussão/Pactuação**

176 **4.1 – Diretrizes para Implementação do COAP no Paraná:** **Rene** coloca que foi pactuado na CIB um grupo condutor BIPARTE
 177 para elaborar o processo de implementação do COAP no Paraná, previsto no Decreto 7508, e representa uma fase em que as
 178 três esferas de gestão estabelecerão uma pactuação específica sobre as respectivas responsabilidades sejam as organizativas,
 179 de financiamento ou ligadas à questão gestão, diferente do Termo de Compromisso de Gestão que trouxe semelhanças iguais,
 180 porém se transformou em ferramentas burocráticas, o COAP pode ser talvez o momento definitivo na relação entre os gestores
 181 no que diz respeito a implementação de um contrato que prevê metas específicas a serem atingidas com base em indicadores,
 182 para os quais se busca um resultados. Colocou que para a implementação do COAP no Paraná se sentiu necessidade de
 183 elaborar um documento orientador que estabeleça diretrizes para esse processo de implementação do COAP, para criar uma
 184 sistematização e facilitar o entendimento de onde se quer chegar, partindo da idéia que o COAP não é o início do processo e
 185 nem o final, pois esse nunca vai existir, pois é um processo dinâmico de monitoramento e avaliação, que o início do processo
 186 passa por premissas, que a primeira é a clareza sobre os territórios sanitários, que não se tem condições de elaborar um
 187 contrato sem essa definição, segundo, que precisa se ter um processo de planejamento regional a partir dos territórios sanitários
 188 e terceiro, precisa se estabelecer mecanismos de gestão regional, que o COAP, no Paraná será consolidado com base no que
 189 já foi pactuado e que está especificado no Plano Estadual de Saúde, já aprovado no CES/PR, cuja base central da idéia e que
 190 orienta como objeto as demais diretrizes que estão no PES, é que a organização do sistema de saúde no Paraná será por meio
 191 das Redes de Atenção à Saúde, portanto a primeira premissa é que o COAP vai identificar a forma de como essas Redes estão
 192 sendo organizadas e para isso, é necessário se estabelecer consensos conceituais, que o primeiro consenso conceitual que se
 193 quer estabelecer e que tem elementos essenciais, que tem que ser observados em uma rede, são os atributos que tem território
 194 e população definidos, que uma rede tem que ter vários pontos de atenção com complexidades crescentes buscando a
 195 integralidade, que tem que ter um sistema de governança para toda essa rede, no âmbito local, regional e macrorregional e a
 196 definição de elementos centrais de financiamento tripartite. Colocou que as Redes de Atenção à Saúde já foram colocadas no
 197 PES e identificadas em 05 Redes prioritárias: Materno-Infantil, Urgência e Emergência, Saúde Mental, idoso e Pessoa com
 198 Deficiência e que para este momento esta sendo focada em 03 Redes: Materno-Infantil, Saúde Mental e Urgência e Emergência,
 199 que algumas premissas em relação às Redes que devem ser contempladas nas diretrizes e que a principal delas é entender que
 200 toda a integralidade da assistência a saúde nas redes de atenção, só se completa em uma macrorregião, que não existe rede
 201 completamente concluída, em uma região, portanto tem que se estabelecer um território regional, sobre o qual existem
 202 especificidades mínimas, de acordo com o Decreto 7508, porém, algumas de maior complexidade que se completam somente na
 203 macrorregião. Colocou que o Documento das Diretrizes traz todos esses recortes em relação às Redes de Atenção e partindo
 204 desse desenho, se tem condições específicas de entrar na discussão central da regionalização, cuja proposta no Paraná será 22
 205 regiões de saúde que contemplam as ações e serviços mínimos previstos no Decreto 7508 que são: atenção primária, urgência e
 206 emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, que as 22 regiões de
 207 saúde correspondem ao território das 22 Regionais de Saúde, que não se pretende alterar nenhum território administrativo das
 208 regiões, porém se respeitará os fluxos assistenciais e de acesso, principalmente na Rede Urgência/Emergência onde o tempo
 209 resposta é sem dúvida alguma o elemento central para se estabelecer as referências; em relação as macrorregiões ficaram
 210 definidas 04 Macrorregiões: Leste(1ª, 2ª, 3ª, 4ª 5ª, 6ª e 21ª RS), Oeste (7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª), Noroeste(11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª
 211 RS) e Norte(16ª,17ª, 18ª, 19ª e 22ª RS), que o fato de se definir uma macrorregião não se parte da premissa isoladamente do

