

	<p align="center"><b>COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – COSEMS/PR</p>	<p align="center"><b>2ª/08</b> REUNIÃO ORDINÁRIA 18/04/2008</p>
---	--	---

**ATA/RESUMO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2008 – 18/04/2008**

**Auditório:** Auditório da SESA/ISEP (Rua Piquiri, 170) – **CURITIBA**

**Participantes**

**COSEMS/PR:** Antonio Carlos Nardi (Maringá); Alceu Rech (Tijucas do Sul); Antonio Cantelmo Neto (Francisco Beltrão); Cícero Lotário Tironi e Eliana Chomatás (Curitiba); Júlio César Sandrini (Castro), Margarete Debértolis (Matelândia).

**SESA:** Carlos Manuel dos Santos (coordenação); Erlene Tedeschi dos Santos, Irvando Carula, Manoel Pires de Paiva, Maria Leonor Fanini Paulini, Vera Drehmer; Walderes F. Moraes; Suely Vidigal.

**Secretaria Executiva:** Maria da Graça Lima.

**Representantes do CES/PR:**

- 1 Carlos Manuel dos Santos iniciou a reunião cumprimentando a todos os presentes, informando sobre a  
2 inclusão na pauta do projeto de Construção de uma Unidade Mista em Itapejara do Oeste, nos temas  
3 para homologação. Em seguida deu início à reunião pelo expedientes.

4 **Expedientes**

5 **1. Aprovação das atas da 2ª reunião ordinária de 2008.**

- 6 Carlos Manuel dos Santos indagou se da parte do COSEMS/PR haveria alguma alteração a ser feita na  
7 ata, sendo informado que não, colocou que da parte da SESA também não havia alterações e, dessa  
8 forma. *a ata foi aprovada sem alterações.*

9 **REUNIÕES DAS CÂMARAS TÉCNICAS**

- 10 **1. Indicadores do Pacto Pela Saúde:** inicialmente Carlos Manuel dos Santos fez um breve relato de  
11 como se deu a construção desse processo para o ano de 2008, lembrando que em 2007 toda a  
12 discussão dos indicadores se deu a partir das discussões Regionais, com a mobilização das Regionais  
13 e dos municípios nas Bipartite Regionais, mas, este ano houve a inversão do processo, colocando que  
14 o CONASS e o CONASEMS alertaram o Ministério da Saúde, na reunião da Tripartite, sobre essa  
15 inversão, mas, não houve alternativa de modificação do encaminhamento estabelecido. Dessa forma a  
16 equipe técnica da SESA avaliou os indicadores que estavam sendo propostos para o Estado pelo  
17 Ministério da Saúde, orientando as Regionais a promover a discussão dos mesmos no âmbito Regional,  
18 observando que nem todas conseguiram mobilizar os municípios, encaminhando os resultados das  
19 discussões para o Nível Central da SESA, sendo os mesmos consolidados pelo GPS e pela Assessoria  
20 da DG e encaminhados ao Ministério da Saúde por meio de ofício do Senhor Secretário. Colocou que  
21 em alguns indicadores o Ministério da Saúde acatou a revisão solicitada pelo Estado na meta proposta,  
22 e em outros manteve a posição proposta inicialmente. Observou que nas reuniões das Câmaras  
23 Técnicas houve a discussão das metas pactuadas pela Secretaria de Estado junto ao Ministério da  
24 Saúde, sendo proposta a revisão de algumas delas, mas, na reunião com os Diretores de Regionais  
25 avaliou-se que se tratava da pactuação da Secretaria de Estado com o Ministério e que as mesmas já  
26 haviam sido encaminhadas pelo Secretário de Saúde para o Ministério da Saúde, dessa forma, a  
27 proposta da Secretaria de Estado é que naqueles indicadores de pactuação estadual em que o  
28 Ministério da Saúde já transigiu, ou seja, acatou a revisão proposta pela Secretaria, que não seja  
29 solicitada a revisão novamente, tendo em vista que já era uma proposta da Secretaria de Estado da  
30 Saúde resultado de uma discussão com as regionais, por outro lado, naqueles indicadores em que o  
31 Ministério não transigiu, apresentar o resultado da discussão nas Câmaras Técnicas, reafirmado pela  
32 Bipartite. Antonio Carlos Nardi colocou que no COSEMS/PR também foi feita a discussão de cada um  
33 dos indicadores que tiveram as metas questionadas na Câmara Técnica, sendo reafirmada a  
34 necessidade de revisão nas mesmas, pois os municípios não têm condições de alcançar, nesse sentido,  
35 para manter as metas nos níveis e percentuais propostos pelo MS e pactuados pela SESA, há  
36 necessidade de um suporte maior por parte da Secretaria de Estado aos municípios, inclusive  
37 demandando algum investimento em campanhas de mídia para sensibilização da população, como no  
38 caso dos indicadores de controle do câncer de colo uterino, e também, no indicador relativos as  
39 mamografias que está totalmente vinculado ao funcionamento efetivo do SISMAMA. Reforçou que os  
40 indicadores para os quais foram apontadas necessidade de revisão, tanto na CT como no  
41 COSEMS/PR, estão ligados diretamente as questões infra-estruturais ou ao apoio irrestrito da SESA  
42 para seu alcance. Observou que como se trata da pactuação dos indicadores estaduais com o  
43 Ministério da Saúde, e como o Estado está propondo manter alguns desses indicadores nos níveis e

44 percentuais propostos ou mantidos ou transigidos pelo MS, acredita que o Estado tem a possibilidade  
45 de dar o devido suporte, através das Regionais e do Nível Central, aos municípios para que os mesmos  
46 melhorem a sua atuação, os seus indicadores, uma vez que são os municípios que executam a ação  
47 inerente ao indicador, e assim possam contribuir para que o Estado atinja a meta pactuada. Colocou  
48 que se essa for a proposta, tendo a garantia do apoio integral e irrestrito da SESA, o COSEMS/PR não  
49 vê problema em manter a pactuação feita pelo Estado. Carlos Manuel dos Santos observou que essa é  
50 uma condição pétrea da Secretaria de Estado, ponderando que a Secretaria Estadual ao pactuar metas  
51 com o Ministério da Saúde, está assumindo o compromisso de auxiliar os municípios no cumprimento  
52 das mesmas, tendo em vista não ser a executora de 99% dos indicadores que estão sendo pactuados.  
53 Colocou que a SESA mobilizará todos os seus recursos visando o alcance das metas pactuadas,  
54 auxiliando os municípios operacionalmente, tecnicamente e, quando possível, financeiramente.  
55 Observou que constantemente é colocado na imprensa, que no âmbito da Região Sul, o Paraná é o  
56 Estado que apresenta os piores indicadores, e, essa situação só será modificada se juntos trilharmos o  
57 caminho da busca da qualidade e da resolatividade, e essa é a responsabilidade da Secretaria em  
58 todas as suas dimensões (operacionais, técnicas e financeira), e com certeza, todas as Unidades da  
59 Secretaria (Superintendências e Regionais de Saúde) estarão comprometidas com as metas pactuadas  
60 com o Ministério. Reafirmou que naqueles pontos em que o Ministério acatou as justificativas do Estado  
61 e que rebatem também sobre os municípios, a Secretaria de Estado, em conjunto com os municípios,  
62 envidará todos os esforços para o alcance das metas pactuadas. Quanto as metas que o Ministério não  
63 transigiu, a proposta é encaminhar justificativa da Bipartite, apontando as dificuldades para o alcance  
64 das mesmas, e que isso não significa que não serão envidados todos os esforços para o seu alcance,  
65 mas, que não é possível ao Estado se comprometer com situações que já sabe de antemão que não  
66 tem estrutura e nem recursos suficientes para a busca do resultado. Em seguida solicitou que Maria  
67 Leonor fizesse a apresentação dos indicadores que foram modificados após o entendimento do  
68 Ministério no caso da revisão, e, daqueles que o Ministério não reviu e que deve ser reenviado como  
69 uma posição desta Bipartite. Maria Leonor Fanini Paulini iniciou apresentando os indicadores que a  
70 Secretaria solicitou revisão e que o Ministério reviu, mas, divergindo da proposta do Estado: indicador 9  
71 – coeficiente de mortalidade pós-neonatal, esclarecendo que a proposta inicial do Ministério para o  
72 Estado é reduzir 9% em relação a 2007, o Estado fez uma contraproposta de reduzir em 3%, mas, o MS  
73 aceitou reduzir 5%; indicador 10 – coeficiente de mortalidade neonatal, informou que a proposta inicial  
74 do MS para o Estado era reduzir 4%, o Estado propôs reduzir 2% e o MS negociou 3%; e, indicador 18  
75 – proporção de amostras clínicas coletadas do vírus da Influenza em relação ao preconizado, a meta  
76 inicial proposta pelo MS foi de 80%, a Secretaria propôs 40% e o MS retornou propondo 60%. Em  
77 seguida apresentou os indicadores em que há necessidade de rever a meta negociada com o  
78 Ministério: indicador 14 – taxa de letalidade por febre hemorrágica da dengue e síndrome do choque da  
79 Dengue, a proposta do Ministério é reduzir em 50% não havendo negociação, e a proposta da Câmara  
80 Técnica foi reduzir 30%; indicador 33 – média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por  
81 ACS, a proposta do MS é de 01 visita domiciliar/família/mês, que havia sido aceita pelo Estado, e, a  
82 proposta da Câmara Técnica é pactuar 0,60 visita/mês; indicador 36 – número de CEREST  
83 implantados, colocou que a meta inicial proposta para o Paraná era de implantar 07 CEREST em 2008,  
84 que a princípio havia sido aceita pela SESA, mas, agora está sendo pedido a revisão para 03 CEREST.  
85 Aberto para discussão, Carlos Manuel dos Santos solicitou esclarecimento quanto a revisão referente  
86 ao indicador 36, implantação de CEREST. David Claret Bueno, esclareceu que na manifestação inicial o  
87 CEST colocou a possibilidade de implantar 05 CEREST este ano, mas, nas reuniões de ontem,  
88 considerando que este é um ano eleitoral, foi mudado para a implantação de 03 CEREST. Antonio  
89 Carlos Nardi ponderou que talvez o preâmbulo feito por Carlos Manuel não tenha sido entendido  
90 integralmente pelos presentes, esclarecendo que a proposta da SESA é que sejam mantidas as metas  
91 que a Secretaria já havia pactuado com o Ministério da Saúde e para quais o MS já havia transigido,  
92 mesmo que a Câmara Técnica tenha encaminhado para que fosse revista, com o compromisso  
93 assumido pela Secretaria de auxiliar os municípios no alcance das mesmas. Citou como exemplo o  
94 indicador 3 – exames citopatológicos cérvico vaginais, em que o Ministério tinha proposto 0,3, a SESA  
95 contra-propôs com 0,25, que foi aceito pelo MS, mas, tanto na Câmara Técnica como no COSEMS/PR  
96 foi proposto a manutenção do indicador alcançado no ano anterior de 0,22. Colocou que a SESA está  
97 propondo que seja mantido o 0,25, que já havia sido aceito pelo MS, assumindo o compromisso formal  
98 de desenvolver ações que permitam aos municípios alcançar a meta, como por exemplo a realização de  
99 uma campanha de mídia, que tem um custo elevado para que os municípios estivessem absorvendo,  
100 com forte impacto junto à população alvo, fazendo o chamamento e esclarecendo a população da  
101 importância da realização desse exame. Observou que este é um indicador que por mais que os

