



DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA – DFD

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES:

INFORMAÇÕES PRELIMINARES	
Origem / Órgão	Secretaria Municipal de Saúde de Redenção/PA
Setor Requisitante	Média e Alta Complexidade
Responsável pela Demanda	Mayara Alves de Oliveira
Cargo/Função	Diretoria De Média E Alta Complexidade
Decreto/Portaria	COREN PA n. 513.227 / Portaria n. 005/2022

(X) Prestação de Serviços

2. OBJETO:

OBJETO
CHAMADA PÚBLICA PARA CONTRATAÇÃO DE CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS, EM ATENDIMENTO A REDE PÚBLICA DE SAÚDE E MUNICÍPIOS PACTUADOS OBEDECENDO A TABELA SUS.

3. OBSERVAÇÕES GERAIS:

DEMANDA
Execução do Contrato: 12 meses Forma de Pagamento: de acordo com a produção, a até o 10º dia útil de cada mês.

4. DESCRIÇÕES:

Nº	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO
01	BIOMETRIA ULTRA -SSONICA MONOCULAR
02	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO
03	CAPSULOTOMIA AYANG LASER
04	CERATOMETRIA
05	CONSULTA MÉDICA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
06	FACO EMULSIFICAÇÃO COM IMP.LIO DOBRAVEL
07	FUNDOSCOPIA
08	GONIOSCOPIA
09	IRIDECTOMIA CIRURGICA
10	IRIDOTOMIA A LASER
11	MAPEAMENTO DE RETINA



12	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE
13	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA
14	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL
15	SUTURA DE CONJUNTIVA
16	SUTURA DE CórNEA
17	TESTE DE VISÃO DE CORES
18	TONOMETRIA DE APLANAÇÃO
19	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO
20	VITRECTOMIA ANTERIOR

As quantidades dos serviços deverão ser definidas no Estudo Técnico Preliminar, onde será feito o estudo com base na demanda do último ano vigente, levando em conta ainda as cotas de cada município, respeitado o limite de recursos do Consórcio.

5. JUSTIFICATIVA DA DEMANDA:

JUSTIFICATIVA DA DEMANDA

A saúde é um direito de todos e de obrigação do governo público, a partir disso faz-se necessário ter em mente que a saúde possui várias áreas, uma dessas áreas é a oftalmologia, que tem como foco o tratamento de doenças oculares.

A presente demanda se justifica, principalmente em razão do Município de Redenção ser o município polo na região Sul do Pará, de modo que na Reunião Ordinária realizada em 09 de setembro de 2015, da **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO PARÁ – CIB**, fora apreciado e aprovado o Consórcio dos Municípios do Araguaia, realocando os recursos destinados ao serviço de oftalmologia dos municípios participantes, para Redenção – PA, sendo portanto o responsável pela gestão, execução dos serviços e atendimento das demandas.

Atualmente os serviços públicos de Redenção-PA possui uma alta demanda, pois atende dando os municípios residentes como também atende um público de cidades vizinhas. Partindo desse princípio surge a necessidade da contratação de empresa para o fornecimento dos serviços especializados em exames oftalmológicos.

Note-se que o último processo vigente está em iminência de vencimento, de modo que se faz necessário a realização de novo processo em caráter de urgência.

Em primeiro lugar, as empresas especializadas possuem profissionais qualificados e experientes, o que assegura um atendimento de alta qualidade. Além disso, muitas delas contam com tecnologia de ponta e equipamentos modernos, essenciais para a realização de diagnósticos precisos e tratamentos eficazes.

Outro ponto importante é o aumento da capacidade de atendimento. A terceirização desses serviços permite a redução de filas e tempos de espera, melhorando a experiência dos pacientes. Assim, a instituição pode concentrar seus esforços nas suas atividades principais, enquanto a empresa contratada cuida dos aspectos oftalmológicos.

6. INDICAÇÃO DOS FISCAIS DE CONTRATO:

FISCAL TITULAR	
Servidor(a)	Mayara Alves de Oliveira
Matricula	COREN PA n. 513.227 / Portaria n. 005/2022
Cargo/Função	Diretoria De Média E Alta Complexidade



Unidade de lotação	Gabinete Da Secretaria Municipal De Saúde De Redenção/PA
SUPLENTE DE FISCAL	
Servidor(a)	Gabriel De Almeida Medina
Matricula	106223
Cargo/Função	Diretor De Controle E Avaliação
Unidade de lotação	Regulação Municipal

7. INDICAÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO:

MEMBROS DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO	
Membro	Enfermeira Patrícia Maria Lima Silva de Sousa
Cargo/Função	Diretora de Planejamento e Gestão da Saúde
Decreto/ Portaria	COREN PA n. 61.094
Celular	(94) 99152-7831
E-mail	patriciasousa50anos@gmail.com
Membro	Enfermeira Laís Cunha Borges de Freitas
Cargo/Função	Diretora de Atenção Primária
Decreto/ Portaria	Coren – PA 513.227/ Portaria n. 005/2022
Celular	(94) 99197-7375
E-Mail	laiscunhaborges@gmail.com
Membro	Assistente Social Saulo dos Santos e Couso
Cargo/Função	Coordenador Departamento de Compras
Decreto/ Portaria	Portaria n. 541/2021
Celular	(94) 99276-4410
E-Mail	sauloferreiro@hotmail.com

8. DECISÃO DO(A) RESPONSÁVEL DEMANDANTE:

DECISÃO DO(A) RESPONSÁVEL DEMANDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> APRESENTO A PRESENTE DEMANDA.
<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTO A PRESENTE DEMANDA.
Redenção/PA, em 04 de novembro de 2024.



