

	<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>4ª/12</b> <b>REUNIÃO ORDINÁRIA</b> <b>10/07/2012</b>
--	--	---

1 **ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2012**

2 **Local: Hotel Lizzon**

3 **Participantes**

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

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

9 **Secretaria Executiva:** Liliam Cristina Brandalise

10 **Representantes do CES/PR:** Leonardo Di Colli e Livia Diniz Lopes Sola

11 **Marina** inicia a reunião dando boas vindas a todos, comunicou as mudanças ocorridas na diretoria do COSEMS/PR, pois  
12 em função do seu afastamento da Secretaria Municipal de Terra Boa foi realizada a recomposição da diretoria, assumindo  
13 a presidência do COSEMS/PR o senhor Antônio Carlos Figueiredo Nardi e Margarete Debortollis, a vice-presidência.  
14 Agradeceu a cada um a oportunidade, de por 03 anos, representar o COSEMS, não só na CIB/PR como representando o  
15 COSEMS/PR, em nome do Rene agradeceu toda equipe da SESA, em especial, agradeceu a Diretora da 11ª Regional de  
16 Campo Mourão, estendendo o agradecimento a todos (as) os demais diretores (as) e equipes regionais de saúde, que foi  
17 uma honra ter participado da CIB/PR e da Secretaria Municipal de Saúde de Terra Boa por muitos anos, participando das  
18 discussões regionais e representando o Paraná, no COSEMS, que sai com a consciência tranquila por ter cumprido a  
19 missão, que erros e acertos tiveram muitos, porém houve avanços. Colocou que ficou feliz em ter sucedido o Nardi, em  
20 2009, que foi uma grande preocupação, pois o Nardi foi um grande presidente, colocando o Paraná no cenário nacional,  
21 que isso sempre foi motivo de orgulho; que teve como projeto de gestão, nesses 03 anos, realizar uma organização  
22 interna do COSEMS e com o apoio do Nardi e de toda a diretoria e principalmente da SESA isso se tornou realidade,  
23 tanto o escritório como o projeto dos apoiadores, que hoje é uma realidade no Paraná. Agradeceu em especial a Tiemi,  
24 que muito ajudou e a Graça, que também contribuiu para que o COSEMS pudesse avançar. Relatou que conheceu o  
25 Paraná todo, que foram realizadas 17 oficinas descentralizadas, que além de ser uma experiência trabalhosa, que exigiu  
26 muita renúncia, porém trouxe um crescimento muito grande, que realmente valeu à pena, que fica feliz por ter participado  
27 de todos esses momentos e agradece a Deus por ter cumprido mais uma etapa e agradece a todos pela oportunidade e  
28 na seqüência chama o Nardi que assumirá a presidência do COSEMS/PR. **Renê**, em nome da SESA, reconhecer o  
29 trabalho da Marina, que acompanha seu trabalho a um longo tempo, que tem elementos na participação da Marina que  
30 tem que ser destacados como a sua serenidade na condução do processo, que é sempre foi importante nos momentos  
31 de tensionamento, que a Marina, nesses momentos, sempre teve a capacidade pela sua serenidade e competência, com  
32 sua forma de fazer o diálogo ter uma palavra harmonizadora, que ela deixa um legado importante para o COSEMS que é  
33 a estruturação da secretaria técnica, seja do ponto de vista físico, mas principalmente, pelo ponto de vista do conteúdo,  
34 pela importância que se deu aos elementos necessários para que se tivesse um apoio técnico em todo o Estado, que  
35 precisa ser ampliado, porém, no período de um ano, se mostrou extremamente eficiente, que o trabalho desenvolvido  
36 pela Marina, pela Tiemi ajuda a SESA a melhorar a sua ação de apoio técnico, que a atuação é sinérgica a atuação da  
37 SESA, que se observa isso pelo reconhecimento das regionais de saúde e os municípios em relação ao papel dos  
38 apoiadores, que Marina deixou as estacas mestras para a organização do escritório do COSEMS e que, quem entra na  
39 seara da saúde pública dificilmente a deixa e coloca que Marina continuará trilhando esse caminho em outras funções,  
40 com o mesmo sucesso e dedicação. Saudou o Nardi que retorna a presidência do COSEMS, que também já milita a  
41 tempo na área da saúde e que se transformou numa pessoa conhecida no Estado e no Brasil pelo seu conhecimento e  
42 competência, porém principalmente pela sua simpatia, que não basta ter conhecimento que é preciso ter generosidade de  
43 compartilhar o conhecimento com todos e o Nardi conseguiu trazer e que ele também se impõe pela sua simpatia e

44 todos reconhecem sua capacidade e com certeza substituirá a altura a Marina com toda a sua diretoria e que darão  
 45 continuidade ao trabalho e que em nome do Secretário Michele e de todos os representantes da SESA agradecem pelo  
 46 trabalho profícuo e leal da Marina, que o mais importante é a lealdade, a honestidade, e principalmente, mesmo nos  
 47 momentos de divergência, ter a capacidade de expressar o que pensa, com a característica de pessoas que se entendem  
 48 por terem um único objetivo comum que é a implantação do SUS. Parabeniza a Marina pelo trabalho e ao Nardi deseja  
 49 sucesso na condução do SUS. **Nardi** agradece as palavras do Rene, coloca que foi Marina convocou a assembléia geral  
 50 do COSEMNS, para a recomposição da diretoria, pois, ela já não estava mais a frente da Secretaria Municipal de Terra  
 51 Boa, assim como a Cristiane, de Ubiratã, que era 1ª vice-presidente também estava exonerada e renomeada  
 52 recentemente e que a Elaine Chomatas, 2º vice-presidente, que seria a próxima a assumir, declinou a presidência por  
 53 motivos pessoais e profissionais, e que a mesma fez para a plenária do COSEMS o indicativo para que o Nardi  
 54 assumisse a presidência do COSEMNS, ficando a Diretoria assim constituída: Antonio Carlos Nardi, Presidente,  
 55 Margarete Debortollis, de Matelândia, como 1ª vice-presidente, a Eliane Chomatas, continua como 2ª vice-presidência, a  
 56 Cristiane Pantaleão, como 1ª secretária, a Leilane Furlaneto Rodrigues, de Iporã, como 2ª secretária, a Maria Eloisa  
 57 Cella Conter, de Mandaguaçu, como 1ª tesoureira e o Valdecir Valicki, Rio Bonito do Iguaçu, como 2º tesoureiro. Informou  
 58 que os membros do conselho fiscal também foram renovados, como também reitera a parceria entre a SESA e o  
 59 COSEMS, que essa parceria é concreta pela credibilidade entre as duas instituições, que no Paraná o que é pactuado é  
 60 cumprido e por isso, essa parceria é importante. Informou que a Marina, a partir de agora, compõem a equipe de  
 61 apoiadores do COSEMS e atuará na macrorregião Noroeste. Agradece a Marina pelo trabalho e a certeza que ela, tanto  
 62 na função de apoiadora, como também nas comissões que ela participa, representará bem, como sempre o fez, o  
 63 COSEMS/PR. Agradece a todos os secretários e secretárias, assim como a SESA, pela participação e apoio do Paraná  
 64 no Congresso do CONASEMS e entrega ao Dr. Renê, o jornal do Congresso do CONASEMS, que é um registro histórico  
 65 do congresso, bem como informa que o próximo congresso acontecerá em Brasília, na primeira quinzena de julho de  
 66 2013 e que acontecerá paralelo a esse congresso, a 2ª Amostra Nacional do PSF do Brasil, comemorado os 15 anos de  
 67 PSF, no Brasil, que a projeção de participantes será de 10 mil pessoas. Colocou que por conta das agendas, a nova  
 68 diretoria, que assume, dividirá a representação do COSEMS nessas agendas. Nardi solicita a secretária executiva para a  
 69 leitura das homologações.

70 **1-Aprovação da Ata da 3ª RO de 22/05/2011** - **Nardi** dá continuidade à pauta, colocando que por parte do COSEMS, a  
 71 ata da 3ª reunião ordinária da CIB/PR esta aprovada e **Rene**, coloca que por parte da SESA, também.

