

1

	<b>COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ</b> <b>Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA</b> <b>Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR</b>	<b>7º/2013</b> Reunião Ordinária 22.10.2013
---	--	---

2 **ATA DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2013**3 **Data: 22 de OUTUBRO de 2013**4 **Local: Hotel Lizon**5 **Participantes**6 **COSEMS/PR:** Titulares COSEMS:), Rose Mari Guarda (Francisco Beltrão), Adriano Massuda (Curitiba), Cristiane Pantaleão  
7 (Ubiratã) e Leilane Furlaneto Rodrigues (Ibiporã).8 **SESA:** Titulares: SESA: Rene José Moreira dos Santos (DG/SESA); Márcia Huçulak (SAS/SESA); Paulo Almeida  
9 (SGS/SESA); Sezifredo Paz (SVS/SESA); Vinicius Filipak (SESA)10 **Secretária Executiva:** Liliam Cristina Brandalise11 **Representantes do CES/PR:**12 **1-Aprovação da pauta da 6ª Reunião Ordinária de 17 de Setembro de 2013:** Aprovada pelos membros da CIB/PR13 **2- Homologações:SE-CIB/PR**14 **2.1-Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência**15 **Deliberação nº 371/13 - APROVA “Ad referendum” o remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de Média**  
16 **e Alta Complexidade, especificamente da competência Outubro 2013, conforme abaixo:**

Origem	Destino	Objetivo	Valor (R\$)
Teto Financeiro Estadual	Terra Boa	Referente pactuação de 02 AIH's de Barbosa Ferraz	989,12
		Referente pactuação de 06 AIH's de Quinta do Sol para Terra Boa	2.967,36
		Referente pactuação de 02 AIH's de Fênix para Terra Boa.	989,12
		Referente pactuação de 13 AIH's de Peabiru para Terra Boa	6.429,29
Teto Financeiro de Francisco Beltrão	Nova Prata do Iguaçu	Referente Programação ambulatorial	1.'152,36
Teto Financeiro dos municípios de:	Teto Financeiro Estadual	Referente Portaria pactuação de exames de detecção de variantes de hemoglobina-parcela única	
Ampere			2.191,20
Barracão			1.223,20
Bela Vista da Caroba			448,80
Boa Esperança do Iguaçu			264,00
Bom Jesus do Sul			448,80
Capanema			2.252,80
Cruzeiro do Iguaçu			475,20
Dois Vizinhos			3.880,80
Enéas Marques			739,20
Flor da Serra do Sul			572,00
Francisco Beltrão			9.600,80
Manfrinópolis			360,80
Marmeleiro			1.504,80
Nova Esperança do Sudoeste			748,00
Nova Prata do Iguaçu			1.205,60
Pérola do Oeste			739,20
Pinhal de São Bento			404,80
Pranchita			704,00
Planalto			1.056,00
Realeza			2.182,40
Renascença			651,20
Salgado Filho			607,20
Salto do Lontra			1.548,80
Santa Izabel do Oeste			844,80
Santo Antonio do Sudoeste			2.833,60
São Jorge do Oeste			968,00

Vere		668,80
<b>TOTAL</b>		<b>39.124,80</b>

17 **2.2-Habilitação/Credenciamento de Serviços –**

18 **Deliberação nº 364/13- APROVA “AD referendun”** a habilitação Hospital Universitário Regional Norte do  
 19 Paraná/Universidade Estadual de Londrina CNES 2781859 – CNPJ 78.640.489/0003-15, CNPJ Mantenedora  
 20 78.640.489/0001-53, no município de Londrina, solicitando a habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade  
 21 em Terapia Nutricional Enteral / Parenteral, sendo que o impacto financeiro decorrente dessa habilitação será de R\$  
 22 115.087,64/mês (Cento e quinze mil, oitenta e sete reais e sessenta e quatro centavos), perfazendo R\$ 1.381.051,62/ano  
 23 (Hum milhão trezentos e oitenta e um mil cinqüenta e um reais e sessenta e dois centavos), a ser assumido pelo Ministério da  
 24 Saúde.

25 **Deliberação nº 375/13 - APROVA** a solicitação do HNSG Maternidade Mater Dei/Hospital Nossa Senhora das Graças- CNES  
 26 2715864, CNPJ 76.562.198/0001-69, no município de Curitiba, conforme abaixo:

27 1- **A reabilitação** de 09(nove) leitos de UTI Neonatal Tipo II, já habilitados por meio da Portaria GM/MS nº 1953 de  
 28 16/09/2004 e; 2- **A habilitação** de (1(um) leito de UTI Neonatal Tipo II, 03 (três) leitos de UCINCa e 05(cinco) leitos de  
 29 UCINCo, será de R\$ 55.623,57/mês (Cinqüenta e cinco mil seiscentos e vinte e três reais e cinqüenta e sete centavos) e R\$  
 30 667.482,80/ano,(Seiscentos e sessenta e sete mil quatrocentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos) a ser assumido pelo  
 31 Ministério da Saúde.

32 **Deliberação nº 400/13 - APROVA “AD Referendum”** a habilitação como Serviço Hospitalar de Referência para atenção a  
 33 pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e a  
 34 habilitação de 07(sete) leitos psiquiátricos, da Santa Casa de Uraí/Irmandade da Santa de Uraí-CNES 2582066 CNPJ  
 35 81.722.621/0001-80, no município de Uraí, e que o impacto financeiro, será de R\$ 39.270,77/mês (Trinta e nove mil duzentos  
 36 e setenta reais e setenta e sete centavos) e R\$ 471.249,24/ano (Quatrocentos e setenta e um mil duzentos e quarenta e  
 37 nove reais e vinte e quatro centavos) a ser assumido pelo Ministério da Saúde.