gestores realizem ações visando a realização dos exames (plantões, mutirões nos finais de semana, campanha nas rádios), não conseguem sensibilizar a população, e, muitas mulheres ainda vêm a óbito porque não realizam esse exame. Colocou também a necessidade da regularização da remessa dos Kits de coleta, pois, muitas vezes está havendo descontinuidade na remessa, o que impede a continuidade do procedimento nas unidades. Colocou que outro ponto que está se divergindo do pactuado na Câmara Técnica são os indicadores 9 e 10, observando que em grande parte dos municípios houve a melhoria da assistência no pré-natal, com a qualificação do exame pré-natal, a garantia das 07 consultas, o aumento da oferta do número de leitos, o que contribuiu para melhorar o coeficiente de mortalidade neonatal, mas, o pós neonatal, que é a partir dos 28 dias após o nascimento, já passa a depender de fatores que fogem à governabilidade dos gestores, porque nessa fase a criança já saiu da maternidade, estando sob os cuidados exclusivos da família, que em muitas situações têm grandes problemas sociais, podendo o bebe vir a óbito independente da ação da SMS. Observou que, para esses dois indicadores, as regiões têm realidades diferentes, citando como exemplo que em algumas regiões o problema ainda está no neonatal, como Cascavel e Foz do Iguaçu, com a solução passando pelo credenciamento de mais leitos de UTI neonatal. Em relação ao CEREST, reforçou a justificativa do David, de que devido ao fato deste ser um ano eleitoral, será muito difícil efetivar a implantação dos 07 CEREST em dois meses, tendo em vista que a partir de junho os gestores municipais já não poderão mais assinar convênios. Antonio Carlos Nardi também informou sobre proposta apresentada por Erlene Tedeschi na Câmara Técnica, em relação à alimentação regular das Bases Nacionais de Dados obrigatórias, que este ano inclui somente o DATASUS, o SIA/SUS, o SIH/SUS e o CNES, excluindo o SIAB, em função da migração do SIAB para o CNES, mas, a não obrigatoriedade da alimentação regular do SIAB pode provocar a desinformação do SIAB, pois, não vincularia ao pagamento. Colocou que a proposta é estabelecer a alimentação do SIAB, como um indicador dentro do Estado, vinculado ao repasse do recurso Estadual para as Equipes de PSF. Colocou que outra solicitação do COSEMS/PR é estender na proposta orçamentária que está sendo elaborada, o repasse do Incentivo Estadual para 100% das equipes de PSF e PSF Bucal implantadas no Estado do Paraná, não limitando mais o repasse ao número de equipes e nem à população, e, sim às equipes cadastradas no SIAB. Em relação à proposta de inclusão de indicadores, Carlos Manuel ponderou que os Estados têm essa autonomia, e que apesar da pactuação com o MS não prever a alimentação do SIAB é possível pactuar, por uma Deliberação específica da Bipartite, a alimentação do SIAB como forma de acompanhamento dos Incentivos Estadual. Em relação à solicitação para que seja incorporado na proposta orçamentária de 2009 o incentivo estadual do PSF para todas as equipes de Saúde inscritas no SIAB, lembrando que hoje há um limite de 10 mil reais por município, e, uma restrição de implantação do incentivo estadual para os municípios com mais de 100 mil habitantes. Colocou que estará conversando com a equipe do GPS, da SESA, e com a Secretaria de Planejamento, quanto a possibilidade e a perspectiva de se ter essa ampliação nessa magnitude, tendo em vista que se forem incluídos os municípios com mais de 100 mil habitantes, o impacto financeiro poderá ser muito grande, comprometendo-se a manter a plenária informada do processo de discussão. Quanto a pactuação dos indicadores, reforçou que a Secretaria de Estado será parceira dos municípios para o alcance da melhoria dos indicadores, mas, os municípios também precisam se comprometer, observando que o primeiro trimestre de 2008 já está terminando, e até agora não foram fechados os indicadores de mortalidade materna de 2006, que já está descentralizado para os municípios, reforçando que a relação de compromisso tem que ser biunívoca. **Definição: 1.** manter as metas que já foram negociadas pela Secretaria de Estado com o Ministério, e que foram acatadas por aquela instância, com o compromisso da Secretaria, em todas as suas dimensões e, em conjunto com os municípios, trabalhar para o alcance das mesmas. **2.** incluir na pactuação estadual a alimentação regular do SIAB, tendo o sistema como instrumento gerencial interno, inclusive como mecanismo regulatório para o processo de credenciamento das equipes ao Incentivo Estadual do PSF. **3.** a SESA ficou de verificar junto à Secretaria de Planejamento a solicitação para incluir na proposta orçamentária que está sendo elaborada, o repasse do Incentivo Estadual do PSF para 100% das Equipes implantadas e para 100% dos municípios com PSF implantado, mantendo a CIB/PR informada do andamento das negociações.