72 **2-Homologações:** SE-CIB/PR

73 **2.1- Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência**

74 **Competência junho/2012- deliberação nº 130/12**

Origem	Destino	Valor mensal	Observações
Gestão Estadual	Londrina	55.852,56	Referente realização de cirurgias de catarata para as regionais de: Apucarana, Cornélio Procópio e Ivaiporã

75 **Competência Julho/2012- Deliberação nº 208/12**

Origem	Destino	Valor mensal	Observações
Gestão Estadual	Alto Paraíso	8.960,00	Referente Programação Ambulatorial da APAE de Alto Paraíso
Gestão Estadual	Apucarana	57.615,68	Transferência de 04 parcelas para atender a demanda de órtese e prótese locomotora da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, competência julho a outubro de 2012.
Goiorê	Gestão Estadual	19.148,80	Referente dedução de recursos devido à desabilitação de 05 leitos de UUT Tipo II de Santa

			desabilitação de 05 leitos de UIT Tipo II da Santa Casa de Misericórdia de Goioere (PT SAS/MS nº 472 de 22/05/2012 e PT Gm/MS Nº 1119 de 29/05/2012, retroativo a competência abril/2012.
--	--	--	---

- 76 **2.2-Habilitação/Credenciamento de Serviços**  
77 **1- Deliberação nº 210/12 -1- Habilitação** do Instituto Virmond/Associação de Saúde Frederico Keche Virmond, no  
78 município de Guarapuava, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente portador de Obesidade Grave  
79 e **2- Desabilitação** do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná/Universidade Estadual de Londrina, como  
80 Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de Obesidade Grave.  
81 **2- Deliberação nº 110/12 -Habilitação** do Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecoits FB/SESA/PR, no  
82 município de Francisco Beltrão, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular-Serviço de Cirurgia  
83 Vascular.  
84 **3-Deliberação nº 111/12 - Habilitação** do Hospital Policlínica Pato Branco no município de Pato Branco, como Unidade  
85 de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia  
86 Vascular e Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos e que o  
87 impacto financeiro: Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular será de R\$ 29.333,00/mês e para  
88 o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos.  
89 **4- Deliberação nº 194/12 -1- Habilitação** do Instituto Nossa Senhora Aparecida/Instituto Nossa Senhora Aparecida, no  
90 município de Umuarama como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de Obesidade Grave  
91 impacto financeiro para esta habilitação, será e **2- Desabilitação** do Hospital Maternidade Santa Rita/Associação  
92 Beneficente Bom Samaritano-CNES 2743469 CNPJ 04.792.670/0001-49, no município de Maringá, como Unidade de  
93 Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de Obesidade  
94 **5- DELIBERAÇÃO Nº 206/12 - Desabilitação** de 2 (dois) leitos de UTI Adulto Tipo II, da Associação Beneficente de Saúde do  
95 Paraná-HOESP, no município de Toledo  
96 **6- NASF 2 – 01 NASF 02 – Imbituva, Florestópolis e Centenário do Sul**  
97 **7- Deliberação nº 209/12 – Inclusão no Plano de Ação Regional e habilitação** de 01 UPA PORTE I – São José dos  
98 Pinhais.

99 **2.3- Implantação/Ampliação ESF/ACS/Saúde Bucal:**

100 **Competência ABRIL/12**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	Paranavaí		55
	São José dos Pinhais		107
ESF	Paranavaí		06
	São José dos Pinhais		29
S.Bucal Mod. I	Paranavaí		03
	São José dos Pinhais		13
S.Bucal Mod. II	Santo Antonio da Platina		03

101 **Competência Maio/12**

Estratégia	Município	Implantação	Ampliação
ACS	Morretes		17
	Salto do Lontra		03
ESF	Prudentópolis		03
	Salto do Lontra		02
S.Bucal Mod. I	Foz do Iguaçu		05
	São José dos Pinhais		01
S.Bucal Mod. II	Paula Freitas		
	Salto do Lontra		02

102 **2.4- Emendas Parlamentares**

103 1- Municípios que cadastraram propostas tendo como objeto Estruturação da Rede de Serviços Ada Atenção Básica de  
 104 Saúde – Equipamentos e Material Permanente nos valores de 100 a 300 mil reais: Tapejara, Guaraniaçu, Céu Azul,  
 105 Jussara, Carambeí, Araongas, Marilândia, Sarandi, Luiziana, Nova Fátima, Santa Fé, Enéas Marques, Campo Bonito,  
 106 Ampere, Floresta, Colorado, Lobato, Godoy Moreira, Braganey, Cascavel, Ponta Grossa, Nova Aurora, Três  
 107 Barras, Nova Tebas, Missal, Sabaudia, Joaquim Távora, Mandaguaçu, Santa Cecília do Pavão, Andirá, Santa Tereza Do  
 108 Oeste, Campo Largo, Jundiá do Sul, Tamboara, Paiçandu, Munhoz de Melo, São Jorge do Ivaí, Faxinal, Capitão Leônidas  
 109 Marques, Wenceslau Braz, São Jorge do Patrocínio, Ubiratã, Alto Piquiri, Mariluz, Irati, Rebouças, Rio Azul,  
 110 Guarimiranga, Cruzeiro do Iguacu, Francisco Beltrão, Planalto, Xambê, Curitiba, Bela Vista do Paraíso, Porecatu,  
 111 Mariópolis, Paranaipoema. Itambé, Paranacity, Santa Isabel do Ivaí, Inácio Martins, Campo Mourão, Lobato, Ivatuba,  
 112 Lunardeli, Jaguapitã, Califórnia, São Jorge D'o Oeste, Terra Rica, Campina da Lagoa, Rosário do Ivaí, Terra Boa, Pérola,  
 113 São Pedro do Ivaí, Sapopema, Paranaíba, Jardim Alegre, Itambé, Assai, Nova Esperança do Sudoeste, Chopinzinho,  
 114 Teixeira Soares, Pranchita, Rolândia. 2- Municípios que cadastraram propostas tendo como objeto Estruturação da Rede  
 115 de Serviços Ada Atenção Básica de Saúde-Reforma de UBS – valores: 180 mil reais Guaraniaçu; 3- Municípios que  
 116 cadastraram propostas tendo como objeto Estruturação da Rede de Serviços Ada Atenção Básica de Saúde-Ampliação  
 117 de UBS: Guaraniaçu – 120 mil reais; Paranacity – 100 mil reais; São Pedro do Ivaí – 100 mil reais  
 118 4- Municípios que cadastraram propostas tendo como objeto Estruturação da Rede de Serviços Ada Atenção Básica de  
 119 Saúde - Construção de UBS: São Pedro do Ivaí – 200 mil reais; 5- Municípios que cadastraram propostas tendo como  
 120 objeto Estruturação da Rede de Serviços Ada Atenção Básica de Saúde – Academias de Saúde - Valores até 200 mil  
 121 reais: Paranacity; Inácio Martins e Teixeira Soares

122 **2.5 – DELIBERAÇÃO Nº 112/12 - RATIFICAÇÃO DE ORDEM DE SERVIÇO-UPA-PIRAQUARA**

123 **RATIFICAMOS** o recebimento da Ordem de Início de Serviço, devidamente assinada pelo engenheiro responsável e pela  
 124 Secretária Municipal de Saúde, da Unidade de Pronto Atendimento do município de Piraquara

125 **2.6 – Deliberação nº 113/12 - Programa SOS Emergência –HT –** Aprova a participação do Estado do Paraná no  
 126 Programa S.O.S Emergência do Ministério da Saúde, contemplando o Hospital do Trabalhador.

127 **2.7 – Deliberação nº 164 - Implantação de Unidades Odontológicas Móvel -UOM:** implantação de Unidades  
 128 Odontológicas Móveis – UOM, nos municípios do Estado do Paraná de: Adrianópolis, Carlópolis, Doutor Ulisses e  
 129 Roncador

130 **2.8- Deliberação nº 192/12 - -Implantação CEO-** a implantação de 01(um) Centro de Especialidades Odontológicas –  
 131 CEO, tipo II, no município de Francisco Beltrão.

132 **2.9 – Deliberação nº 193 --Habilitação VIR –Londrina -** habilitação de 01(um) veículo de intervenção rápida – VIR, no  
 133 município de Londrina

134 **Nardi** coloca, que por parte do COSEMNS, que ficam homologadas todas as deliberações apresentadas pela secretaria  
 135 executiva da CIB/PR.