38 **Deliberação nº 401/2013-APROVA “AD REFERENDUM”** a desabilitação do Instituto Virmond/Associação de Saúde Frederico  
 39 Keche Virmond CNES 2742047, CNPJ 08.828.617/0001-01, no município de Guarapuava, como Unidade de Assistência de  
 40 Alta Complexidade ao Paciente portador de Obesidade Grave

41 **2.3- Implantação/Habilitação de NASF**

Nº Deliberação	Modalidade	Nº Equipes	Município
338	NASF 1	01	Siqueira Campos
339		01	Capanema
342		01	São Miguel do Iguaçu
352		01	Iporã
353		01	Turvo
367		01	Jandaia do Sul
368		01	Fazenda Rio Grande
369		01	Siqueira Campos
374		01	Irati
383		01	Nova Esperança
341	NASF 2	01	Clevelândia
349		01	Renascença
384		01	Porecatu
385		01	Alvorada do Sul
395		01	Jaguapitã
396		01	Mariluz
336	NASF 3	01	Rondon
337		01	Eneas Marques
343		01	Serranópolis do Iguaçu
348		01	Jesuítas

350		01	Boa Esperança do Iguaçu
357		01	Flor da Serra do Sul
358		01	Floresta
362		01	Salgado Filho
381		01	Leópolis
382		05	Ponta Grossa
386		01	Lobato
387		01	Rancho Alegre do Oeste
388		01	Nova Aliança do Ivaí
389		01	Foz do Jordão
390		01	Porto Barreiro
391		01	Palmital
392		01	Ramilândia
393		01	Lunardeli

42 **Deliberação nº 335/2013 - APROVA “AD REFERENDUM”** a alteração de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na  
43 Modalidade 1 – NASF 1 para Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Modalidade 2 – NASF 2, no município de Pinhais

44 **Deliberação nº 340/2013 - APROVA “AD REFERENDUM”** a alteração de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na  
45 Modalidade 2 – NASF 2 para Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Modalidade 1 – NASF 1, no município de Campina da  
46 Lagoa.

47 **2.4– Implantação PACS / PSF / Saúde Bucal:**

48 **Competência Setembro**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
S.Bucal Mod. I	Atalaia	01	
	Lapa		01
	Mallet		01*
S.Bucal Mod II	São Carlos do Ivaí	02	

49 \* Mallet-mudança de modalidade II para ESB I

50 **2.5- Emendas Parlamentares /Propostas Cadastradas no FNS**

Deliberação	Município	Objeto	Número da Emenda/propostas	Valor
333	Coronel Domingos Soares	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	15570	200.000,00
334	Primeiro de Maio	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	31760001	100.000,00
345	Londrina	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	1970005	200.000,00
346	Pinhais	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	29400025	150.000,00
347	São Carlos do Ivaí	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	09235.678000/1130-05	150.000,00
354	Rio Negro	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	25560005	200.000,00
355	São Tomé	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	09196.559000/1130-2	200.000,00
356	Tapejara	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	28410012	250.000,00
359	Pranchita	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	33090003	150.000,00
366	Roncador	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	28430004	100.000,00
370	Piraquara	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	09468.0400001/13-009	600.000,00
378	Arapongas	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	09267.6090001/13-006	600.000,00
379	Guaira.	Ampliação da UBS	4108802783495/9100	249.990,00

				209.085,00
406	Assai	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente	15556	150.000,00
		Aquisição de Equipamentos e Material Permanente para o Hospital Municipal	09611.017000/1130-05	2.050.000,00
404	Itambé	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica	23990007	100.000,00

51 **2.6- Ratificação de Ordem de Início de Serviço e Termo de Conclusão de Obra - PT GM/MS nº.s 339, 340 e 341-**

52 **04/03/2013**

53 **Deliberação nº 361/2013, nº 380/2013, 407/2103**

54 **RATIFICA** as Ordens de Início de Serviço e Termo de Conclusão de Obra dos municípios abaixo relacionados:

Município	Nº do ofício que encaminha a <u>Ordem de Início de Serviço</u> para a CIB	UBS/Academia de saúde
Califórnia	Ofício nº 368/2013	Posto de Saúde NISS II Figueirinha – CNES 2730383
	Ofício nº 367/2013	Centro de Saúde Municipal – CNES 2573342
Mauá da Serra	Ofício nº 96/2013	Centro Municipal de Saúde-CNES 2573393
Marumbi	Ofício nº 0010/2013	Unidade de Atenção Primária Saúde da Família-CNESS 6863604
Catanduvas	Ofício nº 215/2013	UBS Mini Posto Ibiracema-Distrito de Ibiracema – CNES 3393674
Paraíso do Norte	Ofício nº 048/2013	Academia de Saúde localizada na Rua Barão do Rio Branco, Lote 17 e na Rua Ana Nery, Lote 02-quadra 58 – referente Proposta cadastrada no Fundo Nacional nº 75.47655.6000/111-01
Guaira	Ofício nº 851/2013	UBS Posto Oliveira CNES 2783517 - proposta cadastrada no Fundo Nacional 41088027835117/9097
	Ofício nº 852/2013	Ampliação UBS Posto Eletrosul CNES 2783495 - proposta cadastrada no Fundo Nacional 4108802783495/9100
Medianeira	Ofício nº 518/2013	UBS Belo Horizonte-CNES 2586045 - Proposta Cadastrada no Fundo Nacional nº 4115802586045/12253
	Ofício nº 519/2013	UBS Nazaré –CNES 2586037 - Proposta cadastrada no Fundo Nacional – nº 4115802586037/12255
Foz do Iguaçu	Ofício nº 1309/2013	UBS Carima-CNES – 2672995- Proposta nº 4108302672995/10319
São Mateus do Sul	Ofício nº 595/2013	UBS- Água Branca – CNESS - 549824
Tunas do Paraná	Ofício nº 145/2013	Academia da Saúde – Rua Eros Ruppel Abdalla, nº 527
Catanduvas	Ofício nº 205/2013	UBS localizada na Avenida 08 de dezembro-lote urbano nº 10 e 10 da quadra 20-loteamento Jardim Catanduvas
Matelândia	Ofício nº 249/2013	UBS Jardim Tropical-Rua Carlos TURRI, parte do lote Rural nº 27-segundo polígono da Gleba Iguaçu- proposta cadastrada Fundo Nacional nº 76206465000109002

55 **2.7- Adesão ao Programa Olhar Brasil –**

56 **Deliberação nº 360/2013-** Aprova “AD Referendum” a adesão do município de Curitiba ao Programa Olhar Brasil.

57 **2.8- Ratificação de Mudança de Endereço Academia da Saúde e Unidade Básica de Saúde**

58 **Deliberação nº 351/2013 - Ratificamos** o pedido de justificativa para mudança de endereço, no município de São Jorge do Oeste, referente à construção da academia de saúde, conforme proposta nº 76995.380000/1110-03, cadastrada no Fundo Nacional de Saúde, para a Rua nº 05, esquina com a Avenida Professor Ezelindo Ceccatto, s/nº, Lotes 10 e 11- Quadra 103, no Distrito Dr. Antonio Paranhos

62 **Deliberação nº 394/2013 - Ratificamos** o pedido de justificativa para mudança de endereço, no município de Faxinal, referente à construção de Unidade Básica de Saúde conforme proposta nº 09311.733000/1110-01, cadastrada no Fundo Nacional de Saúde, para a Rua projetada nº 06, entre os bairros Vila Nova e Vila Velha.