## **2. Câmara Técnica da Vigilância em Saúde:**

**Vigilância Sanitária:** Suely Vidigal, DEVS-SVS, informou sobre: **1.** a revogação da Resolução N 03 da ANVISA, por meio da Resolução nº 23, de 28-03-08, observando que a mesma deve ser construída de forma Tripartite. Em seguida informou que até o momento 359 municípios pactuaram as ações da Vigilância Sanitária, e que apesar da revogação da Resolução nº 03, na Câmara Técnica ficou definido que os Planos devem continuar seguindo o fluxo aprovado

160 na reunião anterior da CIB-PR, ou seja, devem ser aprovados pelos Conselhos Municipais de  
161 Saúde e encaminhados às CIB-Regionais para conhecimento. Reforçou que nos Planos deve  
162 ficar claro qual é o apoio esperado do Estado para a execução das ações, porque senão, corre-  
163 se o risco de ações importantíssimas deixarem de serem executadas, com risco à saúde  
164 pública. **2. SINAvisa** - informou sobre a criação de site de treinamento e produção para  
165 inserção do planejamento das ações de acordo com os 05 Eixos do PDVISA, sendo possível  
166 acompanhar on line todo o Plano de Ação. **3. Manual de Ações de VISA** – esclareceu que se  
167 trata do Manual que pretende uniformizar as ações de Vigilância, lembrando que o documento  
168 vem sendo discutido na Câmara Técnica há algum tempo, colocando que está aguardando as  
169 contribuições dos municípios para concluir o documento. Informou que na próxima reunião a  
170 Câmara Técnica balizará o documento para que todos os municípios falem a mesma  
171 linguagem. Em seguida informou sobre proposta discutida na Câmara Técnica para envio de  
172 documento ao MS propondo a criação de instrutivo que permita a apropriação das informações  
173 por meio do SIA-SUS, grupo 2 –Vigilância em Saúde – Forma de Organização 01 – Vigilância  
174 Sanitária com os itens: que seja considerada a lei nº 9782, de 26/01/99, para os conceitos de  
175 Estabelecimentos de Saúde e de Interesse à Saúde (Art. 8º § 1º, 2º e 4º ) e que sejam  
176 respeitados os Códigos de Saúde dos Estados; que os conceitos de inspeção sejam os  
177 mesmos definidos na RDC 2473, de 29/12/03 (já revogada); que no item cadastro obedeça o  
178 montante global de estabelecimentos de Saúde e de Interesse à Saúde existentes; que se  
179 defina onde informar as atividades educativas para os profissionais de Saúde e outros; e que  
180 seja usada a classificação do CBO para saber que profissional fez a ação. Aberto para  
181 discussão Carlos Manuel propôs como encaminhamento o envio do documento elaborado pela  
182 SESA, com uma recomendação da Bipartite, para ser analisado e considerado pela SVS.  
183 Antonio Carlos Nardi ponderou que não há problemas do documento ser encaminhado como  
184 da Bipartite, pois, foi amplamente discutido na Câmara Técnica. Vera Drehmer observou que a  
185 consulta deve ser da Bipartite, pois todo o COSEMS/PR aprovou e concorda com a mesma.  
186 **Definição:** *aprovado o encaminhamento pela CIB/PR para a SVS/MS, do documento Manual*  
187 *de Ações da VISA para ser analisado, propondo a criação de instrutivo que permita a*  
188 *apropriação das informações por meio do SIA/SUS.*

189 • **Recursos Financeiros da Campanha de Vacinação:** Antonio Carlos Nardi informou sobre o repasse  
190 dos recursos para as Campanhas da Influenza e Contra a Poliomielite. Colocou que para definição dos  
191 valores a serem alocados nos Fundos Municipais e no Fundo Estadual foi obedecida a mesma  
192 proporcionalidade estabelecida nos anos anteriores, ou seja, 80% para os Fundos Municipais e 20%  
193 para o Fundo Estadual, para apoio aos municípios na infraestrutura. Informou que para a Campanha da  
194 Influenza, a ser desencadeada em 27/04, o teto é de R\$ 156.650, cabendo aos municípios o montante  
195 de R\$ 125.317, o que corresponde a R\$ 314,08 para cada município. Para a campanha contra a  
196 poliomielite, serão duas parcelas de R\$ 246,02 para cada município. Informou que já foi feito o  
197 encaminhamento com a aprovação “ad referendum” da CIB/PR. **Definição:** *homologada a pactuação*  
198 *referente aos recursos das Campanhas de vacinação.*

199 • **Programa de DST/AIDS:** Francisco Carlos dos Santos técnico da SVS/SESA, informou que na  
200 Câmara Técnica discutiu-se repactuação dos preservativos referentes ao Programa de DST/AIDS  
201 (Deliberação 04/2003) e a repactuação dos medicamentos de DST e de infecções oportunistas  
202 (Deliberação 015/2003). Informou que também foi aprovada na Câmara Técnica a habilitação de mais  
203 03 municípios para receber o Incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, quais sejam: Castro, que  
204 está com 251 casos de AIDS; União da Vitória, com 140 casos de AIDS; e Irati com 90 casos.  
205 Esclareceu que os municípios foram indicados tendo em vista questões como: aceleração da epidemia  
206 dentro do município; perfil epidemiológico da doença, etc. **Definições:** **1.** *aprovada a repactuação dos*  
207 *preservativos referentes ao Programa de DST/AIDS e a repactuação dos medicamentos de DST e de*  
208 *infecções oportunistas. 2.* *aprovada a inclusão dos municípios de Castro, União da Vitória e Irati para*  
209 *receber o Incentivo do Programa de DST/AIDS.*

210 • **Saúde do Trabalhador:** David C. Bueno, Diretor do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador/SVS,  
211 lembrou que na última reunião de 2007 ficou definido que deveria ser iniciada discussão em todas as  
212 macrorregionais relativas ao desenvolvimento dos CERESTs, informando que as discussões se  
213 iniciaram pela Macro Noroeste, e estendidas para as demais macros, evoluindo em 02 macros a  
214 solicitação para aprovação dos CERESTs. Informou os requisitos para aprovação dos CERESTs e que

215 estava trazendo para aprovação da CIB/PR a implantação do CEREST Macrorregional dos Campos  
216 Gerais, que irá atender a 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> e 21<sup>a</sup> Regionais de Saúde com sede em Irati; e o CEREST  
217 Macrorregional Norte II, que irá atender a 16<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup>, com sede em Apucarana. **Definição:** *aprovada*  
218 *a implantação dos CERESTs da Macrorregião dos Campos Gerais e da Macrorregião Norte II.*

219 • **Dengue:** Vera Drehmer informou sobre o último Boletim da Dengue (Boletim nº 4), correspondente à  
220 14<sup>a</sup> semana, observando que foi incluído o índice de infestação predial no mesmo, e que os Boletins  
221 passarão a ser disponibilizados no site da SESA, como forma de socializar a informação a todos os  
222 interessados. Apresentou mapa demonstrando como o Paraná se caracterizou no 1<sup>o</sup> Trimestre pelo  
223 Índice de Infestação Predial informado, observando que a 15<sup>a</sup> RS é a Regional que apresenta maior  
224 índice. Relatou sobre monitoramento feito por uma Regional de Saúde em 03 municípios de sua área de  
225 abrangência, quanto ao índice de infestação predial, sendo constado uma diferença muito grande entre  
226 os índices informados pelos municípios e o resultado encontrado pela Regional. Ponderou que é preciso  
227 rever a questão do método, colocando que o Estado irá apoiar os municípios nessa questão.  
228 Apresentou situação sobre os depósitos predominantes segundo o tipo, onde se verifica que 43,74%  
229 dos depósitos são em Lixo e outros resíduos sólidos (recipientes plásticos, garrafas, latas, etc.); 18,87%  
230 em Depósitos Móveis (vasos e pratos, frascos com plantas, etc), observando que pneus e outros  
231 materiais rodantes são 16,15%. Em relação a essa questão, informou que não foi possível efetivar o  
232 convênio com a RECICLANIP, em função de posição do Ministério Público. Em seguida apresentou  
233 mapa com a Incidência por 100 mil/habitantes e quadro com o número de casos confirmados,  
234 comparando 2007 com a respectiva semana em 2008. Informou as cidades que estão com maior  
235 incidência (Tapira, que está acima de 500 e Jaguapitã com cerca de 270 de incidência). Aberto para  
236 discussão, Antonio Carlos Nardi ponderou que existem algumas questões que precisam ser refletidas,  
237 principalmente em função da constatação feita sobre a divergência nos índices informados pelos  
238 municípios e os encontrados pela equipe da Regional: a 1<sup>a</sup> é que a Dengue veio para ficar e que,  
239 independente da região, todos devem ser extremamente cuidadosos, cautelosos e atuantes para o seu  
240 controle: a 2<sup>a</sup> é que o poder público sozinho não conseguirá suprir o trabalho que a Dengue poderá dar  
241 a todos, destacando que os gestores precisam ter responsabilidade e compromisso com a verdade.  
242 Manifestou sua indignação quanto a manipulação nos índices informados pelos municípios, observando  
243 que isso é uma vergonha para os gestores municipais, pois, o COSEMS/PR sempre defendeu a  
244 bandeira de que o gestor municipal tem responsabilidade, e, uma situação dessa fragiliza a entidade na  
245 sua defesa aos municípios. Observou que existem bons e maus gestores, mas, em situações que  
246 envolvem vida há que se ter responsabilidade. Enfatizou que os gestores precisam dar transparência às  
247 informações. Em relação aos pneus, destacou que essa é uma questão seriíssima para o controle da  
248 Dengue, e que a Secretaria de Estado já estava providenciando convênio com a RECICLANIP para o  
249 recolhimento dos mesmos, mas, por interferência de outras instâncias isso não aconteceu. Observou  
250 que não é aceitável interferência de outras instâncias que colocam em risco o Estado inteiro, havendo  
251 necessidade de se buscar soluções. Encerrada a exposição do Nardi, Carlos Manuel dos Santos  
252 reforçou posição da Secretaria de Estado de compromisso com a verdade, reafirmando que a  
253 Secretaria de Estado em nenhum momento tem se furtado a enfrentar a realidade, conduta esta,  
254 reiterada pela posição do Secretário em relação a diversos assuntos (medicamentos, Dengue, Febre  
255 Amarela, etc).