C I B-SUS/PA	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA - SESPA COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ - COSEMS /PA.	CIB-SUS/PA
--------------	--	------------

ATA DE REUNIAO ORDINÁRIA DE 09 (NOVE) DE SETEMBRO DE 2015 (DOIS MIL E QUINZE).

Aos 09 (nove) dias do mês de setembro de 2015 (dois mil e quinze), no Auditório da FAEPA (Federação da Agricultura e da Pecuária do Pará), situado na Travessa Doutor Moraes - Nazaré, a **Comissão Intergestores Bipartite reuniu-se ordinariamente.** A sessão contou com a presença dos seguintes representantes: **Segmento SESPA** (Secretaria de Estado de Saúde Pública) - **Titulares: Vitor Manuel Jesus Mateus** (Secretário Estadual de Saúde/Presidente da CIB), **Débora Francisca da Silva Jares Alves** (Diretora da DDASS- Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde); **Raimundo Nonato Bittencourt de Sena** (Diretor da ETSUS - Escola Técnica do SUS); **Maria do Socorro Lucas Bandeira** (Diretora da DPAIS - Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde); **Maria Rosiana Cardoso Nobre** (Diretoria de Vigilância em Saúde); **Maridalva Pantoja Dias** (Colegiado Gestor) **Maria da Conceição de Souza Oliveira** (DDRAR - Diretoria de Desenvolvimento da Rede Assistencial e Regionalização); **Etevaldo José Modesto da Paixão** (Diretor do 3º Centro Regional de Saúde); **Marileide Nascimento** (Diretora do 5º Centro Regional de Saúde). **Suplentes: Heloisa Maria Melo e Silva Guimarães** (Secretária Adjunta); **Sebastião Licinho Lira dos Santos** (Diretor do LACEN - Laboratório Central); **David Souza Figueiredo** (DGTES - Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) a do 2º Centro Regional de Saúde); Maria Eunice Begot da Silva Dantas (Colegiado Gestor). **Segmento COSEMS/PA (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Pará): Titulares: Charles Cezar Tocantins de Souza** (Secretário Municipal de Saúde de Tucuruí e Presidente do COSEMS); **Carlos Rogério da Silva Pinto** (Secretário Municipal de Saúde de Santa Luzia do Pará); **Sergio de Amorim Figueiredo** (Secretário Municipal de Saúde de Belém); **José Raimundo Farias de Moraes** (Secretário Municipal de Saúde de São Sebastião da Boa Vista); **Cleoci Portela de Aguiar** (Secretária Municipal de Saúde de Itaituba); **Waldecir Aranha Maia** (Secretário Municipal de Saúde de Altamira). **Suplentes: Carmem Célia Pinheiro André** (Diretora da Secretaria Municipal de Saúde de Belém); **Leotte Pimentel Piqueira Neto** (Secretário Municipal de Saúde de Ponta de Pedras); **Josuelido do Nascimento Albuquerque** (Secretário Municipal de Saúde de Breu Branco); **Sezostrys Alves da Costa** (Secretário Municipal de Saúde de Palestina do Pará). **Dr. Vitor Mateus**, na condição de Presidente da CIB, deu início à reunião agradecendo a presença de todos e pedindo desculpas por não ter sido possível concluir a ata da Reunião Ordinária de Agosto, em virtude ter sido uma pauta muito extensa e menciona que a Secretaria Executiva da CIB pedia compreensão para a mesma fosse apreciada em conjunto com a ata do mês de setembro, que seria apresentada na reunião ordinária do mês de outubro. **Dr. Vitor Manuel** em seguida colocou em discussão o ponto **HOMOLOGAÇÕES, com o ITEM I: PLANO ESTADUAL DA NEFROLOGIA. Expositor: DDASS/SESPA. Débora Jares** inicia sua fala informando que o plano havia sido elaborado por diversas mãos: Câmara Técnica de Nefrologia, SESPA (Secretaria Estadual de Saúde), RTP, parceiros dos Hospitais Regionais (médicos nefrologistas) e mais algumas instituições, como HEMOPA. Informou que o plano havia sido construído com o objetivo de garantir do início ao fim o atendimento ao portador de doença renal crônica. Mencionou que o trabalho