65 **2.9- Habilitação de Unidade de Suporte Básico para o SAMU- Deliberação nº 373/2013 - Aprova** “AD Referendum” o pleito para habilitação de 01(uma) Unidade de Suporte Básico para o SAMU, no município de Guarapuava.

67 **2.10 – Alteração de Tipo CEO – Curitiba – Deliberação Nº 405/2013 - Aprova “AD Referendum”** a mudança do Centro de  
68 Especialidades Odontológicas Rosário de CEO Tipo II para CEO Tipo III, no município de Curitiba.

69 **2.11- Homologação Termos de Adesão PQA-VS –Deliberação nº 403/2013 - Aprova** e homologa os Termos de Adesão  
70 ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS, dos 399 municípios do Estado do Paraná

71 **2.12 – Repasse de recursos CAPS para habilitação a partir de 08/10/2013 – Deliberação nº 402/2013 -Aprova “AD**  
72 **Referendum”** o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao custeio dos Centros de Atenção Psicossocial -  
73 CAPS, na modalidade Fundo a Fundo, diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde no bloco  
74 Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) / Rede Saúde Mental (RSME), os quais  
75 forem habilitados a partir de 08 de agosto de 2013.

76 **2.13- Plano de Trabalho da Coordenação Estadual do PROVAB – Deliberação Nº 410/2013 - Aprova “Ad**  
77 **Referendum”** o Plano de Trabalho da Coordenação Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção  
78 Básica (PROVAB) no Estado do Paraná.

79 A Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB constitui-se instância de coordenação, orientação e execução das  
80 atividades necessárias à execução do PROVAB no âmbito do Estado do Paraná.

81 As homologações foram aprovadas pelos membros da CIB.

### 82 **3- Apresentação**

83 **3.1– Política Nacional de Atenção Hospitalar-SGS/SESA – Paulo Almeida** saúda a todos e fala que esta política tem  
84 como macro estratégia: discussão, pactuação tripartite, e publicação de portaria da Política Nacional de Atenção  
85 Hospitalar/PNHOSP no SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de  
86 Atenção à Saúde – RAS; discussão, pactuação tripartite, e publicação de portaria estabelecendo as diretrizes operacionais  
87 da contratualização hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; discussão, pactuação tripartite, e publicação de  
88 portaria estabelecendo as diretrizes para a reorganização e contratualização dos Hospitais de Pequeno Porte/HPP no  
89 Sistema Único de Saúde - SUS. Atenção Hospitalar e a produção do cuidado em saúde seguem o modelo histórico da  
90 atenção hospitalar: modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, voltado para atenção aos quadros agudos,  
91 organizada por demanda espontânea e atenção fragmentada – desarticulada. Empobrecimento da dimensão cuidadora:  
92 insatisfação dos usuários, ineficiência, ineficácia, baixo impacto assistencial. Novo modelo para a atenção hospitalar busca  
93 por humanização, qualidade, eficiência, atuação em rede. O cenário da Atenção Hospitalar e Mudanças Necessárias: equipe  
94 Multiprofissional; processo de desospitalização com deslocamento de papéis clássicos do hospital para os níveis  
95 ambulatoriais e de atenção básica; concentração de atividades altamente especializadas nos hospitais, busca por formação  
96 de redes e associações; uso intensivo de Tecnologias de Informação, com redução de tempo e de processos; avanços  
97 científicos acelerados que modificam a forma de fazer a clínica; novos conceitos arquitetônicos e arranjos do espaço  
98 hospitalar clássico. Cenário da Atenção Hospitalar e Mudanças Necessárias: certificação, gerenciamento de processos e  
99 novas formas de contratação; a gestão da clínica como conceito inovador para a dinâmica hospitalar; financiamento mediado  
100 por resultados assistenciais baseados na eficácia e na eficiência; novas modalidades de gestão.

101 **3.2- Diretrizes para a Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS-SGS/SESA - Paulo Almeida** diz que a Política  
102 Nacional de Atenção Hospitalar estabelece as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no  
103 Sistema Único de Saúde - SUS. Tem como finalidade: promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais  
104 na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, com vistas a  
105 qualificação e resolutividade da atenção. A Política Nacional de Atenção Hospitalar tem como objetivo geral estabelecer as  
106 diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando: fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais  
107 estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde e, qualificação dos processos de trabalho  
108 proporcionando cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. Os objetivos  
109 específicos são estabelecer as competências de cada esfera de gestão no processo de reorganização, execução e  
110 acompanhamento da PNHOSP no SUS; reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS; estabelecer as  
111 Diretrizes para Qualidade da Atenção Hospitalar e Segurança do paciente; estabelecer os mecanismos de articulação entre  
112 os hospitais e os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS; estabelecer a contratualização e o repasse  
113 de recursos financeiros. Pressupostos para a gestão e a atenção hospitalar no SUS: I – O hospital deve se organizar como  
114 um ponto de atenção da RAS, de forma regionalizada, articulada, integrada e regulada; II – A gestão hospitalar deverá ser  
115 participativa, transparente e democrática; III - A Atenção Hospitalar deverá ser baseada nos pressupostos da clínica ampliada