136 **3- Apresentações**

137 **Nardi coloca** que esteve em uma reunião sobre o SIOPS, que o Paraná é o Estado que melhor alimenta o SIOPS, porém  
 138 13 municípios do Paraná não alimentaram o SIOPS em 2011, que são: Abatiá, Almirante Tamandaré, Boa Ventura do  
 139 São Roque, Dr. Ulisses, Engenheiro Beltrão, Francisco Alves, Guaraqueçaba, Imbaú, Inajá, Ivaí, Jataizinho, Jundiá do  
 140 Sul, Ourizona, Presidente Castelo Branco, Roncador, Santo Inácio e São Sebastião da Amoreira que com a Lei  
 141 Complementar 141 a alimentação estará vinculada com o recebimento de recursos fundo a fundo e que para 2012,  
 142 continuará a ter duas alimentações do SIOPS, nos meses de julho e dezembro e que a partir de 2013, alimentação será  
 143 bimestral, 30 dias após o período, ou seja, janeiro e fevereiro deverão ser alimentados até 31 de março, que todos os  
 144 Fundos Municipais de saúde devem ser uma unidade orçamentária, que isso esta sendo discutido com a Frente Nacional  
 145 de Prefeitos e a Confederação Nacional de Municípios e que uma dúvida é em relação a que cada Unidade de Saúde

146 deverá ser uma Unidade orçamentária do Fundo Municipal, que isso ainda não está normatizado e que é apenas um  
147 alerta a todos. Colocou também que uma força tarefa deve ser realizada para que os municípios, que ainda não  
148 alimentaram o SIOPS, o façam. **Rene** coloca que a SESA, preocupada com a implantação da Lei 141, esta fazendo sua  
149 tarefa de casa, com uma consultoria externa, que o Fundo Estadual de Saúde esta sendo reestruturado com base na Lei  
150 Complementar 141, que o organograma da SESA também esta sendo reformatado e que entende que passada essa fase  
151 interna da SESA, se deve aproveitar à parceria SESA/COSEMS e iniciar uma segunda fase, que a de estruturação e  
152 organização dos fundos municipais de saúde, a luz da Lei 141, que essa agenda pode ser preliminar em relação ao um  
153 primeiro diagnóstico sobre a atual situação dos Fundos Municipais de Saúde e que tem algumas preocupações em  
154 relação aos fundos, pois até o mês de setembro todos os Municípios e o Estado deverão elaborar suas propostas  
155 orçamentárias 2013 e essa proposta deverá identificar, sob o ponto de vista orçamentário, essa unidade orçamentária  
156 Fundo de Saúde, que o Estado do Paraná não terá esse problema, pois, todas as despesas que são consideradas as  
157 ações e serviços de saúde estão no Fundo, porém, não tem a informação que nos 399 municípios isso ocorra e a primeira  
158 tarefa que tem que ser realizada é na proposta orçamentária 2013, que deve ser realizado um diagnóstico sobre isso,  
159 sugere que um seminário ou uma oficina de trabalho deva ser realizado para pelo menos dar uma construção básica  
160 sobre a Lei Orçamentária 2013. Relatou que em conversa com o Diretor do Fundo Nacional de Saúde, num evento em  
161 São Luís, sobre a Lei 141, que tem vários elementos que hoje, na discussão da Lei 141, estão sendo abordados que se  
162 deve colocar nessa oficina de trabalho, que pode ser final de agosto, início de setembro, pois preocupa muito o ano de  
163 2013, que em 2012, a Lei é auto aplicável, porém alguns elementos que se considera pela Lei não terem sido colocados  
164 em 2011 haverá alguma aceitação por parte dos tribunais de conta, porém para 2013 não há mais o que discutir, que  
165 essa a proposta da oficina é bipartite, voltadas as questões dos Fundos Municipais de Saúde, a elaboração dos Planos  
166 Municipais de Saúde, os quais terão que ter o foco na Lei Complementar 141, que a SESA, já tomou providências em  
167 relação a Lei, como a metodologia para o repasse Fundo a Fundo, que tem vários elementos referente a Lei que já estão  
168 adiantados. Colocou a preocupação referente ao que faltou na Lei 141, que foi a participação do Governo Federal em  
169 relação a sua receita, que a Lei manteve o condicionamento de recurso adicional do governo federal ao crescimento  
170 nominal do PIB, que há um movimento no Brasil, com a participação de CONASS E CONASEMS e outras Entidades, num  
171 sentido de um projeto de Lei de Iniciativa Popular que restabeleça, na Lei 141, os 10% de receita corrente bruta da União,  
172 para a saúde e propõe uma agenda conjunta, SESA, CES/PR e COSEMS, buscar, no Paraná, uma mobilização para a  
173 coleta de assinaturas para esse Projeto de Lei de Iniciativa Popular, buscando junto aos Conselhos Municipais e demais  
174 Entidades e Movimentos da área da saúde, uma mobilização para que se consiga reunir as assinaturas necessárias.  
175 Relatou que hoje a receita corrente bruta da União passa de um trilhão e cem bilhões de reais e que se 10% fossem  
176 destinados a saúde, seriam cento e dez bilhões de reais para a participação da União, o que significa 35 a 40 bilhões a  
177 mais do que se tem hoje e que esse movimento é importante pelo setor saúde, para não continuarmos com esse sub  
178 financiamento crônico, na área da saúde. **Nardi** coloca que não devem mobilizar somente os Conselhos de Saúde e  
179 também os Conselhos de Classe, que na reunião da CIB/PR, no mês de agosto, deve se convidar, além dos Conselheiros  
180 de Saúde, também a AMP- Associação dos Municípios do Paraná e demais associações e conselhos, bem como chamar  
181 a mídia para dar publicidade ao evento. **Nardi** também solicitou que as reuniões da CIB Estadual sejam realizadas no  
182 Hotel Ello Inn para facilitar o processo de deslocamento dos secretários(as), bem como solicitou que as VANS das  
183 Regionais sejam colocadas a disposição para o transporte dos secretários e conselheiros para a mobilização .

184 **3.1 – Relatórios Avaliação dos CAPS- SAS: Juliano** inicia a apresentação da avaliação dos CAPS 2011, coloca que é  
185 importante contextualizar a realização dessa avaliação para não se analisar os resultados isoladamente, que essa  
186 avaliação é uma das ações para a implantação da Rede de Saúde Mental. Colocou que o relatório de avaliação foi bem  
187 extenso, iniciou falando sobre a modalidade dos CAPS no Paraná, sendo que tem 40% de CAPS I, 27% CAPS II, 22%  
188 CAPS AD, 9% de CAPS Infantil e 2% de CAPS III; quanto à administração financeira: 83% por Secretarias Municipais de  
189 Saúde, 5%, por Consórcios Intermunicipais de Saúde, 4%, por empresas não governamentais, 3% pelos próprios CAPS e  
190 5%, não informaram; quanto ao fechamento em algum período do ano: 59% não fecham e 41% fecham; em relação a  
191 forma de contratação dos funcionários: mais de 70% contratam pela forma estatutária, em torno de 50% , na forma CLT,  
192 menos de 40%, na forma de prestação de serviços, menos de 10%, na forma comissionada ou cooperativa , abaixo de

193 10%, sem contrato formal ou estágio e menos de 5% não informaram; em relação as equipes de CAPS I: médico  
194 generalista na equipe: 41% possui e 59%, não possui, Psicólogo: 94% possui e 6% não, Enfermeiro: 81% possui, 16%  
195 não possui e 3% não responderam, Assistente Social: 76% possui e 24% não possui; Equipe CAPS II, III, AD e CAPS  
196 Infantil: Médico Psiquiatra na Equipe: 91% possui e 9% não possui, Psicólogo na Equipe: 98 % possui e 2 % não possui,  
197 Enfermeiro com formação em Saúde Mental na Equipe: 36 % possui, 62 % não possui e 2% não respondeu, Assistente  
198 Social na Equipe: 100 % possui; quanto ao projeto terapêutico e individual: 80% utilizam projeto terapêutico individual e  
199 72% utilizam projeto terapêutico do serviço; quanto a realização de reunião técnica: 825 realizam reunião de equipe  
200 técnica, 16% realizam ocasionalmente, 1% não realizam e 1%, não informaram; quanto a reuniões intersetoriais: 52%  
201 realizam reuniões intersetoriais ocasionalmente, 30% realizam, 17%, não realizam e 1%, não informaram; quanto ao  
202 matriciamento: 45%, não realizam, 33%, realizam ocasionalmente, 215, realizam e 1%, não informaram; quanto ao  
203 atendimento individual: 76% realizam e 24% realizam ocasionalmente; atendimento em grupo: 92% realizam  
204 sistematicamente e 8% realizam ocasionalmente, quanto ao atendimento familiar: 74% realizam, 24% realizam  
205 ocasionalmente e 2% não realizam, quanto a retaguarda em urgência psiquiátrica: 58%, possuem regularmente/formal,  
206 24% não possuem e 18%, possuem ocasionalmente/formal; quanto a articulação de recursos na comunidade visando a  
207 reintegração profissional: 46% articula de maneira ocasional/informal, 32% articula formal/regular e 22% não articula,;  
208 quanto as ações dos CAPS diante da crise: pouco mais de 90%, passam a acompanhar o usuário de maneira intensiva,  
209 pouco mais de 90% encaminha para internamento, aproximadamente 50% designa acompanhante terapêutico, pouco  
210 mais de 20% realiza contenção física, pouco mais de 80% intensifica trabalhos com familiares, em torno de 100%,  
211 reavalia esquema medicamentosa e pouco mais de 70% faz contato com a atenção básica/ESF; quanto a utilização de  
212 regulação de leitos para internamento psiquiátrico: 58% utiliza regulação e 42%, não utilizam. Colocou que as situações  
213 apresentadas foram extraídas do relatório, que este é mais extenso do que o apresentado e que o objetivo foi ter uma  
214 noção geral do funcionamento, estrutura e recursos humanos para a partir daí, fazer uma avaliação mais precisa e  
215 identificar as necessidades e as maneiras que poderão dialogar com os municípios e os serviços aumentando assim a  
216 qualidade e a resolutividade, com este componente da saúde mental. **Nardi coloca** que cada vez que se fala em saúde  
217 mental, se fala de um problema que esta se cronificando dentro do Estado e que a apresentação, mostrando a  
218 estruturação da rede, traz reflexões do que pode melhorar nos serviços como também ações efetivas para aumentar essa  
219 rede. Relatou que alguns secretários relataram que receberam a visita da equipe técnica do Ministério da Saúde, e que  
220 estes fizeram questionamentos sobre a forma de recebimento dos recursos, que infelizmente as equipes de saúde mental  
221 do Ministério da Saúde desconhecem a forma de transferência de recursos, colocou também que outras questões têm  
222 que ser discutidas em relação à saúde mental, não somente de abrir CAPS ou Hospitais Dia, o matriciamento da saúde  
223 mental com a atenção básica, os próprios leitos psiquiátricos, que os problemas não sumiram com as portarias da  
224 desospitalização, que os pacientes não sumiram com toque mágico, que dessa forma continuasse com os problemas,  
225 com os pacientes, sem leitos, sem financiamento e mais famílias totalmente dependentes do sistema público, pois essas  
226 famílias, não têm a condição de acompanhar e tratar seus familiares como seria o ideal. Colocou que esse é um  
227 processo, que muito tem que se caminhar ainda, que precisa estimular os municípios a estruturarem seus CAPS, que em  
228 relação às residências é um processo de desospitalização, que tem pacientes que pode ser desospitalizados e que por  
229 vezes, outros que judicialmente são mandados desospitalizar e que não possuem condições para isso, que esse é um  
230 trabalho que se tem aprimorar, que tem que fazer a lição de casa, começando a avaliação da Estrutura que o Paraná  
231 possui e propor as diretrizes para a reorganização da saúde mental no Estado.