### 256 **3. Câmara Técnica da Atenção Básica:**

257 • **NASF:** Erlene Tedeschi dos Santos, Superintendente de Políticas de Atenção Primária à Saúde,  
258 inicialmente colocou que na reunião anterior ficou definido que os projetos de NASF enviados à  
259 Secretaria de Estado, que atendessem aos requisitos da Portaria, poderiam ser encaminhados ao  
260 Ministério da Saúde com a aprovação “ad referendum”. Em seguida informou os projetos enviados ao  
261 Ministério da Saúde, até o momento, com a aprovação “ad referendum” da CIB/PR, com os respectivos  
262 números de NASF: Londrina (10); Ibiporã (01); Cambé (02); Rolândia (01); Apucarana (04); e  
263 Arapongas (03), observando serem todos NASF I. Confirmou informações extra-oficiais que vinham  
264 sendo divulgadas de que os recursos eram limitados, e que seriam contemplados os projetos por ordem  
265 de chegada, nesse sentido, solicitou aos municípios que atendem aos requisitos para implantação, que  
266 encaminhem os seus projetos o quanto antes, para que possam ser enviados ao Ministério da Saúde o  
267 mais rápido possível. Em relação aos municípios para os quais a Portaria prevê a implantação de NASF  
268 desde que seja em Consórcio com outros municípios, colocou que foi feito contato com a Associação  
269 Paranaense de Consórcios, e a mesma já se disponibilizou a discutir, conforme o interesse dos  
270 municípios, colocando que os municípios que têm interesse devem procurar a Associação. Antonio  
271 Carlos Nardi solicitou que essa dinâmica fosse alterada, e que as Regionais levantassem os municípios

272 que têm interesse e contatassem os Consórcios para verificar a possibilidade de agregação para a  
273 implantação do NASF. **Definição:** *homologadas as implantações dos NASF apresentados.*

274 • **Transmissão da Base de Dados do SIAB:** Erlene Tedeschi dos Santos informou que a partir da  
275 competência Junho a transmissão do SIAB deverá ser feita automaticamente pelos municípios. Colocou  
276 que na Câmara Técnica os gestores municipais manifestaram preocupação com possíveis problemas  
277 no sistema, sendo proposto o encaminhamento de consulta ao Ministério, indagando quais as  
278 providências, ou qual o posicionamento daquela instância, na eventualidade de possíveis problemas no  
279 processo de transmissão, já elencando uma séria de problemas que podem ocorrer, observadas em  
280 experiências anteriores. Colocou que a resposta do Ministério deverá ser disponibilizada no site da  
281 CIB/PR. Antonio Carlos Nardi manifestou a preocupação do COSEMS/PR em relação a essa questão,  
282 tendo em vista que a informação do SIAB está ligada diretamente ao crédito nos Fundos Municipais de  
283 Saúde do repasse para as equipes de SF e Equipes de Saúde Bucal cadastradas e, é de conhecimento  
284 geral que desde janeiro deste ano estão ocorrendo sérias dificuldades nos processamentos do SIA e do  
285 SIH, sem conseguir rodar a fatura, por problemas específicos do sistema / programa. Colocou que a  
286 preocupação é de que ao migrar para que cada município faça a sua informação, se der qualquer  
287 inconsistência, o município não recebe o recurso do Saúde da Família e não tem a quem recorrer.  
288 Colocou sobre estudo feito pelo CRESEMS de Francisco Beltrão, em levantamento feito nos sistemas  
289 de informações e de pagamento, que demonstra que os mesmos dão inconsistências, informando que  
290 levará o estudo para conhecimento e discussão no CONASEMS. Observou que é preciso ter garantia  
291 de que o sistema irá rodar e que, na eventualidade da ocorrência de qualquer inconsistência, que vai  
292 haver o devido suporte.

293 • **Cobertura Vacinal:** Erlene Tedeschi também informou sobre documentação recebida na SESA, do  
294 Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, sobre os problemas que vêm ocorrendo em  
295 relação à cobertura vacinal. Lembrou que a Secretaria de Estado já pautou essa questão na Bipartite,  
296 principalmente em função da homogeneidade da cobertura vacinal, ponderando que não é mais  
297 possível continuar aceitando os resultados da vacinação que estão ocorrendo. Informou que no Paraná  
298 103 municípios estão com problemas na vacinação, observando que essa é uma ação de atuação na  
299 Atenção Básica, por meio das equipes de Saúde da Família. Colocou que entre a documentação  
300 enviada está um questionário a ser respondido até 25 de abril, pelo Estado e pelos 103 municípios que  
301 estão com problemas, informando que está solicitando a prorrogação desse prazo. Considerou que os  
302 municípios precisam parar e pensar sobre o que está ocorrendo, junto com a equipe de atenção básica,  
303 que deveriam estar detectando esses problemas, seja na Unidade Básica de Saúde seja pela Equipe de  
304 Saúde da Família, que tem a responsabilidade de conferir a carteirinha de vacinação. Sugeriu que a  
305 Regional e todos os municípios de cada regional discutissem sobre cobertura vacinal e integradamente  
306 buscassem solução. Informou que todo o material será analisado junto com a equipe da epidemiologia,  
307 sendo verificado no que o Estado poderá colaborar nesse processo. Informou que está no aguardo da  
308 resposta do Ministério quanto a dilação do prazo, solicitando que os municípios e regionais trabalhem o  
309 material o mais rápido possível para se fechar uma posição do Paraná. Entregou Nota Técnica da  
310 DEAB, referente ao assunto, contendo a lista dos municípios que estão com problemas. Carlos Manuel  
311 dos Santos propôs que as Regionais de Saúde façam uma mobilização da Bipartite Regional, e, abram  
312 esse processo de discussão na CIB-Regional com o envolvimento de todos os municípios que integram  
313 a Regional, e, que encaminhem uma resposta até 25/04 que é o prazo estabelecido pela DEAB. Antonio  
314 Cantelmo Neto colocou que o COSEMS/PR também já se manifestou sobre essa questão,  
315 considerando que deveria haver uma ação mais incisiva junto aos municípios que não estão  
316 conseguindo atingir as metas. Observou que os gestores no nível regional, não têm condição de exigir  
317 do prefeito de um município vizinho que sejam criadas as condições para que aconteça a vacinação.  
318 Colocou que a demanda do COSEMS/PR é para que haja uma ação mais específica da Secretaria de  
319 Estado, naqueles municípios que reiteradamente não têm atingido a cobertura vacinal, diretamente ao  
320 chefe do Executivo. Carlos Manuel reiterou solicitação para que as Bipartites Regionais discutam essa  
321 questão e que encaminhem propostas de abordagem sobre outras esferas que envolvem essa questão,  
322 como por exemplo levar a discussão para a Associação dos Municípios no nível regional. Antonio  
323 Carlos Nardi observou que é a primeira vez que são divulgados os municípios que não estão atingindo a  
324 cobertura vacinal, ponderando que não é possível generalizar e que agora dá para atuar em quem  
325 apresenta problemas, concordando com o encaminhamento proposto por Carlos Manuel para que as  
326 CIB-Regionais discutam estratégias/meios de atingir a cobertura / homogeneidade vacinal. Margarete  
327 Debortolis, SMS de Matelândia, observou que no documento entregue, constam somente os municípios  
328 que têm 100% de cobertura de Saúde da Família, sugerindo que fossem incluídos na relação todos os  
329 municípios que não alcançarem a cobertura vacinal. **Definição:** 1. incluir na relação todos os municípios

330 com baixa cobertura vacinal; 2. as Regionais de Saúde deverão chamar reunião extraordinária da CIB-  
331 Regional para discutir esse assunto, propondo encaminhamentos de solução, e enviando o questionário  
332 devidamente preenchido para a SPP/SESA, até 25/04, conforme estabelecido pelo DEAB/MS.