116 e gestão da clínica. IV – O Hospital deverá implementar e monitorar estratégias para assegurar a qualidade da atenção e  
117 segurança do paciente. O modelo deve garantir a atenção às condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas, organizado  
118 a partir das necessidades dos usuários, o sistema de saúde organizado por Linhas de Cuidado, organização do trabalho de  
119 forma horizontalizada, centrado em equipe multiprofissional e equipes de referência, acesso regulado, garantir a continuidade  
120 do cuidado em outros pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. A Política Nacional de Atenção Hospitalar  
121 (PNHOSP) tem como eixos: assistência hospitalar - o ponto central é o hospital em rede, ou seja, são abordadas diretrizes  
122 para a definição do papel do hospital no sistema local e/ou regional de saúde e oferta de ações e serviços que daí decorre,  
123 regramentos de acesso às ações e serviços, utilização de dispositivos para a garantia da integralidade, resolutividade e  
124 humanização da atenção, e diretrizes para uma saída responsável e resolutiva do usuário para demais pontos de atenção da  
125 rede; Gestão para a ampliação do acesso e da qualidade na atenção hospitalar – aqui são estabelecidas em um primeiro  
126 bloco as diretrizes para uma gestão do sistema local e/ou regional de saúde que zele pela definição e indução do  
127 cumprimento do papel do hospital na rede, faça a regulação do acesso e monitore e avalie seu desempenho, articulando-o  
128 com os demais pontos de atenção. Em um segundo bloco, é abordada diretriz da gerência interna do hospital, para promover  
129 arranjos que garantam o cumprimento do papel do hospital na rede, tendo como base a contratualização, e que busquem a  
130 sustentabilidade do hospital, em sentido amplo, ou seja, no aspecto de clima/ambiente institucional e no aspecto  
131 administrativo-financeiro; Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho – trata de diretrizes para que o hospital  
132 constitua-se como locus de educação permanente e formação de profissionais para a Redes de Atenção à Saúde,  
133 implemente dispositivos de valorização de seus trabalhadores, além de participar de discussões, avaliações e proposições  
134 que tratem da gestão da força de trabalho nos hospitais em geral; Financiamento – partindo da premissa de que o  
135 financiamento da atenção hospitalar já ocorre de forma tripartite, são estabelecidas diretrizes para a busca da  
136 sustentabilidade, repasse de recursos através da contratualização, previsão de recursos para a ampliação do acesso,  
137 renovação e inovação tecnológica racional; e que sejam consideradas especificidades regionais, território de abrangência,  
138 missão na RAS, e diagnóstico epidemiológico na definição de valores e lógica de financiamento. Está sendo proposta a  
139 criação do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IQGH), vinculado à contratualização; Contratualização – as  
140 diretrizes traçadas preconizam que a relação formal entre os gestores e os hospitais se dará por meio da celebração de  
141 instrumento contratual formal onde serão estabelecidos compromissos e metas quantitativas e qualitativas relacionados à  
142 assistência, ensino e pesquisa, quando couber; além do instrumento prever responsabilidades do gestor, e regras de  
143 financiamento, monitoramento e avaliação do contrato; Responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – são  
144 estabelecidas diretrizes relacionadas às responsabilidades dos três níveis de gestão relacionadas à formulação,  
145 implementação, monitoramento e avaliação da PNHOSP em seus diversos aspectos. A PNHOSP das disposições  
146 transitórias a implementação desta Política deverá ser gradual, a partir da celebração das novas contratualizações, com  
147 prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS e a  
148 Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) criará um Comitê Gestor da Atenção Hospitalar de  
149 composição tripartite, que terá a atribuição de fazer estudos técnicos com vistas ao aprimoramento dos eixos estruturantes  
150 da PNHOSP. As diretrizes da contratualização de Hospitais dizem que em essência, a contratualização é o processo pelo  
151 qual duas partes estabelecem, pactuam e formalizam compromissos e metas, no caso, o representante legal do hospital e o  
152 gestor municipal ou estadual do SUS. Os principais problemas a enfrentar são: as dificuldades em se alcançar resultados  
153 com eficiência, qualidade e equidade, a inexistência ou insuficiência de mecanismos de prestação de contas e de vinculação  
154 entre o financiamento e os resultados e o baixo desempenho dos sistemas e serviços de saúde. A contratualização tem como  
155 finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de  
156 compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as Diretrizes  
157 estabelecidas na PNHOSP. Os eixos operacionais da contratualização são assim estabelecidos: assistência, gestão,  
158 avaliação e, ensino/pesquisa, quando couber. Os objetivos da contratualização hospitalar são: definir, estabelecer e pactuar  
159 as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa entre o gestor local de saúde e o estabelecimento hospitalar; formalizar  
160 por meio de instrumento contratual a relação entre o gestor local de saúde e o estabelecimento hospitalar; estabelecer a  
161 alocação e o repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento de metas quali-quantitativas; aprimorar o  
162 processo de gestão e atenção hospitalar; favorecer o Controle Social e a transparência; definir, pactuar e monitorar os  
163 indicadores da gestão e da atenção hospitalar; aprimorar os processos de Avaliação, Controle e Regulação dos Serviços  
164 Assistenciais. Ao Ministério da Saúde compete: estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos, financiar de forma

165 tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a  
166 atenção à saúde indígena nos hospitais, controlar, avaliar, auditar, criar e gerir os sistemas de informação, desenvolver  
167 metodologia e sistema informatizado específico para acompanhar, monitorar e avaliar os contratos por meio de indicadores  
168 gerais e indicadores das Redes temáticas, promoverem a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes  
169 de Atenção à Saúde, promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente  
170 em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS, estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos  
171 hospitais, em parceria com Instituições de Ensino e outras instâncias de governo. As responsabilidades do gestor contratante  
172 são: definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos estabelecimentos hospitalares sob sua gestão,  
173 conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissão Intergestores Regional - CIR, bem como nos  
174 Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil  
175 assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas da região de saúde, conforme pactuação  
176 na CIB e CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas, financiar de forma tripartite as ações e  
177 serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde  
178 indígena, gerenciar os instrumentos contratuais sob sua gestão, realizar a regulação das ações e serviços de saúde  
179 contratualizados; instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da  
180 Contratualização; controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas;  
181 alimentar os sistemas de informação, incluindo o sistema de informação da contratualização; investigar denúncias de  
182 cobrança indevida feita aos usuários do SUS; garantir que todo o corpo clínico atenda usuários do SUS dentro das ações e  
183 serviços de saúde contratualizados; promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção  
184 à Saúde; promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em  
185 residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos  
186 hospitais, em parceria com Instituições de Ensino e outras instâncias de governo. São responsabilidades do Hospital: cumprir  
187 os compromissos contratuais, zelando pela qualidade e resolutividade; cumprir os requisitos assistenciais, em caso ações e  
188 serviços de saúde de alta complexidade e demais Portarias específicas; utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos  
189 validados pelos gestores; realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas a otimização de sua utilização; assegurar a alta  
190 hospitalar responsável, conforme define a PNHOSP; implantar e/ou implementar o programa de gestão de riscos; promover a  
191 visita ampliada para os usuários internados; prestar atendimento ao indígena, respeitando seus direitos normatizados em Lei  
192 e suas especificidades socioculturais de acordo com o pactuado com o sub sistema indígena; garantir os direitos dos  
193 usuários previstos em normas específicas; prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e  
194 estabelecidos no instrumento legal de contratualização, colocando à disposição do gestor a totalidade da capacidade  
195 instalada contratada; informar aos trabalhadores, especialmente o corpo clínico, os compromissos e metas da  
196 contratualização, implementando dispositivos para o seu cumprimento; disponibilizar a totalidade das ações e serviços de  
197 saúde contratualizados para a regulação do gestor; participar da Comissão Permanente de Acompanhamento da  
198 Contratualização; dispor de recursos humanos, parque tecnológico e de estrutura física adequada ao perfil assistencial, com  
199 ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com legislação específica;  
200 garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizadas aos usuários do SUS; dispor de ouvidoria e/ou serviço  
201 de atendimento ao usuário; assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; dispor de  
202 Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção  
203 das ações e serviços de saúde contratualizadas; disponibilizar os dados para o gestor local alimentar e atualizar o Sistema de  
204 Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES, e outros sistemas de informação; disponibilizar ensino  
205 integrado à assistência, oferecer a formação e qualificação dos profissionais; e ser campo de educação permanente para  
206 profissionais da Rede de Atenção à Saúde quando pactuado com o gestor local; desenvolver atividades de Pesquisa e de  
207 Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, quando pactuado  
208 com o gestor.; acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;  
209 avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes; realizar auditoria clínica; deverão monitorar, no mínimo, os  
210 indicadores dispostos na Portaria (gerais clássicos e de UTI), de acordo com o seu perfil e missão, que poderão ser  
211 acrescidos de outros por meio de pactuação entre o gestor e o prestador hospitalar; os hospitais que compõem as Redes  
212 temáticas de Atenção à Saúde deverão monitorar e avaliar todos os compromissos e indicadores previstos em portarias  
213 específicas de cada rede. O Financiamento dos contratos pré-fixado deverá ser composto pela série histórica de produção