232 **3.2 – Sistema de Regulação – SAS: Márcia** colocou que ano passado, que dentre as várias ações de reestruturação da  
233 saúde no Paraná, uma delas seria o sistema de regulação, que o sistema atual é arcaico, da década de 90, que é um  
234 sistema por solicitação telefônica e fax, que na era da tecnologia isso não cabe, que não se tem controle sobre a agenda  
235 dos prestadores, que se paga mais de um milhão de consultas especialidades, porém dificilmente se consegue  
236 acesso. Relatou que em 2011, a SESA, organizou um projeto, em conjunto com a CELEPAR, que conclui com a  
237 contratação de uma empresa para implantar o sistema estadual de regulação e no dia 25/07, o sistema começa a operar  
238 para a região metropolitana, envolvendo as regionais de Paranaguá, acesso direto, União da Vitória e Curitiba, que são  
239 45 municípios, que todos os maiores prestadores hospitalares já tiveram treinamento e toda a parte estrutural, e á estão

240 disponibilizando as consultas e no dia 25/07 os municípios, dessa região iniciam o agendamento de consultas  
241 especializadas, com toda a agenda contratualizadas com os prestadores dessa região, que dessa forma inicia o processo.  
242 Relatou que no dia 16/07 a 26/07, inicia-se o treinamento para a macrorregião Noroeste, Norte e Oeste, que é importante  
243 a participação das equipes municipais para acessar a central, ter acesso a senha, cadastro de usuários, pois o  
244 agendamento das consultas se inicia na macrorregião Leste, dia 25/07 e dia 01/08, o atendimento, que a agenda de  
245 consultas vai ser de acordo com o contrato com o prestador, que está trabalhando com 40%, 60% consultas no sistema,  
246 conforme a especialidades, que o agendamento do retorno e a interconsulta é de responsabilidade do prestador e ele tem  
247 que informar no sistema, que a partir de setembro /outubro, iniciasse a segunda fase, depois de implantar, em todo o  
248 Paraná, a agenda de consultas e leitões o que está no contrato que é a AIH online, que acabará papel, portanto, se o  
249 prestador não disponibilizar leito, não terá AIH e conseqüentemente o pagamento, da mesma forma em relação o  
250 agendamento da consulta, gerará um protocolo de acesso ao cidadão quando ele comparece a consulta e o prestador  
251 confirma abrindo uma chave para realizar procedimentos mais complexos, que gerará APAC, portanto se o prestador não  
252 confirmar a consulta não terá pagamento. Colocou que o sistema ajudará muito, porém todos têm que fazer o dever de  
253 casa, que precisa fazer uma conversa com os prestadores, que essa conversa não é fácil, que não é uma mudança  
254 simples, porém esta bem consolidada. Que esse sistema vai provocar a necessidade de rever fluxos, por exemplo, nessa  
255 agenda, primeiro a busca terá que ser realizada na região para depois buscar outra região, mediante justificativa que não  
256 tem esse serviço na região, que regulação não cria leitões, não gera consulta e não gera exame, ela organiza e será uma  
257 ferramenta para saber qual a maior necessidade de consultas especializadas, que esse sistema é uma ferramenta de  
258 gestão para tomada de decisão. Reforça para que as equipes participem dos treinamentos.

259 **3.3 - Situação Epidemiológica da Gripe e Vigilância Ampliada da Influenza – Portaria 2693/2011 – Sezifredo** inicia  
260 com a apresentação dos dados sobre a situação epidemiológica da gripe, colocando que teve um aumento significativo de  
261 casos a partir do começo de junho e que medidas foram tomadas em conjuntos com as secretarias municipais e outros  
262 órgãos, que nessa data, 588 casos confirmados de A(H1N1), desde o início do ano e 164 casos confirmados de influenza  
263 AH3, antiga gripe sazonal, 08 casos de Influenza A inconclusivos de linhagem suína e 05 casos de influenza, esses  
264 demonstram que o vírus continua circulante nos municípios, com casos em 110 deles. Em relação à faixa etária dos  
265 casos conformados, a maioria dos casos é entre 10 e 59 anos, com uma quantia significativa, a maior entre 20 e 49 anos,  
266 em relação à frequência dos casos de Influenza por semana epidemiológica e subtipo do vírus no Estado, até dia 07/07,  
267 onde o aumento iniciou na semana 17, já tinha A(H1N1) e o influenza A(H3), e que hoje é preponderante o H1N1; em  
268 relação ao sexo, 54% dos casos confirmados são do sexo masculino; em relação aos óbitos são em número de 14, 12  
269 confirmados laboratorialmente para Influenza A (H1N1) e 02 por influenza A(H1N1), epidemiologicamente e 02 caso por  
270 A(H3); em relação a faixa etária dos óbitos a incidência maior foi na faixa etária de 20 a 49anos; em relação a distribuição  
271 espacial a proporção maior é na região metropolitana por concentrar maior população. Colocou que os dados mostram  
272 que o Paraná esta com uma circulação viral importante, que não é só A(H1N1) que tem que haver preocupação com a  
273 A(H3)sazonal, que devem continuar com as estratégias definidas, que a vacina, não atingiu todas as faixas etárias como  
274 estipulado, que os grupos prioritários tiveram uma boa cobertura de aproximadamente de 90% , porém um grande  
275 contingente de pessoas não tem a vacina, que não há perspectiva de receber novos lotes de vacina do Ministério da  
276 Saúde, o que foi recebido pós campanha foi distribuído equitativamente e que deve ser usado com critérios para atender  
277 as pessoas dos grupos prioritários e estender para outras grupos que sejam de risco, que foi editada uma resolução da  
278 SESA, atendendo recomendação administrativa do Ministério Público, Resolução 316/12, para definir claramente como  
279 deveriam ser usadas as doses havendo disponibilidade, que isso é importante, pois o Ministério Público estava  
280 preocupado com o uso dessas vacinas para grupos que não seriam de risco ou prioritários. Outra medida tomada foi a  
281 criação da Comissão Estadual de Infectologia do Paraná, com representantes do COSEMS, das sociedades científicas do  
282 Paraná, Associação Médica do Paraná, entre outros órgãos, que está sendo importante, pois estão dando todo subsídio  
283 técnico e político, pois se quer discutir com o Ministério da Saúde a questão da Influenza para a Região Sul, que é uma  
284 reivindicação externada desde o ano passado, que foi levado um documento ao Ministério da Saúde e que se pretende,  
285 este ano, voltar novamente com uma discussão ferrenha com o Ministério da Saúde, que se quer antecipar a campanha  
286 vacinal na Região Sul, ampliar os grupos prioritários, que hoje o Ministério concorda com o protocolo do Oseltamivir para