212 que existe hoje e sim da premissa do que existe hoje , porém principalmente do que deve se constituir em termos de
213 investimento daqui para frente, portanto entende-se que cada macrorregião potencialmente poderá ter mais de um município
214 que contemple serviços de referência macrorregional. Um dos aspectos centrais que levou a definição da área de abrangência
215 das macrorregiões foi o estabelecimento de alguns critérios em relação à organização da assistência: tempo resposta, acesso e
216 o fluxo assistencial existencial e o que pode vir, a partir de investimento, que possa existir. Para poder chegar ao COAP, tem que
217 se fazer um movimento que é fundamental, que é o planejamento regional integrado, e nos casos das Redes, um planejamento
218 regional integrado que atenda o que está descrito no Decreto 7508, que é a realização de um planejamento ascendente, que é o
219 planejamento local a partir da menor estrutura, seja uma UBS ou uma equipe de saúde da família e que a partir desse
220 planejamento se identifica as necessidades cumulativas, que se somarão as necessidades de todo o município, para depois
221 compor o desenho de planejamento regional integrado e o planejamento macrorregional, usando, para esse planejamento as
222 ferramentas Mapa da Saúde, CNESS, e a partir disso construir um desenho que se transformará no Plano Diretor de
223 Regionalização e Investimento do Paraná, com isso identificando as necessidades de investimentos, para potencializar as
224 macrorregiões e por meio da Programação de Ações e Serviços de Saúde, o déficit de custeio. Com esse planejamento regional
225 integrado teremos os elementos necessários para estabelecer um processo que vai culminar com a assinatura do COAP.
226 Colocou sobre a governança macrorregional, que não precisa criar outra instância, que essa governança será realizada pela CIB
227 Estadual por meio de um comitê executivo subordinado a CIB Estadual, que terá o papel de acompanhar o planejamento
228 macrorregional e fará o acompanhamento de sua execução e será composto pelos Diretores das Regionais, pelos Presidentes
229 dos CRESEMS, ambos de cada região de saúde que compõem a macrorregião, por prestadores que são referência
230 macrorregional, incluído os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Colocou que para esse processo acontecer, esta sendo
231 proposto um cronograma com oficinas com técnicos das regionais e apoiadores do COSEMS para alinhamentos conceituais e
232 após isso o Grupo Condutor elaborará um documento guia para orientar o processo, como também na seqüência ocorrerão as
233 oficinas de planejamento local, regional e macrorregional. Colocou que concluída essa etapa, no início do ano de 2013, será
234 realizado um grande encontro com os novos gestores municipais, e a partir daí, como meta, assinar o COAP, com os 399
235 municípios, as 22 regiões e as 04 macrorregiões. **Nardi** coloca que ficou clara a proposta da implementação do COAP, que
236 novos 06 apoiadores do COSEMS serão contratados, que se somarão aos demais para apoiar todo o trabalho, que deve se levar
237 ao Ministério da Saúde essas informações, e que no Paraná temos vários apoiadores incluindo o COAP, que a presença do
238 Ministério não é para fazer tutela e sim um feedback para se trazer embasamento e comprovar o que se está sendo realizado de
239 fato no Paraná, que a assinatura do COAP no Estado não será cartorial e sim com a participação de todos. **Colocou que pelo**
240 **COSEMS está aprovada o Documento das Diretrizes para a Implementação do COAP no Paraná. Rene** colocou que a
241 intenção da SESA é realizar uma reunião com todos os apoiadores do Ministério da Saúde, para o Paraná para que o conjunto
242 das ações dos apoiadores tem interface com o que esta de desenvolvendo no Estado e que precisa ajustar essa sintonia.
243 Colocou que os novos gestores terão um instrumento único, que é receber todo o desenho de planejamento estratégico da
244 região e da macrorregião, como também o desenho de linhas assistenciais das Redes de Atenção à Saúde, a partir do Mapa da
245 Saúde, que permitirá que tenham as linhas gerais para os Planos Municipais de Saúde e principalmente um rumo definido de
246 investimento estadual e federal que facilitará a sua administração. **Márcia colocou que ficou definido pela suspensão dos**
247 **recursos da Rede Mãe Paranaense para a Santa Casa de Cambé e que ações estão realizadas para que a Santa Casa**
248 **retorne a receber esses recursos.**