214 aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade e por todos os  
215 incentivos de fonte federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. A parte pós-fixada deverá ser composta pelo valor de  
216 remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação – FAEC, calculados a  
217 partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. 40%  
218 do valor pré-fixado será repassado, mensalmente, condicionado ao cumprimento do percentual das metas de qualidade  
219 discriminadas no Documento Descritivo. 60% do valor pré-fixado será repassado, mensalmente, condicionado ao  
220 cumprimento do percentual das metas quantitativas discriminadas no Documento Descritivo. Lógica – busca da  
221 sustentabilidade e adequação ao perfil assistencial. Todos os recursos públicos de custeio e investimentos que compõem o  
222 orçamento do hospital deverão ser informados no instrumento legal de contratualização, com identificação das respectivas  
223 fontes, quais sejam: federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. Deverá ser informado o valor estimado relativo às  
224 renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza nos instrumentos legais de contratualização com hospitais  
225 beneficentes sem fins lucrativos. Orçamentação parcial ou global. O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e  
226 qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos  
227 recursos financeiros pelo gestor local. O hospital que não atingir pelo menos 50% das metas quali-quantitativas, pactuadas  
228 por três meses consecutivos ou cinco meses alternados, terá o instrumento legal de contratualização e Documento Descritivo  
229 revisados, ajustando para baixo as metas e o valor financeiro de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do  
230 gestor local. O hospital que apresentar percentual de cumprimento de metas superior a 100% por 12 (doze) meses terá as  
231 metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor  
232 local e disponibilidade orçamentária. O repasse dos recursos ao prestador deverá ser feito de forma regular conforme  
233 estabelecido em normas específicas e prevista no instrumento legal de contratualização. As Modalidades para  
234 contratualização são: Convênio (Gestor SUS Com Empresas e Fundações Públicas e Entidades Beneficentes sem fins  
235 lucrativos ( PT/GM nº 1034, de 05 de maio de 2010; Contrato Administrativo (Gestor SUS e entidades públicas e Privadas  
236 com ou sem fins lucrativos); Contrato de Gestão (OS); Protocolo de Cooperação entre entes Públicos (PT/GM 161, de  
237 21/10/2010); Termo de Parceria (OSCIP); Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão ( Gestor SUS e o Hospital sob sua  
238 gerência). **Rene** diz que o IAC é um incentivo que vem junto com uma política de Contratualização e é importante que os  
239 gestores se posicionem diante destas mudanças a fim de alcançá-las. Diz que é fundamental que durante o processo de  
240 pactuação do IAC já esteja sendo visualizado a concepção da contratualização afim de atuar diante dos prestadores com  
241 uma gestão desafiadora, buscando cumprimento de metas e fazendo com que as normas desta política sejam colocadas em  
242 prática. Alerta que o incentivo do IAC vêm atrelado a um compromisso que será feito no contrato, e quem faz o contrato são  
243 os gestores. Coloca que da parte do CONASS e da SESA esta agenda será estendida, visto que, já existe uma Política  
244 Nacional de Atenção Primária, passaremos a ter uma Política Nacional de Atenção Hospitalar com foco na contratualização,  
245 e diz que está na hora de se ter uma Política de Atenção Secundária, para atender a média complexidade. Reafirma que o  
246 IAC está relacionado a uma política e um processo de contratualização na qual os gestores devem valorizar. Os recursos do  
247 IAC são expressivos, porém só vão ser produtivos se um bom contrato for realizado, para sua utilização. **Marina** saúda a  
248 todos e diz que esta discussão foi levantada durante a reunião do COSEMS e se comparou, essa Política, com a Política  
249 Nacional de Atenção Primária, onde, nesta, se tem alcançado bons resultados. Quanto a Política Nacional de Atenção  
250 Hospitalar diz que a tarefa dos gestores municipais é estudar esta portaria, pois além do desafio, ela é uma oportunidade de  
251 garantir acesso sem a necessidade de contratos extras. **Adriano** saúda a todos e diz que esta política nos deixa diante de  
252 uma grande oportunidade de enfrentar um dos grandes desafios do SUS que é a atenção hospitalar especializada. As  
253 propostas desta portaria são de grande complexidade chegando a fazer propostas para induzir mudanças no modo de  
254 produção da gestão hospitalar, e fazer isto num serviço contratado é extremamente desafiador, mas é o caminho que  
255 devemos traçar. Enquanto gestor de Curitiba, diz que o município, por experiência, conhece as potencias e os limites destes  
256 instrumentos de contrato de gestão e atualmente está discutindo seus instrumentos, métodos e cronogramas como os  
257 prestadores, e nesta reformulação pode-se abrir esta nova experiência com todos os municípios, propondo a realização de  
258 uma oficina para discussão de como será implementada esta política no Estado. Diz que não há dúvidas que esta política é  
259 muito potente para desencadear processos de reorganização de regionalização das redes. **Paulo Almeida** complementa  
260 que esta portaria teve uma discussão exaustiva na Tripartite, e este é o momento de avançar no sentido de estabelecer a  
261 relação do hospital com o sistema, através da implantação de metas qualitativas e quantitativas voltadas principalmente para



262 o acesso dos usuários, resgatando o papel da SESA na regulação dos serviços. Reforça que a elaboração destes contratos  
263 deve ser amplamente discutida.