287 todos os casos de gripe, e que estão com a proposta de distribuir diretamente para alguns Hospitais aqui da Região Sul,  
288 que o protocolo do Osetamivir foi uma conquista do Paraná, desde 2009 e que hoje se há menos casos de óbito foi por  
289 conta da distribuição do Osetamivir. Colocou que mais importante que a vacina, é o tratamento rápido e a administração  
290 do medicamento o mais rápido possível para os pacientes com gripe garantindo para que o caso não evolua para uma  
291 maior gravidade e óbito e que se deve ampliar a informação referente às medidas de prevenção. Colocou que está  
292 satisfeito com o trabalho de vigilância dos municípios e com as Regional, bem como a retaguarda que o LACEN tem  
293 dado, que o desafio é informar sempre a população sobre os cuidados, que não se deve baixar a guarda. **Miriam** colocou  
294 sobre **Vigilância Ampliada da Influenza – Portaria 2693/2011**, que tem como objetivo de ampliação da coleta de  
295 amostras em serviços sentinelas para subsidiar o isolamento viral dos vírus circulantes no país de forma que esses vírus,  
296 por meio da Fiocruz, compor a vacina no ano seguinte e ainda um outro comprometimento de detecção de surtos e de  
297 novos vírus circulantes, como também um repasse financeiro para os municípios que aderirem a vigilância sentinela.  
298 Colocou que essa portaria veio ampliar o número de unidades sentinelas porque o Brasil contribui muito pouco, com  
299 amostras na fabricação de vacinas, que a Portaria foi dirigida, na Região Sul, para municípios com mais de 300 mil  
300 habitantes, no Paraná foram contemplados 4(quatro) municípios Curitiba, Ponta Grossa, Londrina e Maringá, que foi  
301 realizado um trabalho junto ao Ministério da Saúde e essa portaria foi republicada em 2012, ampliando que outros  
302 municípios pudessem aderir Foi incluído, na portaria que em caráter excepcional os Estados poderão solicitar a inclusão  
303 de Unidades de Vigilância Sentinela de Influenza, encaminhando proposta a ser analisada pela SVS/MS, que essa  
304 proposta deverá ser pactuada na CIB e encaminhada ao Ministério da Saúde até 26 de julho/12. Relatou que foram  
305 reunidos regionais e municípios sede das regionais, no mês de junho/2012, que o Estado, entendendo a capacidade  
306 limitada do LACEN, de poder analisar 500 amostras/ mês, foi elencado os municípios sedes das regionais exceto os já  
307 selecionados em 2011. Relatou que essa vigilância é composta por Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave;  
308 Vigilância de Síndrome Gripal e Vigilância de Internações por Influenza e de outras viroses respiratórias e pneumonias e  
309 que a Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave tem que ser implantada ou implementada em UTI, que  
310 municípios com até Hum milhão de habitantes teria que ter uma UTI vinculada ao SUS E outra UTI não vinculada ao SUS,  
311 que na Síndrome Gripal teria que ter uma Unidade Sentinela para cada 500 mil habitantes e na Vigilância por Internação  
312 seria notificação agregada. Colocou que essa portaria não exclui o que já se faz, que toda Síndrome Respiratória Aguda  
313 Grave tem que ser notificada e coletada amostra. Relatou que o Paraná já tem o monitoramento da síndrome respiratória  
314 aguda, desde 2011 e que está dando bons resultados, que é realizado pelos municípios sede e na pactuação ocorrida em  
315 2010, Londrina não aderiu por problemas administrativos próprios e Cambé se candidatou e fazia esse monitoramento,  
316 portanto, nessa proposta ampliada, além dos municípios sede, os municípios com mais 50 mil habitantes poderiam aderir,  
317 porém para a adesão os municípios tem que encaminhar uma proposta para a Secretaria de Estado da Saúde de acordo  
318 com os inciso 6 e 7 da portaria , para a Vigilância da Síndrome Gripal a mesma situação não esquecendo de designar  
319 quais serviços que farão a vigilância. Em relação ao incentivo, cumprimento de metas para a Vigilância de SRAG  
320 (Síndrome Respiratória Aguda Grave):Notificação de, no mínimo, 80% dos casos de SRAG internados nos serviços  
321 escolhidos, com o devido envio das amostras ao LACEN e digitação no Sistema de Influenza web e notificação semanal  
322 do número de internações por CID J 09 a J 18, nas UTI participante, com regularidade de 90% das SE;para a Vigilância  
323 da SG (Síndrome Gripal),atingir, no mínimo, 80% de notificação e a coleta de material por SE;ter informação da proporção  
324 de atendimentos por SG, em relação ao total de atendimentos no serviço; notificação de casos de SG em, no mínimo,  
325 80% das SE no ano; Alimentação do SIVEP-GRIPE; Vigilância das Internações por CID J 09 a J 18,Informar o total de  
326 internações na planilha de notificações agregada, pelos CID J 09 a J 18, no módulo específico do SIVEP-GRIPE em 90%  
327 das SE. Colocou que a proposta, para o Paraná, é que os 22 municípios sede das Regionais de Saúde aderissem e os  
328 municípios com mais de 50 mil habitantes, que os municípios teriam que enviar as propostas de adesão, com definição  
329 dos serviços até 06/07, que pouco aderiram: Campo Largo manifestou interesse, porém não encaminhou a proposta,  
330 Castro, aderiu os 3 tipos de vigilância, enviou Termos de adesão, falta a proposta, União da Vitória encaminhou a adesão,  
331 vai complementar a proposta, Pato Branco, encaminhou toda a documentação, Francisco Beltrão, enviou a adesão, falta  
332 proposta, Cascavel , inicialmente que assumiria somente a síndrome gripal, porém foi conversado , vai aderir as 3  
333 vigilâncias, Umuarama, só adesão, falta proposta, Sarandi, só aderiu a síndrome gripal, embora na proposta colocou que  
334 vai realizar as 3 vigilâncias Cambé, já encaminhou toda a documentação , Cornélio Procópio, vai aderir,Jacarezinho,



335 também aderiu somente a síndrome gripal, porém na proposta, está a s 03 vigilâncias e Ivaiporã, já encaminhou toda a  
 336 documentação. Solicita que este municípios fossem aprovados para realizarem essa vigilância, que o Estado vai fazer a  
 337 justificativa epidemiológica, que cada um desses municípios devem adequar suas propostas , para que sejam anexadas  
 338 ao processo do Estado a ser encaminhado ao Ministério da Saúde. **Nardi** coloca que não vê problema nenhum, que todos  
 339 os municípios que encaminharam suas intenções e documentos devem ser contemplados, que em relação a Campo  
 340 Largo, deve se conversado com a Secretaria Municipal de Saúde para que envie a tempo a documentação para ser  
 341 incorporado aos demais e que em relação à situação epidemiológica da gripe, parabeniza a SESA pela adoção do  
 342 protocolo que o mais importante é fazer um trabalho pró-ativo em relação às medidas de prevenção, que a garantia do  
 343 medicamento e tratamento com rapidez barra mortes, que todos tem que divulgar isso, falar sobre essa questão do  
 344 tratamento rápido que evitou as mortes por Gripe A (H1N1). Colocou que o CONASEMS e o COSEMS apoiarão a  
 345 mudança de protocolo para a Região Sul, em relação à vacina, a partir do ano que vem, pois na Região do Sul tem que  
 346 ter um olhar diferenciado, na questão da influenza e na Dengue. **Sezifredo** colocou que em setembro realizarão um  
 347 seminário, com presença do Ministério da Saúde, OPAS, para reforçar e fundamentar ainda mais a posição do Paraná;  
 348 colocou que o município de Ponta Grossa e outros estão, incluindo o CEMEPAR, estão manipulando o medicamento, que  
 349 o CEMEPAR esta manipulando o medicamento pediátrico.

#### 350 **4 - Discussão / Pactuação**

351 **Márcia** inicia solicitou a inclusão na pauta referente à **alteração no anexo da deliberação 276/2012, do incentivo do**  
 352 **APSUS**, apresentado em fevereiro e que esta em vigor desde junho, que estes recursos foram ampliados para 391  
 353 municípios e serão repassados a partir de junho de acordo com fator de desigualdades regionais, que um monitoramento  
 354 foi realizado, pois um dos compromissos assumidos em março, quando o incentivo foi aprovado é de que os municípios,  
 355 que já recebiam recursos das antigas unidades da mulher e da criança deveriam, de acordo com a Resolução SESA 37,  
 356 de abril de 2011, prazo de 120 dias para colocar adequadamente essas unidades em funcionamento, que após esse  
 357 monitoramento verificou-se que um conjunto de 17 municípios não cumpriu essa meta, que desses 02, por erro já  
 358 deveriam estar recebendo recursos a mais e que 15 sofreram diminuição dos valores **Nardi**, colocou que este assunto foi  
 359 discutido na reunião do Cosems e considerando que os municípios não atenderam as condições para o recebimento dos  
 360 recursos que o Cosems concorda com a alteração.