249 **4.2- Rede de Glaucoma – SGS/SESA – Paulo Almeida** colocou que a Rede de Atendimento ao Glaucoma esta sendo trazida
250 para pactuar, pois alguns prestadores deixaram de compor essa Rede, ficando assim definida: Clínica de Olhos de Paranaguá
251 Dr. Eugenio, será referência para a 1ª RS, Clínica de Olhos Curitiba, para Campo Largo, 3ª, 4ª e 21ª RS, Hospital de Clínicas.
252 Hospital de Olhos, HUEC Evangélico, Oftalmoclínica e HPP, para a 2ª e 6ª regionais de Saúde; CIS-Centro Oeste, para a 5ª RS;
253 Clínica de OLHOS Dr. Edson Luiz Granzotto, para a 7ª RS; Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits, para a 8ª RS;
254 Instituto da Visão Dr. Luiz Antonio Kuss Ltda e Clínica de Olhos Dr. Romeu Tolentino Associados Ltda para a 9ª, 10ª, 11ª e 20ª
255 RS; Clínica de Oftalmologia Umuarama SS LTDA e A. Muzachi & Muzachi Ltda Centro de Cirurgia de Catarata Dr. Anderson
256 Muzachi, para a 12ª e 13ª RS; Santa Casa de Paranaíba e Clínica de Olhos de Paranaíba, para a 14ª RS; Hoftalon, para 17ª,
257 22ª, parte da 18ª RS ; Hospital de Olhos de Cornélio Procópio, para a 16ª e 18ª RS e Hospital de Olhos do Norte Pioneiro, para a
258 19ª RS, colocou que Maringá ficou sem referência, que esta sendo contratado um serviço para atender. **Nardi** colocou que como
259 tem alguns vazios e baixíssima adesão e interesses de serviços em atender que será aprovada essa pactuação e que esta

260 sendo contratualizado um serviço para atender a Regional de Maringá, que essa Rede não é estática desde que os serviços
 261 cumpram os requisitos da PT GM/MS Nº 930. **Márcia coloca que está pactuada a Rede de Glaucoma e que a qualquer**
 262 **momento poderá ser alterada.**

263 **4.3 – Plano de Aplicação PROESF – SAS/SESA – Cristina** colocou que o Paraná esta na FASE 2 do PROESF, com um teto
 264 inicial de R\$ 809.029,84, que o Estado receberá um recursos de recontractualização de R\$ 56.242,00, fechando um total
 265 programado para 2012, de R\$ 865.272,56, que deste recurso R\$ 465.300,00 são recursos de capital e R\$ 433.729,83 recursos
 266 de custeio, que a proposta do Paraná é adquirir com os recursos de capital sejam utilizados na compra de computadores para os
 267 municípios, que tem pontuação até 05 na Redução da Desigualdades Regionais que aderiam ao PMAQ, conforme a FASE 2 do
 268 PROESF, e para o recurso de custeio estão programadas oficinas de monitoramento , por macrorregião, para monitorar dos
 269 indicadores do PMAQ e do painel de bordo do APSUS, bem como publicações e reprodução de materiais. **Nardi coloca que**
 270 **está aprovado o Plano de Aplicação do PROESF, para o Paraná.**

271 **4.4-** Fluxo Para Internamento Psiquiátrico-SAS/SESA – já descrito acima.

272 **4.5 – Habilitação CEONC- Francisco Beltrão – SGS- Paulo** coloca a inserção do Centro de Oncologia Cascavel- CEONC -
 273 CNES: 5373190 e CNPJ: 72.510.480/0003-03, no município de Francisco Beltrão, na Rede Estadual de Atenção Oncológica do
 274 Paraná e a habilitação do Centro de Oncologia Cascavel - CEONC -CNES: 5373190 e CNPJ: 72.510.480/0003-03, no município
 275 de Francisco Beltrão, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. **Nardi coloca que fica**
 276 **homologada a habilitação do CEONC de Francisco Beltrão**