264 **3.3- Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar IQGH – SGS/SESA - Paulo Almeida** diz que o incentivo de  
265 Qualificação da Gestão Hospitalar - IQGH tem como objetivos aprimorar a qualidade da atenção hospitalar, apoiar a  
266 qualificação da gestão hospitalar, induzir à ampliação o acesso às ações e serviços de saúde. O IQGH substitui o IAC e  
267 deverá compor o componente pré-fixado da contratualização. Farão jus ao IQGH: Hospitais privados sem fins lucrativos com  
268 certificação – propõe-se 50% do valor da produção apresentada na média complexidade ambulatorial e hospitalar em  
269 2012/2013. Com total mínimo de 30 leitos operacionais e 25 leitos SUS (CNES) e taxa de ocupação de 30%; Para hospitais  
270 sem fins lucrativos e 100% SUS – propõem-se 50% + 20%; Para hospitais sem fins lucrativos e de ensino – propõem-se 50%  
271 + 10%; Para hospitais sem fins lucrativos, 100% SUS, e de ensino – propõem-se 50% + 20% + 10%; Para hospitais públicos  
272 com mais de 50 leitos com ou sem certificação de hospital de ensino – propõem-se 50% . Não farão jus ao IQGH  
273 estabelecimentos hospitalares classificados como especializados em Psiquiatria ou que destinem ao SUS exclusivamente  
274 leitos classificados como psiquiátricos. Relata a importância da atualização do cadastro dos hospitais para este processo.  
275 **Rene** diz não vai ocorrer reunião da Bipartite no mês de novembro e que o conteúdo apresentado já foi discutido em grupo, e  
276 com a publicação das portarias, solicita que seja aprovada “ad referendum”, que seja considerada prioridade os hospitais  
277 públicos de ensino seguido dos hospitais públicos, para inclusão nas faixas de leitos. “**Cristiane** diz que por parte do  
278 COSEMS está aprovada a solicitação de ‘Ad referendum”. **Francisco** saúda a todos e coloca a dificuldade de acesso a  
279 informação dos funcionários de hospitais, prestadores de serviços, frente aos programas do governo como HOSPSUS,  
280 COMSUS e outros, observando que há retenção de informação por parte dos diretores dos hospitais. Reforça que será  
281 necessária a união dos gestores para alcançar êxito nesta proposta. **Rene** diz que já foi sugerido e acatada a necessidade de  
282 organizar uma oficina específica sobre contratualização para uma discussão mais técnica de aprofundamento. A  
283 preocupação inicial dos gestores é se apropriar do montante real, atualizado, que é colocado nos hospitais. Na discussão do  
284 IAC preocupa a leitura do prestador de que o mesmo venha livre de qualquer questionamento, deixa claro que os gestores  
285 devem se preocupar em fazer cumprir as normas referente as três portarias.

286 **3.4– Programa Mais Médicos – SAS/SESA – Maria Cristina** saúda a todos e diz que o Programa Mais Médicos faz parte de  
287 um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em  
288 infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de  
289 profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e  
290 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Governo Federal garantirá mais médicos para o Brasil e mais saúde para  
291 você. No Brasil há 1,83 médicos/1000 hab. sendo no Paraná 1,68 médicos /1000 hab. Os médicos estrangeiros para vagas  
292 não preenchidas por médicos brasileiros, sendo os critérios: ter habilitação para o exercício da medicina no país de origem;  
293 possuir conhecimento em língua portuguesa; e ser proveniente de um país com mais médicos/1.000 hab que o Brasil. O  
294 Acompanhamento e avaliação por universidades públicas se dará através: do acolhimento e avaliação por 3 semanas em  
295 universidades públicas brasileiras; da avaliação e supervisão permanente por universidades públicas e secretarias estaduais  
296 e municipais de saúde; da autorização para exercer a medicina EXCLUSIVAMENTE na atenção básica nas regiões do  
297 Programa. A legislação baseia-se Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013, Decreto Nº 8.081, de 23 de agosto de  
298 2013, Decreto Nº 8.040, de 8 de julho de 2013, Decreto, Portaria Interministerial Nº 266, de 24 de julho de 2013, Portaria  
299 Interministerial Nº 1.493, de 18 de julho de 2013, Portaria Interministerial Nº 1.427, de 12 de julho de 2013, Portaria  
300 Interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 201, Portaria Nº 23, de 1º de outubro de 2013, Portaria Nº 1.834, de 27 de agosto  
301 de 2013, Portaria Nº 17, de 27 de agosto de 2013 e Portaria Nº 838, de 26 de julho de 2013. A adesão dos municípios é feita  
302 através do endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>. O sistema de Inscrição permite adesão de vagas nos  
303 municípios, conforme: Capacidade Instalada em Unidades Básicas de Saúde e Ociosidade de acordo com a Competência  
304 CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do mês anterior. Da contrapartida dos municípios: inserir, pelo  
305 prazo de 36 meses, o médico participante do Projeto em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política  
306 Nacional de Atenção Básica; manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas  
307 com médicos não participantes do Projeto; não substituir médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelo  
308 médico participante do Projeto; priorizar a alocação dos médicos participantes do Projeto nas equipes de atenção básica que  
309 não estejam constituídas com médicos; apenas constituir novas equipes de atenção básica após a prévia inserção de  
310 médicos participantes do Projeto nas equipes em funcionamento sem médicos no prazo máximo de 3 (três) meses da