361 **4.1 -Rede Mãe Paranaense – Incentivo de Qualidade ao Parto – IQP, Márcia** inicia colocando que em agosto tem início  
 362 as capacitações, da Rede Mãe Paranaense, com a SOGIPA, ABEN e Sociedade Paranaense de Pediatria. Relatou que o  
 363 Ministério da Saúde esta acenando a possibilidade de colocar mais 01 ou 02 regiões, em relação à Rede Cegonha, que o  
 364 Paraná encaminhará 04 propostas, que gostaria de enviar proposta de todas as regiões, porém por conta dos prazos tem  
 365 que ver quem está mais preparado. Ficou definido que serão enviados os planos da região de Londrina, Maringá e  
 366 Guarapuava, e no início de 2013 serão enviados os planos das demais regiões do Estado. O Cosems concordou com a  
 367 proposta apresentada. A seguir iniciou a fala sobre o **Incentivo de Qualidade ao Parto**, colocando que um dos itens da  
 368 Rede Mãe Paranaense, fundamental para a melhoria dos indicadores materno infantis no Paraná é a estratificação de  
 369 risco da gestante e a vinculação dessa gestante ao hospital mais adequado a sua condição, que foi identificada várias  
 370 situações que reforça isso, primeiro foi realizado um estudo da mortalidade materno-infantil, no Paraná de 2006 a 2010 e  
 371 dos nascimentos que mostrou que o Paraná tem uma grande número de mortalidade materno-infantil com elevado  
 372 percentual de evitabilidade, as maternas, 81% e 61% infantis, que quando se analisa as causas dos óbitos, em relação a  
 373 morte materna, 35% da primeira causa de morte, foi por hemorragia, quase invariavelmente na hora do parto ou horas  
 374 após e quando se analisa esses óbitos, são gestantes com trabalho de parto já complicado, que não tiveram o devido  
 375 acompanhamento, a ausência do profissional médico no acompanhamento, que muitas vezes levou ao sofrimento fetal e  
 376 a criança vai a óbito, essa gestante faz um parto complicado, com atonia uterina, não tem uma conduta adequada e  
 377 transfere-se essa gestante, depois de horas de sangramento, para outros hospitais, para morrer na meia hora final; que  
 378 a segunda causa de morte é a doença hipertensiva, que não é diagnosticada na atenção primária, embora, 82% das  
 379 gestantes realizem 07 ou mais consultas de pré-natal no Paraná, dos 20 óbitos por doença hipertensiva, de 2011, 19 não  
 380 aplicaram o protocolo, não fizeram a medicação que precisava fazer na hora e 01 aplicou errado, na dosagem errada.,

381 que todos os óbitos ocorreram em hospital; em relação a mortalidade infantil, 72% dos óbitos ocorrem em até 28 dias de  
382 vida e 80%, até 6 dias de vida, e que tem a ver com as condições do nascimento, que é o bebe, muita vezes tirado  
383 precocemente, uma cesárea mal indicada, o Paraná tem uma alta taxa de cesárea, com hora marcada, que o bebe não  
384 esta com o pulmão maduro que necessita de UTI, partos com atenção inadequada, muitas vezes com profissionais de  
385 enfermagem despreparados, que é importante entender essa lógica, que dos 400 hospitais que atendem SUS no Paraná,  
386 cerca de 300 realizam partos, que dentre esses, tem hospitais que realizam 01 parto/ano, 02, 03, 04, 05 até hospitais  
387 maiores que realizam 4000 partos ano e que isso mostra que em hospitais que fazem pouco parto, há mais mortes, que  
388 isso esta ligado a pratica ao manejo, a experiência, habilidade e rapidez para tomar a conduta adequada. Colocou que  
389 diante de toda essa situação, e no sentido de organizar melhor a atenção ao parto, lembra da apresentação em relação a  
390 tipologia dos hospitais para vinculação, pois se estratifica risco habitual, intermediária e alto risco e esse é o primeiro  
391 momento importante e é tarefa da atenção básica, tem que vincular a gestantes ao atendimento hospitalar mais adequado  
392 a condição dela e nesse sentido esta se propondo um Incentivo de Qualidade ao Parto amarrado a vinculação, que não  
393 serão os 300 hospitais contemplados porque precisa mudar a lógica, que se quer ganhar qualidade e para isso tem que  
394 ter mais condições, que a proposta para os hospitais que se habilitarem para a tipologia de risco habitual, um valor  
395 adicional de R\$ 180,00 por parto, seja parto normal ou cesárea e para os habilitados em tipologia risco intermediário R\$  
396 200,00, que os hospitais sob gestão estadual, todos os procedimentos da tabela se, sob o total das AIHS apresentadas,  
397 pagas e aprovadas, será pago o incentivo de acordo com a tipologia habilitada e mesmo que o hospital faça parto habitual  
398 e esta habilitado para risco intermediário, todos os partos serão pagos como risco intermediário, que a classificação dos  
399 hospitais, por tipologia deve obedecer a critérios, um hospital de risco habitual tem que ter um médico plantonista e  
400 enfermeira, 24 horas, ter alojamento conjunto, comissão interna de prevenção mortalidade materna e infantil, garantia de  
401 acompanhante no pré-parto, parto e puerpério, Hospital Risco Intermediário precisa ter Obstetra, pediatra, anestesista e  
402 enfermeira, 24 horas, Unidades de Cuidados Intermediário Neonatal, alojamento conjunto, comissão interna de prevenção  
403 mortalidade materna e infantil, garantia de acompanhante no pré-parto, parto e puerpério, Hospital de Alto Risco,  
404 Obstetra, pediatra, anestesista, enfermeira 24 horas e intensivista, UTI Adulto, UTI neonatal, UCI neonatal, alojamento  
405 conjunto, Método mãe Canguru, Comissão interna de prevenção mortalidade materna e infantil e garantia de  
406 acompanhante no pré-parto, parto e puerpério. Relatou que foi realizada uma rodada com as Regionais de Saúde e com  
407 os Secretários Municipais de Saúde discutindo a vinculação ao parto, porém, quando enviaram as lista com o nome dos  
408 hospitais, tinham hospitais que não nunca fizeram partos e não reúnem condições para fazerem parto, que nova  
409 discussão será realizada, a lista volta para discussão na CIB Regional, que vai discutir a vinculação de parto habitual e  
410 intermediário na região e definir o conjunto da região e na lista que será enviada novamente a SESA, esta, deve conter  
411 onde cada município vai referenciar sua gestante, para o risco habitual e intermediário, pois a SESA realizará  
412 chamamento público com as exigências e critérios para a vinculação do parto de risco habitual e intermediário, Os  
413 hospitais que atenderem os requisitos do edital de chamamento público (inclusive no que diz respeito à documentação  
414 exigida) serão selecionados por região de saúde para vinculação do parto; A vinculação e o incentivo serão objeto de  
415 contrato exclusivo, por isso se o hospital não estiver na lista regional não poderá participar desse chamamento público,  
416 pois estar na lista é pré-qualificação para a participação, bem como ter todas as certidões negativas. Colocou que para os  
417 prestadores que estão sob a gestão de municípios devem estar na lista da regional e deverão atender os requisitos e  
418 critérios para a vinculação do parto, assim como o número de partos vinculados por região, os municípios formalizarão um  
419 contrato exclusivo para vinculação do parto entre o município e o hospital; será criado repasse Fundo a Fundo para os  
420 municípios que tem a gestão dos prestadores e que atenderem a tipologia dos hospitais para gestante de risco habitual e  
421 intermediário; o valor de repasse será correspondente a média de partos dos últimos 6 meses; Trimestralmente será feito  
422 o encontro de contas entre o valor repassado e os partos realizados informados e aprovados no SIH/SUS e ajustado o  
423 valor da parcela para o próximo trimestre; ficam excluídos desse processo, para recebimento de valores, hospitais que  
424 integram o HOSPSUS e recebem incentivo de GAR; para os hospitais de risco intermediário será dado prazo de um ano  
425 para implantarem UCI neonatal conforme portaria MS n.º 930 de maio 2012. Se nesse período não for implantada o  
426 hospital será reclassificado como risco habitual; para seleção dos hospitais será definido um número mínimo de partos de  
427 pelo menos 50% dos nascidos vivos de cada município, que para o chamamento público será constituída uma comissão  
428 estadual para avaliação dos critérios técnicos e da suficiência de partos por região; as CIBs regionais e estadual