333 • **Portaria GM/MS nº 3181/2007 – Fundo de Alimentação e Nutrição:** Carla Ferreira Miranda, Diretora  
334 do Departamento de Atenção Básica, informou sobre a Portaria, colocando que deverá ser feito um  
335 projeto piloto para chamada nutricional, com recursos da contrapartida estadual, não tendo ainda a  
336 definição dos municípios, e que também haverá uma capacitação no SISVAN, para todos os municípios.

337 • **Caderneta da Gestante:** Carla Miranda, colocou que o Ministério não irá enviar a caderneta Nacional,  
338 informando que na Câmara Técnica ficou definido que deverá ser disponibilizada no site da CIB/PR a  
339 versão da caderneta nacional e a versão Estadual, para que os municípios possam fazer sugestões e  
340 decidir qual versão irão utilizar. Observou que os municípios devem encaminhar suas sugestões o mais  
341 rápido possível, indicando qual versão irão utilizar, para que possa se definida a que será utilizada no  
342 Estado e para ser providenciada a encomenda das cadernetas para envio aos municípios.

343 • **Plano Operativo dos Adolescentes em Conflito com a Lei:** Carla informou que os estabelecimentos  
344 que têm acima de 40 adolescentes deverão ficar sob a gestão do Estado, mas, que a Secretaria da  
345 Criança está com dificuldades para fechar as equipes completas, o que está dificultando a habilitação  
346 dos serviços que ficarão sob a gestão do Estado, por outro lado, alguns municípios com  
347 estabelecimentos com menos de 40 adolescentes, já estruturam seus serviços e manifestaram  
348 interesse, citando como exemplo Santo Antonio da Platina, que já teve seu Plano Operativo aprovado  
349 na CIB/PR e que já está executando os serviços, mas, que ainda não foi enviado ao MS e não está  
350 recebendo o recurso. Informou que a proposta da Câmara Técnica é que sejam enviados, ao Ministério  
351 da Saúde, os Planos Operativos dos municípios que ficarão com a gestão do estabelecimento, e, que  
352 estão corretos, para o que o MS possa fazer o repasse. **Definição:** aprovada a proposta apresentada.

353 **4. Pacto pela Saúde:** Graça Lima, SE/CIB/PR, inicialmente informou sobre a publicação de Portaria  
354 GM/MS nº 741/2008, homologando a adesão de mais 11 municípios do Estado ao Pacto pela Saúde,  
355 colocando que, com essa Portaria fica oficializada a adesão de 378 municípios do Estado ao Pacto pela  
356 Saúde. Colocou que já recebeu na Secretaria Executiva da CIB/PR o processo de adesão de Doutor  
357 Ulisses e Paranaguá, informando que após análise, serão feitos os devidos encaminhamentos. Em  
358 seguida informou sobre o resultado da reunião da Câmara Técnica:

359 • **Monitoramento das Adesões ao Pacto pela Saúde:** Graça Lima colocou que foi discutida a  
360 necessidade de se começar um processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação das  
361 adesões ao Pacto, tanto do Estado como dos municípios, mas que para tanto é preciso construir um  
362 instrumento que permita sistematizar esse monitoramento. Informou os encaminhamentos proposto pela  
363 Câmara Técnica: 1. que a avaliação se dê a cada seis meses; 2. que deve ser feito um diagnóstico de  
364 como está a situação no nível municipal dos demais instrumentos de gestão (se o Plano de Saúde está  
365 atualizado e qual a sua utilidade, se tem Relatório de Gestão e se é submetido ao Conselho Municipal e  
366 à Câmara Municipal, e em qual periodicidade, etc), para subsidiar a elaboração do instrumento de  
367 monitoramento.

368 • **Relatório de Gestão:** Graça Lima informou sobre a Portaria GM/MS 1.229/2007, que dispõe sobre  
369 fluxos e prazos para encaminhamento à Tripartite de relatório com a relação dos municípios e dos  
370 Estados que tiveram seus Relatórios de Gestão elaborados e aprovados pelos respectivos Conselhos  
371 de Saúde. Informou que o prazo estabelecido na Portaria para os municípios encaminharem a  
372 resolução da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde para a Bipartite é até 30/04, e, o prazo para  
373 a Bipartite encaminhar a relação dos municípios para a Tripartite é até 30/05/2008. Informou que essa  
374 questão já foi repassada para as Regionais de Saúde, em reunião realizada com todos os DVIAS das  
375 Regionais, e que a SE/CIB/PR, tendo em vista os prazos estabelecidos, elaborou documento com os  
376 prazos e fluxos para orientação às Regionais de Saúde. Esclareceu que na orientação foi proposto que  
377 essa relação seja levada ao conhecimento da CIB-Regional, e, em função do prazo para envio à  
378 Tripartite de 30/05, que as Regionais encaminhem a relação dos municípios com a situação do  
379 Relatório de Gestão para a CIB/PR até 15/05, para que possa ser feito um consolidado de todo o  
380 Estado, e encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite em tempo de ser analisado na reunião de  
381 maio. Informou que já recebeu o Relatório da 7ª, 2ª, 4ª e 21ª. **Definição:** aprovados os  
382 encaminhamentos propostos pela Câmara Técnica.

### 383 **Temas para Apresentação, Discussão e Encaminhamentos**

384 **1. PARTICIPASUS:** Antonio Carlos Nardi informou que se trata de projeto oriundo da Secretaria de  
385 Gestão Estratégica e Participativa/MS, sendo publicada Portaria que prevê o repasse de recursos para  
386 os Estados visando o fortalecimento em 04 eixos estratégicos: participação popular e controle social;  
387 ouvidoria; auditoria; e monitoramento e avaliação, colocando que para o Paraná está previsto o

388 montante de R\$ 999.996,12, em parcela única, especificamente para custeio. Colocou que a proposta  
389 foi discutida na reunião do COSEMS/PR, sendo aprovada a proposta já elaborada pelo Grupo de  
390 Planejamento da Secretaria, destinando esses recursos para capacitação de Conselheiros Municipais e  
391 Estadual, realização de seminários, educação popular por meio de elaboração de cartilhas e da  
392 produção de vídeo educativo sobre temas de interesse de Saúde Pública, implantação ou  
393 implementação de ouvidorias, capacitação de técnicos dos município e Regionais em regulação,  
394 controle e avaliação, de forma a atingir os 399 municípios do Estado. **Definição:** *aprovada a proposta*  
395 *apresentada pelo Estado*. Nesse momento, Antonio Carlos Nardi, considerando o horário, informou  
396 sobre o XXIV Congresso de Secretários Municipais de Saúde, que acontecerá em Apucarana de 25 a  
397 27 de Junho, junto com o 7º EPATESPO. Informou que se houver necessidade de reunião da CIB/PR  
398 em maio, deverá ser em 16/05, mas, caso não haja necessidade a próxima reunião será junto com o  
399 Congresso na data de 25/06/2008, de forma a garantir o maior número de participantes.