311 chegada do médico do Projeto; inscrever os médicos participantes do Projeto no SCNES no mesmo mês da chegada dos  
312 médicos participantes e identificá-los na respectiva equipe de atenção básica em que atuará, de acordo com orientações  
313 expedidas pelo Ministério da Saúde; fornecer condições adequadas para a atuação do médico participante, conforme  
314 exigências e especificações da Política Nacional de Atenção Básica disponíveis no endereço eletrônico  
315 <http://maismedicos.saude.gov.br>, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos  
316 necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desempenho das atividades; garantir moradia  
317 para o médico participante do Projeto que tenha condições de habitabilidade e segurança e atenda o padrão médio de  
318 moradia da localidade, podendo ser em forma pecuniária ou oferta de acomodação pelo Distrito Federal / Município; oferecer  
319 transporte adequado e seguro para o médico participante do Projeto deslocar-se para o local de desenvolvimento das  
320 atividades no âmbito do Projeto, em caso de difícil acesso; garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável  
321 aos médicos participantes do Projeto. Das obrigações da Coordenação do Projeto: Garantir o pagamento da bolsa-formação;  
322 Garantir o pagamento de ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação dos médicos participantes e das  
323 passagens do médico participante e de sua família; Garantir, em conjunto com o Ministério da Educação, a realização dos  
324 cursos de especialização aos médicos participantes do Projeto; Garantir aos médicos participantes do Projeto acesso à  
325 inscrição em serviços de Telessaúde; Garantir o repasse de Recursos PAB Variável: modalidade III: Projeto Mais Médicos e  
326 PROVAB (R\$ 4.000,00); Importante: Não há desconto em relação às modalidades I e II, visto que para as mesmas não cabe  
327 o Projeto Mais Médicos (equipe mínima completa). **Marina** diz que o COSMES apóia o programa e que este está trazendo  
328 bons resultados aos municípios.

#### 329 **4- Discussão/pactuação**

##### 330 **4.1-Portaria GM/MS nº 2035 de 17/09/2013-Incentivo de Adesão à Contratualização-SGS/SESA**

331 **Paulo Almeida** inicia sua fala dizendo que a portaria GM/MS nº 2035, estabelece novas regras para cálculo do Incentivo de  
332 Adesão à CONTRATUALIZAÇÃO-IAC, no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais  
333 Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, que essa portaria se aplica aos  
334 hospitais filantrópicos, Entidades privadas sem fins lucrativos, com certificação no CEBAS-Saúde- Certificado de Entidade  
335 Beneficente de Assistência Social em Saúde ou no mínimo, com o protocolo do pedido de certificação; que os hospitais  
336 possuam trinta ou mais leitos, devidamente cadastrados no SCNES; os estabelecimentos que possuírem de 30 a 50 leitos  
337 deverão atender adicionalmente aos requisitos: ter 25 leitos ou mais disponibilizados ao SUS e possuir taxa de ocupação dos  
338 leitos SUS de, no mínimo, 30% no período definido como série histórica para cálculo do IAC. Colocou que não fazem jus ao  
339 IAC os Hospitais que tenham mais de 30% de leitos psiquiátricos, em relação ao total de leitos existentes; os  
340 estabelecimentos públicos gerenciados ou administrados por Organizações Sociais nos termos da lei nº 9637 de 15/05/1998  
341 e as concessionárias de serviços públicos na área da saúde, com base na Lei nº 11.079, de 30/12/2004 e nº 8987 de  
342 13/02/1995. Colocou que o Ministério da Saúde vai rever a lista dos hospitais pré-qualificados até dia 08 de novembro e que  
343 é importante pactuar a lista de hospitais, definidos pelo Estado do Paraná, com proposta de inclusão para recebimento do  
344 IAC, que não constam na lista dos hospitais pré-qualificados na Portaria, para que tenham tempo hábil de providenciar a  
345 documentação exigida pela portaria, cujo no prazo é de até 30/11/2013. Colocou que os recursos serão repassados no mês  
346 de dezembro/2013 retroativos a 08/2013; que essa portaria foi publicada para não ficar um lapso temporal até a publicação  
347 da Portaria do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar-IQGH. Esclareceu que a portaria do IQGH, que será publicada,  
348 não revoga a Portaria 2035/2013. Colocou que na planilha entre os pré - qualificados e os que têm condições de serem  
349 qualificados, conforme lista apresentada ao Ministério da Saúde e que ficou acordado que seriam incluídos, são em nº de 81  
350 estabelecimentos, sendo 09 deles hospitais de ensino que serão contemplados com os 10% da média complexidade  
351 estabelecida no período de julho de 2012 a maio de 2013, levando em conta o valor aprovado, apresentado no sistema oficial  
352 de informação. No ano este valor do novo IAC, somado aos valores que já são repassados, do antigo IAC, gira em torno de  
353 26% a 30%, com variação de acordo com a metodologia aplicada na última portaria de correção do IAC, publicada em  
354 dezembro de 2012, e que alguns hospitais tinham entendimento que ganhariam, além desse recurso, mais 50% e que o  
355 correto, será repassado 50% da média deduzindo o valor repassado de acordo anterior a vigência dessa portaria. **Penha**,  
356 em nome do COSEMS, solicita que na deliberação sejam informados os critérios e que conste a lista dos hospitais, inclusive  
357 os de ensino, que terão aporte de mais 10% e que já estão classificados na relação. **Rene** coloca que por cuidado  
358 metodológico na deliberação se deixe claro que a relação do Ministério não está atrelada a Portaria do IAC, como faz  
359 referência a lista, e o que está publicado em diário oficial, merece crédito, terá que se ter esse cuidado, pois essa lista é que

360 define os valores e que pode mudar, pois daqui a 12 meses terá uma reavaliação dos valores e como haverá tramitação  
361 dentro do Estado, e nos municípios, todos terão que estar respaldados. Pactuação aprovada pelos membros da CIB.

362 **4.2- Remanejamento recursos financeiros CAPS-SGS/SESA – Paulo Almeida** fala que o MS fez uma movimentação no  
363 Teto Financeiro do Estado, com base na Portaria GM/MS N° 2867 de 27/11/2008, explica que no ano de 2012 já houve  
364 pactuação, através da deliberação CIB N° 310/2012, dos recursos dos CAPS, citando alguns exemplos. Relata que neste a  
365 no, a três meses atrás, o MS retirou do Teto do MAC Estadual os Recursos correspondentes aos CAPS que recebiam por  
366 produção, desconsiderando que estes CAPS tinham migrado para gestão municipal. A SESA, a fim de equacionar está  
367 situação, está retirando recursos do Teto MAC dos municípios e colocando o valor correspondente no Teto da Rede de  
368 Saúde Mental destes municípios, sem alterações de valores. **Marina** diz que o COSEMS aprova a alteração. Relata que  
369 houve uma demanda do COSEMS frente à SESA para mudança de repasses aos laboratórios de prótese dentária e está  
370 questão já foi sanada inclusive com a publicação de deliberação CIB. Outra questão é a dificuldade de acesso aos  
371 repasses dos novos exames da Rede Cegonha, o qual a SESA já verificando possibilidades e tomando providências para  
372 alteração na forma do repasse. **Márcia** saúda a todos faz uma ressalva de que os recursos dos novos exames da Rede  
373 Cegonha estão atrelados a gestantes, porém não deve ser utilizado para rotina do pré- natal, ele veio pra fazer alguns  
374 exames específicos, e questiona se na pactuação deve ser mantida ou não. **Marina** diz que a pactuação deve ser mantida.  
375 Pactuação aprovada pelos membros da CIB.