277 **4.6 - Programa de Vigilância da Qualidade dos Serviços de Mamografia – Paulo Santana** coloca que considerando que a
 278 Mamografia é um exame de alta sensibilidade - 46% a 88% - quando existe qualidade dependendo do tamanho/localização da
 279 lesão, densidade da mama, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista e que para a
 280 detecção precoce a mamografia deve ser capaz de mostrar lesões na ordem de milímetros – 1 a 3mm., que a radiação
 281 ionizante (raios X) é também um fator de risco para o câncer e não devem ser praticados exames de forma indiscriminada, que
 282 o serviço deve produzir constantemente imagens de alta resolução e contraste com a menor dose de radiação (exposição) na
 283 paciente e deve estar devidamente instalado para conseguir tal objetivo. Colocou que a proposta do Programa é ter uma visão
 284 holística do processo, avaliando a qualidade do serviço de diagnóstico em sua totalidade, com o objetivo de ser instrumento de
 285 auxílio ao combate de câncer de mama no Estado para redução dos índices de mortalidade, melhorar a qualidade dos serviços
 286 de mamografia, propiciar um diagnóstico seguro e em tempo hábil e reduzir a dose de radiação na população. Colocou que o
 287 Programa terá uma primeira etapa que são os protocolos de teste, aprovação do PEVQSM-PR, implantação de testes dos
 288 equipamentos-convênios, avaliação dos laudos de exames, atualização dos profissionais, publicação dos resultados e o
 289 incentivo financeiro, apresentou o cronograma de ação, relatou que a programação para a implantação do Programa está
 290 previsto para o mês de outubro, durante a programação do Outubro Rosa. **Nardi coloca que da parte do COSEMS está**
 291 **aprovada a implantação do Programa Estadual de Vigilância da Qualidade dos Serviços de Mamografia do Paraná.**

292 **4.7- Remanejamento de recursos Portaria GM/MS nº 1307-06/06/2011- Márcia** coloca a necessidade de pactuar o
 293 remanejamento de recursos da Portaria GM/MS nº 1.307, de 06/06/2011 para a realização de cinco turmas do curso de
 294 Aperfeiçoamento em Mamografia para Técnicos em Radiologia dos serviços do SUS no estado do Paraná

295 **5 Informes**

296 **5.1- Municípios em atraso no SIA /SUS-SVS- Paulo Santana** informou sobre a relação de municípios do Paraná referente à PT
 297 GM/MS nº 1135, DE 31/05/2012, que no Paraná são 44 municípios, que eram 63, que desses, 19 regularizaram, 03 não
 298 regularizaram, porém podem ainda fazer essa regularização e 41 perderam o recurso do 2º quadrimestre, porém podem e
 299 devem informar retroativamente (até 5 competências) os procedimentos de VISA.

300 **5.2 – QUALIFAR-SUS –DAF- Deise** informa sobre o resultado referente à **Portaria GM/MS nº 1.214**, que institui o Programa
 301 Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde, o QUALIFAR-SUS, que a
 302 finalidade é contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência
 303 Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada, que
 304 o programa tem por base 4 eixos de estruturação: estrutura, educação, informação e cuidado, que em 13 de junho de 2012 foi

305 publicada a Portaria GM/MS nº 1.215, que regulamenta a transferência de recursos destinados ao *Eixo Estrutura.*, com
306 possibilidade de uso do recurso financeiro para investimento e custeio, que em relação ao investimento, os municípios podem
307 utilizar o recursos para aquisição de mobiliários e equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento
308 Farmacêutico e Farmácia no âmbito da Atenção Básica), população até 25.000 habitantes receberão R\$ 11.200,00 por
309 Município; de 25.001 a 50.000 habitantes, R\$ 22.400,00 por Município e 50.001 a 100.000 habitante, R\$ 33.600,00 por
310 Município, que esse repasse será em parcela única. Em relação ao recursos de custeio pode utilizá-los em serviços e outras
311 despesas relacionadas aos objetivos do Eixo, priorizando a garantia da conectividade para utilização do Sistema Hórus e outros
312 sistemas e a contratação de profissional farmacêutico para o desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica), que será
313 R\$ 24.000,00 por ano, independente da faixa populacional do Município selecionado, sendo o repasse trimestral. Colocou que 80
314 municípios se inscreveram e 34 foram contemplados e para assinar o Termo os municípios habilitados pela Portaria nº 22 de 15
315 de agosto de 2012 deverão encaminhar o Termo de Adesão, devidamente preenchido e assinado pelo Secretário Municipal de
316 Saúde até às 23:59h do dia **01/09/2012** para o e-mail qualifarsus@saude.gov.br ou para o endereço: Esplanada dos Ministérios,
317 Bloco G, 8º andar, sala 834, CEP: 70058-900, com data de postagem até 01/09/2012. **Márcia** dá por encerrada a reunião
318 desejando um bom retorno à todos(as).