400 **2. Rede de Atenção à Saúde / Documento Tripartite:** Antonio Carlos Nardi colocou que há cerca de  
401 um mês aconteceu Seminário Tripartite em Brasília (CONASS, CONASEMS e o MS), junto com  
402 instituições formadores do Brasil, para discutir as Redes Integradas de Atenção à Saúde. Informou que  
403 o Ministério já tinha uma concepção original sobre essa questão da Rede de Atenção, apresentando um  
404 documento elaborado internamente, a ser disparado por meio do QUALISUS Redes, ponderando que é  
405 do conhecimento geral que o QUALISUS prevê investimentos somente para a Alta Complexidade em  
406 Capitais e Regiões Metropolitanas. Colocou que no Seminário ficou definido que o processo deveria ser  
407 revisto e que o estudo das Redes deve ser feito de forma Tripartite, direcionado pela Atenção Básica, e  
408 somente após a pactuação efetiva na Tripartite ser desencadeado em todos os Estados, informando  
409 que as Redes ainda não foram discutidas na Tripartite. Colocou que 10 dias após esse Seminário, foi  
410 feita reunião no Paraná, a pedido do Ministério da Saúde, envolvendo uma região do Estado, para ser  
411 apresentada a proposta do MS e para propor um piloto na região, colocando que ao tomar  
412 conhecimento dessa reunião, contatou a Direção da SESA e informou quanto a diretriz nacional que  
413 estava sendo dada sobre essa questão, ou seja, discutir as Redes direcionadas da Atenção Básica para  
414 a Média e Alta Complexidade, especificamente com o nome de Redes Integradas de Atenção à Saúde e  
415 Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), até que a Tripartite tenha uma definição e que haja a  
416 sinalização pelo Ministério da Saúde de financiamento novo. Colocou que considerando todo esse  
417 panorama, foi incluída, no Congresso do COSEMS/PR, uma Oficina sobre Redes Integradas de  
418 Atenção à Saúde, de forma a disparar as discussões junto com as instâncias gestores do SUS dentro  
419 do Estado do Paraná. Em seguida colocou que outro ponto é o processo que está sendo desencadeado  
420 pela SGS/SESA, e que foi iniciado pelo Gilberto Martin ainda enquanto Diretor de Sistemas de Saúde  
421 em 2005, no sentido de se implantar a Regionalização da Saúde no Estado, e que já foi aprovado pela  
422 Bipartite, colocando que o mesmo tem o apoio irrestrito dos municípios, devendo começar por algumas  
423 regiões como piloto, entendendo que será estendido para todo o Estado. Carlos Manuel dos Santos  
424 informou que a Secretaria recebeu a visita de representante da SAS/MS para discutir sobre a proposta  
425 do Ministério de construção da Rede de Atenção à Saúde, mas, tendo em vista o resultado do  
426 Seminário ocorrido em Brasília, para construção conjunta de uma proposta, a SESA deverá manter em  
427 stand by o processo iniciado em conjunto com o Ministério, na perspectiva de aguardar uma definição  
428 Tripartite. Em relação ao processo desencadeado pela SGS, colocou que a diretriz do Secretário de  
429 Estado é de que a regionalização seja concluída o mais rápido possível, lembrando que as  
430 microrregiões já estavam aprovadas na CIB/PR, mas que se houver necessidade, deverão ser revistas.  
431 Esclareceu que o piloto que vem sendo discutido em uma região é um processo de construção inicial,  
432 para depois ser desencadeado sua consolidação no Estado.

433 **3. Rede Auditiva:** Antonio Carlos Nardi informou sobre a publicação da Portaria GM/MS nº 389, de  
434 03/03/2008, que corta em 50% o teto do Estado para os Serviços de Atenção Auditiva. Lembrou toda a  
435 discussão que já se teve na Bipartite em relação à auditiva, começando pela discussão da revisão do  
436 número de serviços credenciados, o que foi resolvido; depois no ano passado houve o corte inicial dos  
437 recursos financeiros e o corte do valor dos procedimentos dos aparelhos, e somente depois de muita  
438 discussão conseguiu-se reverter e manter o teto financeiro do Estado, ficando apenas o corte no valor  
439 do aparelho, sendo possível, dessa forma, manter os serviços funcionando sem que houvesse  
440 desassistência, mas agora, com a publicação dessa Portaria cortando em 50% o teto do Estado, vai  
441 haver desassistência, com conseqüente fila de espera. Lembrou que na época dessa discussão a  
442 Bipartite pleiteou que se houvesse o corte na auditiva, que pelo menos o recurso ficasse no teto do  
443 Estado para atender outras órteses e próteses, colocando que a proposta do COSEMS/PR é que seja  
444 reiterada essa solicitação, passando à leitura de proposta de documento a ser enviado ao MS: "A  
445 Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida no dia 18/04/2008, em Curitiba, debateu a Portaria



446 GM/MS nº 389 de 03/03/2008, que redefiniu os limites financeiros dos gestores plenos, reduzindo os  
447 tetos em 50% referentes aos serviços de Atenção à Saúde Auditiva do Estado do Paraná. O  
448 entendimento da Bipartite é que este fato representará o aumento da demanda reprimida no Estado,  
449 agravando ainda mais a situação que vem ocorrendo desde a edição da Portaria GM/MS nº 2.943, de  
450 20/11/2006, que já reduzia o teto financeiro do Paraná para a área auditiva. Considerando a gravidade  
451 da situação instalada, vimos solicitar ao Ministério da Saúde a revisão do corte, no sentido de manter os  
452 recursos para a Rede Auditiva ou, se mantendo o corte para auditivas, que o recurso seja remanejado  
453 para o teto do Estado para aplicação em outras áreas da órtese e prótese”. Irvando Carula, concordou  
454 com o encaminhamento proposto pelo COSEMS/PR, informando que a SESA já está redigindo  
455 documento a ser enviado ao Ministério, observando que o corte foi de aproximadamente R\$ 600 mil, o  
456 que deve provocar fila na auditiva. Observou, ainda, que quando se aprovou a Rede de Atenção à  
457 Pessoa com Deficiência, todas as Unidades foram habilitadas e credenciadas pelo MS, não sendo  
458 colocado nenhum recurso além do que já se tinha no teto, informando que no documento da SESA será  
459 adicionada essa informação. Carlos Manuel colocou que a SESA concorda com o encaminhamento  
460 proposto pelo COSEMS/PR, reforçando que a SESA também estará se posicionando em relação a essa  
461 questão. Enfatizou que a preocupação com órtese e prótese é permanente na Secretaria de Estado,  
462 que sempre tem se posicionado junto ao MS quanto ao contingenciamento que o Estado vem tendo  
463 nesse segmento da atenção. Informou que está sendo avaliada pela SPP e SGS a viabilidade de se  
464 organizar um mutirão, para algumas áreas cujos os valores são menores, com recursos próprios da  
465 SESA, a fim de amenizar o contingenciamento, ponderando entretanto que se houver redução no teto o  
466 mutirão não terá impacto. **Definição:** aprovado o encaminhamento proposto pelo COSEMS/PR.

467 **4. Rede de Tratamento da Obesidade Grave:** Irvando Carula, Superintendente de Gestão do Sistema,  
468 esclareceu que inicialmente estava trazendo essa questão para conhecimento e discussão,  
469 apresentando os serviços já habilitados no Paraná: 01 em Londrina, 01 em Maringá, 02 em Curitiba, 01  
470 em Campina Grande do Sul, informando que os dois serviços do interior apresentam uma produção  
471 muito baixa, produzindo no ano o que era esperado para o mês, e os de Curitiba e região metropolitana  
472 apresentam uma produção razoável, informando que a fila no Estado é muito grande, principalmente no  
473 interior. Colocou que nenhum dos serviços que podem ser recredenciados, embora tenham mostrado  
474 interesse em sê-lo, encaminharam os processos para recredenciamento, informando que havia dado o  
475 prazo até o final março para o encaminhamento dos processos. Informou que o prazo para o envio da  
476 proposta final da Rede para o MS é até o final de Agosto, inclusive com a proposta de organização de  
477 uma fila única. Em seguida apresentou a relação dos serviços que têm interesse em credenciamento,  
478 colocando que alguns processos já estão tramitando na SESA: RS 02 – Campo Largo, Nossa Senhora  
479 do Rocio, Curitiba: Hospital São Vicente, Hospital Universitário Cajuru, Hospital Universitário Evangélico  
480 de Curitiba; RS 07 – Pato Branco, Hospital São Lucas; RS 10: Cascavel: Hospital Nossa Senhora do  
481 Salete e Hospital Universitário do Oeste do Paraná; RS 12 – Umuarama, Hospital Geral Nossa Senhora  
482 Aparecida; RS 13 – Cianorte: Hospital São Paulo e Santa Casa Intermunicipal de Saúde; RS 14 –  
483 Paranavaí – Hospital Regional do Noroeste; RS 15 – Maringá: Hospital e Maternidade Santa Rita e  
484 Santa Casa de Maringá; e RS 17 – Hospital Evangélico de Londrina e Santa Casa de Londrina. Aberto  
485 para discussão, Antonio Carlos Nardi observou que o credenciamento de serviços é extremamente  
486 complicado, principalmente neste tipo de serviço, ponderando que apesar do pagamento ser FAEC, é  
487 preciso observar rigorosamente os critérios exigidos, pois, é uma cirurgia muito complicada. Colocou  
488 que outra questão a ser considerada é o parâmetro estabelecido em Portaria, de se fazer no mínimo 96  
489 cirurgias bariátricas ano, o que se for levado à risca, com o leito de cirurgia bariátrica sendo absorvido  
490 para o paciente por 30 dias, fora o leito de UTI cujo mínimo exigido é 10 dias para cada paciente  
491 bariátrico operado, pode provocar desassistência nas demais áreas. Colocou sobre ação conjunta  
492 movida contra o MS, SESA e o município Maringá, para credenciar mais dois serviços, colocando que  
493 os dois serviços que podem ser credenciados são os que já dão assistência no município e que existe  
494 um déficit de leito em Maringá de 120 a 130 leitos no SUS, ponderando que se for credenciar mais dois  
495 serviços, que são os que dão a retaguarda de assistência, haverá desassistências nas demais  
496 patologias. Considerou que essa Rede tem que ser muito bem analisada, avaliando a ocupação dos  
497 leitos e a desassistência que pode ser provocada em outras áreas, se ampliado o cesso em cirurgia  
498 bariátrica. Informou também que alguns gestores o procuraram para expor as suas preocupações,  
499 tendo em vista que os serviços de sua região que se propuseram realizar a cirurgia bariátrica, não estão  
500 dando conta de atender o que já estão credenciados, colocando que orientou que essa questão deveria  
501 ser discutida no Colegiado de Gestão Regional. Ponderou que não adianta credenciar um número  
502 elevado de serviços e gerar o caos no resto da assistência à saúde no Estado. Em relação à fila única  
503 considerou que pode ser bom, mas, que não tem clareza como será a logística do ir e vir dentro do