376 **4.3- Alteração Plano de Ação Regional-Região Metropolitana-DPUE/SESA - Vinicius Filipak** saúda a todos e diz que foi  
377 qualificado no município de Curitiba 19 Leitos de UTI Adulto e 70 Leitos de Retaguarda Clínica, atendendo aos critérios da  
378 Portaria GM 2395/2011. O impacto financeiro destas qualificações será de R\$ 14.000.000,00 (quatorze  
379 milhões)/ano. Pactuação aprovada pelos membros da CIB/PR.

## 380 **5- Informes**

381 **5.1-Termos de Homologação-PQAVS-SVS/SESA – Sezifredo** saúda a todos e informa que a adesão ao PQA-VS foi muito  
382 boa e as mesmas já foram enviadas ao MS, sendo o repasse feito ainda neste ano. Diz que no dia 30 deste mês será votado  
383 o projeto de Lei Saúde +10, que visa a destinação de 10% dos recursos de receita bruta da união para a saúde, e diz que o  
384 Paraná vai enviar alguns conselheiros para representar o Estado, e convida a todos os gestores a participar deste evento.

385 **5.2- Curso de Especialização em Gestão da SESA e SEAP-ESPP/SESA – Tereza** saúda a todos e diz que a Escola de  
386 Saúde Pública (ESPP) está com inscrições abertas para os cursos de: Especialização em Gestão Pública - EAD, com oferta  
387 de 222 vagas; Especialização em Formação de Gestores e Equipes Gestoras do SUS – presencial, com oferta de 222 vagas;  
388 Especialização em Gestão da Vigilância em Saúde presencial, com oferta de 222 vagas; Curso de Formação Inicial  
389 Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental, com oferta de 680 vagas. Editais e informações completares estão  
390 disponíveis no site da ESPP. **Marina** solicita aos gestores que divulguem estes cursos nas CIB's Regionais.

391 **5.3- Telessaúde- SAS/SESA - Márcia** diz que ainda há muitas dúvidas sobre o programa e, portanto faz uma breve  
392 apresentação do programa que visa oferecer Teleconsultoria/segunda opinião formativa, estimular o uso das ferramentas de  
393 telessaúde pelas equipes da APS e oferecer cursos de capacitação à distância. Ressalta que já houve a implantação de 04  
394 núcleos de telessaúde (NTS): Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel, onde foram selecionados 269 municípios - totalizando  
395 482 pontos do telessaúde. Todos os municípios que pleitearam adesão ao Telessaúde foram inseridos no Programa, a  
396 contratualização foi pactuada na CIB, assinatura de termo de adesão e estabelecimento de contrapartida dos municípios. As  
397 teleconsultorias podem ser feitas por qualquer membro da equipe de ESF (médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos  
398 enfermagem, farmacêuticos, ACS, etc.), sendo em princípio assíncronas, com prazo de 48 horas para resposta. A adesão  
399 pode ser feita pelos municípios, para isto devem assinar o termo de adesão e providenciar os equipamentos necessários.  
400 Após implantação a SESA fará o controle e a avaliação do programa.

401 **5.4– Ampliação Leitos de UTI Neonatal no Paraná- SAS/SESA – Márcia** informa que entre os anos de 2012 e 2013 foram  
402 ampliados/reformados 97 leitos de UTI Neonatal em todo o Estado e agora foi concluída aquisição de mais 48 leitos, sendo  
403 entregues 10 no Hospital Metropolitano de Sarandi, 05 na Santa Casa de Maringá, 03 Na Santa Casa de Cornélio Procópio,  
404 02 Hospital Regional Santo Antonio da Platina, 03 no Hospital Materno Infantil União Vitória, 04 Em Toledo, 03 NOROSPAR,  
405 11 substituições de equipamento em Irati, 03 em Ivaiporã.

406 **5.5- Congresso COSEMS- COSEMS/PR – Marina** reforça a agenda de que não haverá BIPARTITE no mês de novembro. A  
407 próxima reunião vai acontecer durante o congresso que tem previsão para ocorrer nos dias 16,17 e 18/12/2013 com local a  
408 ser definido. Diz que durante o congresso as amostras serão apresentadas oralmente e solicita aos municípios que se

409 preparem para inscrever seus trabalhos e que o edital com o regulamento será disponibilizado no site do COSEMS. Informou  
410 também que durante o Congresso será realizada assembleia ordinária para a eleição da diretoria e do conselho fiscal do  
411 COSEMS/PR.

412 **5.6 – Instituto de Estudos de Saúde Coletiva INESCO – Rene** diz que o Estado do Paraná está assinando um convenio  
413 com o INESCO estreitando uma parceria que vai disseminar diversos instrumentos e principalmente tornando-os um pólo  
414 irradiador nos assuntos de saúde coletiva. **Marcio Almeida** saúda a todos e faz um breve histórico da história do INESCO, e  
415 diz que o instituto visa fazer parcerias junto aos municípios para realizar estudos e para o desenvolvimento de projetos dentro  
416 da área de saúde colocando-se como potente instrumento frente aos grandes desafios que o sistema vem enfrentando.  
417 Divulga o site <http://www.inesco.org.br> para maiores informações.

418 **5.7 – HOSPSUS – Paulo Almeida** diz que para fase 03 do HOSPSUS, que apóia hospitais públicos com menos de 50 leitos,  
419 A SESA está preparando um vídeo conferência para falar sobre a adesão e o encaminhamento da documentação necessária  
420 para está adesão e faz o pré convite a todos os gestores regionais e municipais para participar. Reafirma que os recursos já  
421 estão previstos no orçamento 2013 e devem ser repassados no mês de dezembro.  
422 Cristiane encerra a reunião desejando um ótimo retorno a todos.