429 realização periodicamente a avaliação e monitoramento do processo; os hospitais que fazem parte da Política de  
430 Hospitais de Pequeno Porte e já recebe incentivo e quiserem optar pelo IQP, deverão optar por um único incentivo. **Rene**  
431 complementou lembrando a apresentação da Rede Mãe Paranaense onde foi dito que se daria amplo apoio aos  
432 municípios para organizar melhor o pré-natal e monitoramento das crianças de risco até 01 ano, que seria criado o  
433 incentivo da atenção primária a saúde para os 399 municípios, que gira em torno de 30 milhões/ ano, que seria também,  
434 investido na melhoria da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde para dar vazão ao atendimento de qualidade ao  
435 pré-natal, que o recurso disponibilizado é da ordem de R\$ 30 a 40 milhões para ampliação e construção de UBS e que  
436 hoje se conclui um ciclo de financiamento, com a implantação da estratégia de vinculação ao parto e que a vinculação é  
437 para valer, que não é um recurso para garantir sustentação de hospitais e sim garantir a vinculação e a qualidade ao  
438 parto e que a hora que a CIB Regional estiver discutindo tem que ser rígidos nos critérios colocados, que esse recurso  
439 financeiro tem que ser potencializado como resultado final na qualidade de atenção ao parto. Colocou que o recurso o  
440 volume de recursos inicialmente no orçamento para essa estratégia era de 4 milhões /ano, ampliando para 18  
441 milhões/ano, que conta com todos para que isso se concretize como resultados e somando os 7 milhões, do HOSPSUS,  
442 soma-se 25 milhões de reais, que isso demonstra um grande esforço de modificar o cenário tanto no atendimento a  
443 mulher como da criança, pede um grande esforço de todos para que sejam bons para que daqui a um ano se tenha  
444 resultados com a diminuição da mortalidade materno-infantil, que a gestantes saibam onde irão ganhar seus bebês, faz  
445 um apelo as regionais e municípios para serem rígidos na seleção das tipologias. **Nardi** colocou que esse assunto foi  
446 muito debatido, acompanhado de perto pelos COSEMS, que o trabalho conseguiu valorizar e qualificar o parto,  
447 valorizando acima de tudo a vida, colocou que os valores são significativos e que são para qualidade ao parto e não para  
448 déficit de prestadores, colocou também que alguns hospitais, de alguns municípios, dentro dos critérios, não realizam 120  
449 partos, porém realizam acima 50% dos partos do município e devem estar na lista que as regionais encaminharão.  
450 Relatou algumas dúvidas e uma delas é que quando nasce em um hospital que não esta na lista, que o pagamento será  
451 por AIH, e se um município referenciar para outro serviço que não o indicado, que essa pactuação terá que ser realizada,  
452 colocou também a questão das redes, que por falta de profissionais, pode ficar fracionada e solicita que se dê um prazo  
453 para a adequação dessa rede que ela não fique fechada , que os serviços possam se adequar e se inserir posteriormente  
454 nessa rede e passem a poder realizar os partos com esse incentivo. Coloca que a proposta, por parte do COSEMS, esta  
455 aprovada a proposta e parabeniza a SESA. **Márcia** coloca que em relação às solicitações, que pode ser discutida a  
456 questão da equipe, que o hospital que for definido como risco intermediário o pagamento dos partos está relacionado com  
457 a equipe, disse que é difícil abrir um tempo em relação à equipe, que estão aceitando o sobre aviso, porém a falta de  
458 profissional fica difícil e que na constituição da comissão podem conversar sobre isso. Colocou que por portaria  
459 ministerial, o Paraná tem 07 hospitais habilitados para atender gestação de alto risco, secundário ou terciário, que uma  
460 auditoria será realizada, que a informação é de que o atendimento é ruim e que essa auditoria servirá também, para  
461 referenciar ou não essas habilitações, como também nos hospitais no HOPSUS, tiveram um tempo para se adequar e  
462 que após esse ano ainda não corresponderam e que é mais do que tempo de quem recebeu recurso ter compromisso.  
463 **Nardi** colocou sobre uma preocupação, em relação aos hospitais que estão no HOSPSUS que não estão dando acesso e  
464 que isso tem que ser revisto na comissão de acompanhamento, que isso foge do objetivo. **Paulo Almeida** coloca que em  
465 relação ao HOSPSUS, os POAS serão reavaliados em setembro, que a regulação deve dar conta de avaliar esses fluxos  
466 para reavaliar essas situações. **Márcia** coloca que essas situações têm que vir nos relatórios, que não adianta vir relatório  
467 com 100% e depois, via telefone, vir pedido de retirada de incentivo, que as comissões de avaliação é para valer.  
468 **Capacitações Mãe Paranaense: Olga Peterlini** colocou que terá capacitação tanto para a Atenção Primária a Saúde  
469 como para os Hospitais, que para essas capacitações foram realizados convênios com as sociedades científicas como a  
470 ABEN, SOGIPA e a Sociedade Paranaense de Pediatria, que com essas sociedades foi fechado um programa de  
471 capacitações, fase inicial, que vem ao encontro às problemáticas apresentada pela epidemiologia, que para a ABEN, a  
472 capacitação foi dividida por regional de saúde, levando em consideração o número de municípios e a tentando fechar com  
473 o numero de hospitais, para que haja um número adequado, que permitisse uma capacitação adequada neste momento e  
474 com tecnologia pedagógica que traga uma in formação mais efetivas para os profissionais, que as capacitações iniciam  
475 em agosto, que para cada regional ou macrorregional, terá um curso para os enfermeiros na atenção primária em saúde,  
476 com conteúdo voltado a gestante e enfermeiros dos hospitais da rede, com a tônica na assistência no parto, pós-parto e

477 puerpério e para os técnicos e auxiliares dos hospitais, na mesma linha. Colocou que a SOGIPA realizará a capacitação  
478 para a obstetrícia, para os médicos dos hospitais da Rede Mãe Paranaense, como também para médicos da Atenção  
479 Primária, para atendimento ao pré-natal, pela sociedade de pediatria, será realizado um para Reanimação Neonatal e  
480 outro para pediatras da Atenção Primária.

481 **4.2 - Grupo Condutor de Saúde Mental** – Márcia colocou que precisa constituir o grupo condutor para trabalhar a Rede  
482 de Saúde Mental e solicita para o COSEMS indicar os nomes.

483 **4.3 – Portaria GM/MS nº 1222 de 13/06/2012- repasse de recursos novos, exames do componente pré-natal da Rede**  
484 **Cegonha** – Márcia colocou que o Ministério abriu para o Paraná a adesão na Rede Cegonha, a parte dos exames da  
485 rotina do pré-natal que uma proposta para esses recursos precisam ser pactuados e que a proposta é definir isso no  
486 grupo condutor para depois trazer a CIB. Nardi, disse que apóia o encaminhamento e assim fica pactuado. **Márcia**  
487 colocou ainda também referente à Rede Cegonha, foi discutido na reunião do Grupo Condutor que novas regiões seriam  
488 incluídas, além da região metropolitana, que seriam para o 3º quadrimestre de 2012: Londrina, Maringá e Guarapuava,  
489 essa por critérios epidemiológicos; que para 2013 iniciariam por Campo Mourão., Apucarana, Paranaguá, Cascavel e Foz  
490 do Iguaçu, no 2º quadrimestre de 2013: Toledo, Cianorte, Jacarezinho, Irati e Pato Branco e no 3º quadrimestre Cornélio  
491 Procópio, Paranaíba, União da Vitória, Ivaiporã e Francisco Beltrão, em 2004, no 1º quadrimestre: Ponta Grossa,  
492 Telêmaco Borba e Umuarama.

493 **4.4 – Portaria GM/MS nº 1340, de 29/06/2012 - Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos**  
494 **Cirúrgicos Eletivos para os exercícios dos anos de 2012 e 2013**-Paulo coloca sobre a edição da portaria, que para  
495 essa portaria esta sendo colocado o mesmo critério usados nas portarias anteriores, que em 2012, foram definidos os  
496 recursos em torno de 15 milhões, em função que foi atingido a produção superior a 50% +1, dos recursos alocados para  
497 2011, que se teve condições de antecipar isso e pactuar esses recursos, que essa portaria tem duas situações uma que  
498 acabou postergando o repasse dos recursos de 2012, para pagamento de despesas, que era até junho e fazer o encontro  
499 de contas em julho/2012, porém colocou um componente importante que dos 300 milhões que estavam previsto duplica  
500 para 600 milhões, bem como prorroga o prazo da utilização do recurso até junho de 2013, com encontro de contas em  
501 Julho/2013, que ela também garante os recursos no mesmo montante de 600 milhões, para o ano de 2013; que tem uma  
502 pressão dos prestadores, principalmente os que estão sob a gestão do Estado, para receber esses recursos, na gestão  
503 estadual foi repassado os recursos de 2011, em função que o ministério fez a transferência desses recursos, em  
504 fevereiro de 2012, que não tem nenhum saldo em relação a 2011, que conseguira ,com esses recursos, pagar o  
505 componente 1 referente as competências janeiro e fevereiro, que estão aguardando a pactuação dos recursos 2012, que  
506 serão repassados fundo a fundo, a serem pagos até o final de julho/2012; colocou que são 31 milhões que estão sendo  
507 pactuados, desse montante, sob a gestão do Estado são R\$ 17.426.181,96, e na gestão Municipal, contemplando os 12  
508 municípios, com população superior a 50 mil habitantes, ficaria o montante de R\$ 14,134,013,53, que nesse montante dos  
509 municípios estão contemplados a produção de 2011 daquelas regionais que não foram pactuados esses recursos, porém  
510 que acabaram realizando procedimentos do componente I e II e as pactuações dessas regionais de 2012, que será  
511 enviada a memória de cálculo para que as regionais acompanhem. Informou que se tinha a expectativa de realizar , de  
512 outubro/2011 a junho/2012, 30 mil cirurgias e hoje com a projeção de abril/maio e junho, 37 mil cirurgias eletivas já  
513 realizadas, que com esses recurso que virão a projeção é de realizar 60 a 70 mil cirurgias. Rene complementa dizendo  
514 que essa portaria trouxe elementos novos que deverão ser objeto de pactuação, chama atenção que essa portaria trouxe  
515 novidades em relação às outras portarias, que ela flexibiliza uma portaria de 2001, que vedava o uso de recursos federais  
516 para complementação de valor de procedimento tabela SUS, que de certa maneira, essa portaria designou a discussão,  
517 da possibilidade de ter valores diferenciados na tabela SUS, para as CIBS; que a SESA, está convicta que em relação ao  
518 componente II, já há desde a portaria antiga o acréscimo de 50% e que se mostrou, pelos resultados obtidos pelo Paraná,  
519 que foi o Estado que melhor executou os recursos de 2011, no componente II e um bom desempenho no componente I e  
520 III , que o que se está colocando, é a posição da SESA que entende pela continuidade do componente II, da estratégia do  
521 50% e limitada a isso e pela forma de continuidade pela pactuação em relação a portaria anterior.