504 Estado. Irvando propôs como encaminhamento que se estabelecesse o prazo até 30 de maio para o  
 505 envio dos processos à SGS, convocando a CT da CIB/PR em junho para discutir uma proposta de Rede  
 506 e uma proposta de organização da fila, trazendo para deliberação na CIB/PR de Junho. Antonio  
 507 Cantelmo Neto enfatizou que deve ser considerado na reunião da CT-CIB/PR a situação daqueles  
 508 hospitais que possuem outros credenciamento em Alta Complexidade e não estão atendendo,  
 509 colocando que na relação apresentada constam Hospitais que são referência para a 8ª RS em outras  
 510 especialidades e não estão atendendo, e, se credenciarem em Cirurgia Bariátrica não vão atender mais  
 511 nada. Irvando colocou que os serviços citados são de Cascavel, que tem dois serviços de cirurgia  
 512 vascular credenciado (HU e o Salete) que não estão atendendo a referência da cirurgia vascular, o que  
 513 está sendo verificado, porque se não estão atendendo deverão ser substituídos. Manoel Pires de Paiva,  
 514 GPS, sugeriu que a SGS fizesse um levantamento das internações feitas em 2007, calculando a média  
 515 de internamento em UTI e a média de internação para que pudesse verificar o impacto. Cícero Lotário  
 516 Tironi, técnico da SMS de Curitiba, manifestou sua preocupação com a questão da Fila Única, pois, a  
 517 cirurgia é extremamente crítica, com grande número de óbito, por imperícia ou por ser complexa,  
 518 devendo os pacientes serem acompanhados no pré cirúrgico, na indicação e no pós cirúrgico, havendo  
 519 necessidade de se ter critérios claros. Irvando esclareceu que os serviços que manifestaram interesse  
 520 terão que atender a todos os requisitos, dando assistência integral no pré e pós operatório. Antonio  
 521 Carlos Nardi ponderou que todas as manifestações reforçam a necessidade de que a SGS faça a  
 522 análise do impacto, com base nos dados já produzidos, que o credenciamento desses serviços pode  
 523 gerar na assistência às demais especialidades / patologias, reforçando a preocupação do SMS de  
 524 Francisco Beltrão, em relação ao atendimento da referência pelos serviços de Cascavel. **Definição: 1.**  
 525 *pautar para deliberação na próxima reunião, com avaliação prévia e discussão por parte da Câmara*  
 526 *Técnica de Gestão e Planejamento, verificando o impacto que esses credenciamentos terá sobre a*  
 527 *organização do sistema regional e do Estado, e, a proposta de organização da fila única.*

#### **Temas para Aprovação / Homologação**

529 **1. Alterações nos tetos financeiros dos municípios em gestão plena e sob gestão do Estado para**  
 530 **a competência Maio:** Walderes Moraes, DEOG/SGS/SESA, informou os remanejamentos de recursos  
 531 para a competência maio, quais sejam: 1. Pato Branco está remanejando para o teto sob gestão do  
 532 Estado R\$ 1.470,00 referente à repactuação de AIH de Vitorino; 2. A Secretaria de Estado está  
 533 remanejando R\$ 10.000 para o teto de Francisco Beltrão referente a Bolsas de Colostomia, Urostomia e  
 534 Ileostomia para atendimento da região; R\$ 9.488,48, R\$ 375,93 e R\$ 22.927,40 para o teto de Campo  
 535 Mourão, referente a 62 exames de Medicina Nuclear para atendimento da região, Exames de  
 536 Radiologia de pactuação com Corumbataí do Sul, e a 59 AIHs do município de Mamborê devido a  
 537 interdição do Hospital, respectivamente; R\$ 4.400,00, R\$ 30.000,00 e R\$ 70.000,00 para o teto de  
 538 Londrina referente à pactuação de 16 Ressonância Magnéticas de Ivaiporã; para o CISMEDPAR e para  
 539 os Hospitais Zona Norte e Zona Sul respectivamente. Em seguida informou sobre Portaria publicada  
 540 pelo Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 527 de 20/03/2008, que complementa recursos nos tetos  
 541 dos municípios referentes ao aumento de medicamentos de OPM, a partir da competência janeiro.  
 542 **Definição:** *aprovadas a alteração apresentadas.*

543 **2. PACS/PSF-Saude Bucal – implantações/ampliações/desqualificações:** Carlos Manuel informou  
 544 as implantações e ampliações das estratégias de Agentes Comunitários, Saúde da Família e Saúde  
 545 Bucal referentes à competência março/2008, quais sejam: ACS: ampliação em Mirador e Amaporã (01)  
 546 e Iretama (04); PSF: ampliação de equipes em Renascença (01) e Iretama (01); e Saúde Bucal:  
 547 ampliação de equipes na Modalidade I em Marumbi (01) e Palmital (01). **Definição:** *aprovadas a*  
 548 *qualificações apresentadas.*

549 **3. NASF - implantações:** Carlos Manuel informou os Núcleos aprovados pela CIB/PR e que já foram  
 550 encaminhados ao Ministério da Saúde com o “ad referendum”, quais sejam: Londrina (10), Ibitiporã (01),  
 551 Cambé (02), Rolândia (01), Apucarana (04) e Arapongas (03), todos nas Modalidade I. **Definição:**  
 552 *homologados os NASF encaminhados.*

553 **4. Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde:** Carlos Manuel informou sobre o projeto de  
 554 construção de Unidade Mista de Saúde no município de Itapejara do Oeste. **Definição:** *homologado o*  
 555 *projeto de Construção de Unidade Mista no município de Itapejara do Oeste.*

#### **INFORMES**

557 **1. Encaminhamentos decorrentes da reunião anterior referentes à Assistência Farmacêutica:**  
 558 Graça Lima, SE/CIB/PR, informou que todas as Deliberações referentes ao Elenco e a contrapartida  
 559 dos recursos já foram encaminhadas à Comissão Intergestores Tripartite, devendo ser aprovadas na  
 560 próxima reunião daquela instância. Em relação à questão da discriminação positiva, lembrou que foi  
 561 aprovado o fim da utilização da discriminação positiva para o repasse da contrapartida estadual,

562 devendo todos os municípios receberem R\$ 1,50/hab/ano, mas, que a SESA, após análise, optou por  
563 manter a aplicação da discriminação positiva para aqueles municípios que teriam perda, ou seja, quem  
564 recebia menos do que R\$ 1,50 hab/ano, ficará nesse teto, e, quem recebia mais do que R\$, 1,50, será  
565 mantida a aplicação da discriminação positiva no limite de R\$ 2,04. Carlos Manuel esclareceu que em  
566 relação ao Elenco da Rename, foi feita solicitação ao Ministério da Saúde para que fosse mantido o  
567 elenco já aprovado no Paraná, que consta de medicamentos além dos da RENAME, e essa solicitação  
568 foi acatada pelo MS. Quanto à discriminação positiva, lembrou que numa avaliação feita pelo  
569 COSEMS/PR, ficou deliberado que os municípios teriam garantido a pactuação de R\$ 1,50/hab/ano,  
570 conforme previsto em Portaria, encerrando dessa forma a aplicação da Discriminação Positiva pactuada  
571 desde 1999 na CIB/PR. Essa revisão do encaminhamento pressupunha a revisão da discriminação para  
572 aqueles municípios que se beneficiavam dessa decisão política adotada em determinado momento  
573 numa parceria entre SESA e COSEMS, só que para não afetar a programação dos municípios, feitas  
574 com no o recurso que eles já estavam recebendo, a decisão da Secretaria foi de manter os valores  
575 estabelecidos na discriminação positiva para aqueles que recebiam acima de R\$ 1,50/hab/ano, e, esses  
576 valores ficam congelados, até que que no processo de ampliação da AFB o parâmetro se torne igual  
577 para todos. Antonio Carlos Nardi, em nome de todos os municípios contemplados, parabenizou a  
578 Secretaria pela decisão.