522 **Portaria GM/MS n 2914 de 12/12/2011- artigo 12** – Sezifredo coloca que o artigo 12, dessa portaria, incluiu um  
523 regulamento que esta trazendo muito problema em relação à vigilância sanitária e ambiental que diz: *entre as varias*  
524 *competências atribuída as secretarias municipais e estaduais de saúde, está a necessidade de efetuar o CADASTRO e*

525 *AUTORIZAR o fornecimento de água tratada de SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA, mediante AVALIAÇÃO e*  
 526 *APROVAÇÃO, porem NÃO DEVENDO MAIS AUTORIZAR o seu funcionamento EM SITUAÇÕES ONDE HOUVER*  
 527 *EXISTENCIA DE REDE PUBLICA DE ABASTECIMENTO, com exceção para situações de emergência e/ou de*  
 528 *intermitência”,* isso quer dizer que as vigilâncias estaduais e municipais não poderão mais autorizar o funcionamento de  
 529 soluções alternativas coletivas como poços artesianos em condomínios, em empresas que usem essa água para  
 530 consumo humano, que houve um exagero e acabou abrangendo uma solução sistema alternativo, que pode ser de  
 531 qualidade e regularizada que em razão disso o Grupo Técnico de Vigilância discutiu e sugere que se crie um grupo de  
 532 trabalho com representação da SESA e COSEMS, com o objetivo de instituir Grupo de Trabalho, com representações da  
 533 SESA/SVS/DEVA, algumas Regionais e COSEMS/ Paraná para construir propostas para formular estratégia de ação às  
 534 Vigilâncias do Estado do Paraná, visto que a Portaria 2914/11 “determina” a proibição de funcionamento de Solução  
 535 Alternativa Coletiva onde houver Rede Publica de Abastecimento, requerendo a interdição imediata das mesmas nessas  
 536 situações. E encaminhamentos visando a constituição de Câmara de Discussão com os órgãos estaduais responsáveis  
 537 pela Concessão dos Serviços de Abastecimento de Água (SANEPAR) e autorização de outorga de uso da água  
 538 (SEMA/IPAGUAS);fica estabelecida a data de 30 de junho de 2013 como prazo para conclusão dos trabalhos. Até a  
 539 referida data, fica acordado que os gestores do SUS Paraná (estadual e municipais) continuarão a exercer a vigilância da  
 540 qualidade da água para consumo humano - objeto do setor saúde , com as bases legais anteriores.**Nardi** coloca que pelo  
 541 COSEMS está aceita a pactuação.

#### 542 **Informes**

543 **Nardi** informa que por conta da greve do Ministério da Saúde não há previsão do pagamento do PAB FIXO.

544 **5.2-** SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde- Nadyeli explanou sobre o SIACS, cujos objetivos  
 545 são: Criar um Sistema de Acompanhamento e Monitoramento dos Conselhos de Saúde; Transformar o Cadastro (CNCS)  
 546 do sistema FORMSUS para uma ferramenta com consultas e relatórios mais flexíveis; Possibilitar o acesso às  
 547 informações para Conselhos de Saúde, Estudantes, Pesquisadores e Sociedade Civil; Garantir um cadastro único para os  
 548 Conselhos de Saúde fortalecendo o Controle Social no SUS., que a deve ser realizado pelos secretários executivos dos  
 549 conselhos, que tem uma cartilha orientadora.

550 **5.3** – Representantes do CES/PR na CIB/PR – SE/CIB- Nadyele informou os novos representantes do CES/PR na CIB  
 551 Estadual que são: Irene Rodrigues dos Santos, Sirlene Aparecida Candido, como titulares e Leonardo Di Colli e Lívia  
 552 Diniz Lopes SOLA, como suplentes.

553 **5.4** – Portaria GM/MS Nº 930 de 10/05/2012 – critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade neonatal-  
 554 **Marise** informou sobre a Portaria sobre classificação e habilitação de Unidades Neonatal, que fala que são classificadas  
 555 em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN,, Tipo I e II, e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional  
 556 (UCINCo),- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UNINCa), que os parâmetros são: Para cada 1.000 NV  
 557 poderão ser contratados:2 leitos de UTIN, 2 leitos de UCINCo,,1 leito de UCINCa e O conjunto de cuidados  
 558 intermediários será composto: 2/3 leitos de UCINCo,ed1/3 leitos de UCIONCa, para habilitação: UTIN – funcionar em  
 559 estabelecimento hospitalar cadastrados no CNES que possua no mínimo 80 leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos,  
 560 Neonatologista ou título de especialista em medicina intensiva pediátrica ou residência médica em neonatologia ou  
 561 residência médica em medicina intensiva pediátrica; UCIN – funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrados no  
 562 CNES com garantia de referência para serviços de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que  
 563 necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica,Neonatologista ou título de especialista em pediatria  
 564 ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria; Serão habilitadas pelo Ministério da Saúde as  
 565 novas Unidades Neonatal, bem como as já existentes que se adequarem aos requisitos da Portaria 930/2012. Todos os  
 566 estabelecimentos que tenham UTI neonatal habilitada em conformidade com normatizações anteriores deverão se  
 567 adequar ao estabelecido nessa portaria, no prazo de 180 dias, a contra da data de publicação desta portaria, sob pena de  
 568 perda da habilitação. A SES e as SMS estabelecerão planejamento regional de atenção em terapia intensiva e cuidados  
 569 intermediários neonatais, com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso aos pacientes

570 usuários do SUS. Encaminhamentos:- check list para regionais de saúde, Prazo: novembro 2012, Ministério da Saúde:  
571 avaliação da VISA e deliberação CIB.

572 **5.5 - QUALISUS REDE –Isaias** informou que o projeto do Paraná, que contempla a região metropolitana de Curitiba foi  
573 aprovado pelo Ministério da Saúde, que a portaria já foi publicada, que o Secretário deve assinar essa semana o Termo  
574 de Compromisso, que o desenvolvimento do projeto esta acelerado, que as ações devem ser implementadas no segundo  
575 semestre de 2012. com a participação de todos os municípios da região metropolitana e do Grupo Condutor.

576 **5.6 - SIASUS – Alimentação do Sistema – situação dos municípios –Sezifredo** informa sobre a informação sobre os  
577 municípios que não alimentam o SIASUS, que 74 municípios do Paraná que estão em situação irregular, que 03 meses  
578 sem informação, estão sujeitos a bloqueio de recursos. Informou também ao não cumprimento de um compromisso que é  
579 o monitoramento das coberturas nacionais de sarampo e rubéola, que 10 municípios, mesmo recebendo recursos, não  
580 realizaram o monitoramento que são: Campo do Tenente, Cândido de Abreu, Doutor Ulisses, Lunardelli, Marechal  
581 Cândido Rondon, Paranaguá, Ribeirão do Pinhal, Guairá, Terra Roxa e Tunas do Paraná , que mesmo o sistema já estar  
582 fechado para esses municípios colocarem suas informações, devem fazer o monitoramento, pois estão sujeitos a serem  
583 cobrados por algum órgão de controle externo, e lembra que tem perspectiva de devolver o recurso e o gestor responder  
584 pro improbidade administrativa.

585 **Nardi** dá como encerrada a reunião e deseja bom retorno a todos.