579 **2. Redes de Oncologia e Neurologia:** Irvando Carula inicialmente informou que foram publicadas as  
580 Portarias referentes à proposta do Estado para as Redes de Oncologia e Neurologia. Em relação à  
581 **Rede de Oncologia**, informou que foi publicada uma nova Portaria prorrogando até fevereiro de 2009, o  
582 credenciamento dos Serviços Isolados (químico e rádio), lembrando que num primeiro momento os  
583 mesmos deveriam sair do sistema até final de fevereiro/2008, condicionado a que fiquem ligados a uma  
584 Unidade de UNACON ou CACON. Apresentou slide com a relação dos serviços isolados ainda  
585 existentes observando que os mesmos deverão ser incorporados ou substituídos pelos serviços,  
586 conforme esses forem sendo credenciados. Em seguida apresentou a conformação da Rede após a  
587 publicação da Portaria, informando que o único serviço que ficou sem credenciamento foi o de  
588 Francisco Beltrão, porque na época em que foi feita a vistoria o mesmo estava em reforma não sendo  
589 autorizado o credenciamento, mas, que isso poderá ocorrer futuramente. Destacou duas situações: a de  
590 Pato Branco e a do Hospital de Câncer de Maringá, que instalaram a Radioterapia e que foram  
591 credenciados como UNACON S/RT, informando que já foram feitas as auditorias e que todas as  
592 pendências já foram equacionadas, com o serviço sendo encaminhado para credenciamento como  
593 CACON. Em seguida apresentou a relação dos hospitais com os respectivos serviços (Quimioterapia,  
594 Cirurgia Oncológica, Hematologia, Oncologia Pediátrica e Radiologia), observando a situação de Ponta  
595 Grossa que tinha solicitado credenciamento em Hematologia e Oncologia Pediátrica, mas, os serviços  
596 não foram habilitados, dessa forma, Ponta Grossa deve continuar mandando para Curitiba, devendo  
597 fazer uma nova solicitação, instruindo novamente o processo para ser credenciado. Em seguida  
598 apresentou a área de abrangência de cada serviço, explicando que para a Regional de Saúde de União  
599 da Vitória, foi feita pactuação com Santa Catarina para atendimento da Cirurgia Oncológica e  
600 Quimioterapia em Porto União, as demais referência continuam no Paraná. Em relação à **Rede de**  
601 **Neurologia** observou que também já tinha sido aprovada pela CIB/PR, lembrando que foi preciso muita  
602 negociação para que o Ministério acatasse a Rede deliberada na CIB/PR. Apresentou a Rede  
603 destacando que todos os serviços aprovados pela CIB/PR permaneceram na Rede, exceto o de  
604 Umuarama, por que era um serviço novo e o Estado já estava com serviços além do número previsto  
605 pelos parâmetros estabelecidos. Informou que o Hospital Evangélico foi credenciado errado, como  
606 Unidade da Assistência, quando na realidade conta com 01 serviço inerente a Centro de Referência,  
607 informando que o Ministério já foi contatado devendo providenciar a devida correção. Apresentou  
608 também os credenciamentos por tipo de serviço (Neurocirurgia Vascular, Neurológico da Dor Funcional,  
609 Investigação e Cirurgia da Epilepsia; tratamento Endovascular; Neurocirurgia Funcional Estereotáxica),  
610 com as respectivas referências. Colocou que as Redes foram publicadas, não havendo entretanto o  
611 incremento de recursos no teto financeiro do Estado. Ponderou que na Rede de Neuro não haverá tanto  
612 problema, pois, não houve a inclusão de novos serviços e diversos procedimentos passaram para a  
613 Média Complexidade, colocando que o maior impacto deve ser em consultas e exames, que deverão  
614 ser aumentados, ficando a critério de cada gestor implantar isso agora ou aguardar uma discussão com  
615 o MS. Informou que para os serviços sob a gestão do Estado, será aguardada a discussão com o MS  
616 sobre esse impacto, não sendo exigido do prestador a implantação agora. Observou também que os  
617 procedimentos do Centro de Referência são FAEC, pelo menos até que se tenha uma série histórica.  
618 Encerrou observando que o maior problema está na oncologia, pois, tem implantação de novos  
619 serviços, alteração no tipo de serviços, alguns passaram de Unidade Isolada para UNACON, devendo

620 ocorrer a ampliação de consulta e exames de prevenção, e, não houve a respectiva incorporação de  
621 recursos no teto do Estado. Informou que a Secretaria de Estado deverá negociar junto ao Ministério a  
622 incorporação de novos recursos, e que aguardará um pouco para ampliar o número de procedimentos,  
623 observando o impacto das cirurgias durante alguns meses a fim de verificar qual o real impacto. Antonio  
624 Carlos Nardi colocou que é do conhecimento geral o empenho que a Secretaria teve para que essas  
625 Redes fossem aprovadas conforme pactuado na CIB/PR, principalmente na Rede de Neuro,  
626 manifestando sua preocupação de que acabe acontecendo o que ocorreu com a Rede Auditiva, e venha  
627 mais corte. Registrou também a preocupação quanto ao fato de que foram credenciados os Serviços e  
628 Centros de Referência de todas as Redes de Alta Complexidade, mas, não credenciaram os serviços de  
629 Nutrição Enteral dos mesmos, e vem ocorrendo problemas seriíssimos em relação ao faturamento dos  
630 procedimentos de nutrição enteral realizados, observando que a grande maioria das internações dessas  
631 Redes demandam internamento em UTI, que precisam da Nutrição Enteral, mas, como os serviços não  
632 estão credenciados em Nutrição Enteral, não podem faturar e acabam pagando administrativamente.  
633 Sugeriu que a CIB/PR encaminhasse documento ao Ministério da Saúde expondo a situação e  
634 solicitando uma solução, enfatizando que publicaram as Redes, credenciando os serviços, mas, não  
635 credenciaram a retaguarda necessária para cada um dos serviços. Irvando informou que os processos  
636 para credenciamento da Nutrição Enteral já estão há vários anos em Brasília, não sendo publicados até  
637 o momento. Informou que este também é um dos pleitos que o Secretário estará levando para discutir  
638 junto ao Ministério. Em relação à Rede de Neuro lembrou que boa parte dos procedimentos que eram  
639 da Alta Complexidade passaram para a Média Complexidade, ou seja, os serviços podem atender as  
640 emergência do SAMU, SIATE, etc., só encaminhando para o Centro de Referência a Alta  
641 Complexidade. Carlos Manuel concordou que a CIB/PR encaminhasse documento ao Ministério da  
642 Saúde, reafirmando que não tem com implementar as Redes sem recursos novos e sem a definição da  
643 Rede de Nutrição Enteral. **Definição:** encaminhar ofício da CIB/PR para a SE/MS, com cópia para a  
644 SAS/MS, de que não é possível implementar as Redes sem que haja a incorporação de novos recursos,  
645 e, sem que haja o credenciamento da retaguarda necessária para cada um dos serviços, como por  
646 exemplo o credenciamento da Nutrição Enteral.

647 **3. Congresso Médico de Traumas e Emergência Médicas e Prevenção ao Trauma:** Antonio Carlos  
648 Nardi informou que a Sociedade Médica de Maringá estará realizando de 17 a 18 de maio Congresso,  
649 visando orientar o Clínico Geral no atendimento ao Trauma e na Urgência/Emergência, enfatizando a  
650 importância do mesmo e solicitando que a SESA avaliasse a possibilidade de fazer cursos regionais ou  
651 macrorregionais de ATLS e ACLS, promovido pela Secretaria, pois há carência de profissionais  
652 capacitados nos prontos atendimentos de urgência emergência, ponderando que o primeiro  
653 atendimento é o que salva a vida e se for bem feito desafogará os encaminhamentos e pedidos de leitos  
654 nas Centrais. Carlos Manuel solicitou que a SGS em conjunto com a SPP (Escola de Saúde)  
655 formatasse uma proposta para qualificação dos profissionais que atendem as Unidades de Urgência  
656 Emergência em seus municípios. Em seguida encerrou a reunião reforçando que a princípio a próxima  
657 reunião está agendada para 25/06/2008, mas que, se houver necessidade será chamada uma reunião  
658 para 16/05/08.