38 havia baseado-se, principalmente, na Portaria GM/MS nº 389 (trezentos e oitenta e nove) de 2014 (dois
39 mil e quatorze), que instituiu o incentivo aos pacientes dialíticos nos estágios 4 (quatro) e 5 (cinco).
40 Continuou informando que o plano perpassava pelos três níveis de assistência, desde a atenção básica
41 até a média e alta complexidade. Previa o custeio para as unidades especializadas de média
42 complexidade e também para as que tinham unidade com diálise peritoneal. Disse que já havia uma
43 grande oferta de serviços que não estavam contempladas nas portarias anteriores. Explicou que a grande
44 diferença da portaria anterior era o fato de que não seria mais habilitado serviço isolado, mas uma
45 habilitação na linha de cuidado da doença renal crônica. Prosseguindo, disse que o Governo do Estado do
46 Pará, através da SESPA, havia desenvolvido de forma a reestruturar a rede de cuidados ao portador de
47 Doença Renal Crônica (DRC), garantindo a integralidade da atenção, visando a transformação da
48 realidade dos portadores de DCR. Relatou que atualmente cerca de 70% (setenta por cento) dos
49 pacientes iniciavam a diálise na emergência, no estágio 5 (cinco) dialítico. Nesse sentido, a SESPA
50 pretendia diagnosticar no estágio inicial, visando mantê-lo fora da máquina de diálise, ou garantir que
51 nem chegasse a precisar ir para máquina. E nos casos de um estado avançado da doença, garantir o
52 transplante o mais cedo possível. Informou que o Pará atualmente ofertava 23 (vinte e três) serviços de
53 nefrologia e que o Governo do Estado tinha interesse em ampliar a oferta, numa tentativa de regionalizar
54 os serviços. Apresentou os objetivos específicos do Plano que eram: "Organizar a Rede Estadual em
55 Nefrologia, identificando, contratando, habilitando, pactuando e ampliando os serviços que farão parte
56 desta Rede; Estabelecer fluxograma de acesso com definição de referência e contra-referência para todos
57 os integrantes da rede, criando o processo de fila única através de protocolo de acesso do Sistema
58 Estadual de Regulação, com todos os componentes cadastrados na rede; Estabelecer um modelo de
59 comunicação ágil entre todos os componentes da RAN (Rede de Atenção à Nefrologia) e o
60 georeferenciamento da rede". Continuou falando sobre os vários conceitos que seriam utilizados na Rede
61 de Atenção à Nefrologia, quais sejam: "a Organização em Modelo de rede de Atenção em Saúde,
62 Educação Permanente; Foco no diagnóstico precoce e Estratificação de Risco; Financiamento; Oferta de
63 apoio diagnóstico e terapêutico; Organização da APS; Unidade Especializada em DRC; Unidade de
64 Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; Unidade Especializada em DRC com TRS. E referindo-se
65 às habilitações, disse que elas seriam alteradas. O foco, segundo ela, seria o diagnóstico precoce e a
66 estratificação de risco, contemplando os estágios da DRC. Cada grupo de risco seria tratado
67 diferentemente. Explicou que já existia um fluxo determinando qual paciente seria mantido na atenção
68 básica, qual seria mantido na média e qual seria mantido na alta complexidade. Relembrou que o Estado
69 do Pará era constituído por treze regiões de saúde e considerava a oferta de serviço nos três níveis de
70 atenção: - estadual: para alta complexidade; - regional: representada pelos polos regionais, que
71 atenderiam aos procedimentos de Média e Alta Complexidade; - local: representada pelos módulos
72 assistenciais, compreendendo os procedimentos mínimos da Média Complexidade e Atenção Básica.
73 Falou que atualmente três municípios ofertavam atendimento ambulatorial público de Nefrologia,
74 desvinculado da alta complexidade: Belém, Santarém e Parauapebas. Relatou que existiam em 23 (vinte
75 e três) serviços de TRS cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), com
76 maior concentração na capital. Prosseguindo, relatou ainda, que até o mês de julho haviam sido
77 atendidos 2.776 (dois mil, setecentos e setenta e seis) pacientes em máquinas pelo SUS no Estado do
78 Pará e 76 (setenta e seis) pacientes/mês atendidos na diálise peritoneal. Havendo perspectiva de
79 ampliação para outros municípios, segundo ela. Continuando, descreveu a situação dos demais serviços,

80 dizendo que existiam quatro hospitais como Centros de Transplante de rim em todo o Estado, sendo três
81 públicos, com perspectiva de ampliação. A biopsia renal sendo realizada em quatro estabelecimentos do
82 SUS no estado. Informou que no Estado, não havia serviço de referência para Doença do Metabolismo
83 Mineral Ósseo Grave, com Biopsia Óssea e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, mas existia proposta de
84 implantação desses serviços no Estado. Prosseguindo, informou que não existia no Brasil, e por
85 consequente, no Estado um estudo sobre estimativa da necessidade da população em relação à RC. Mas
86 existia um estudo mundial, pelo qual os nefrologistas paraenses baseavam-se para estimar a taxa, que
87 girava em torno de 90% (noventa por cento) para países em desenvolvimento. A taxa de prevalência de
88 pacientes em tratamento renal substitutivo era de 1.000 (hum) milhão de pessoas em países da Europa,
89 Chile e Uruguai. Por causa da ausência de estudos nacionais, a estimativa no nosso Estado se baseava
90 nestes estudos. A seguir, ela descreveu os gráficos com as estimativas, frisando a importância de
91 enfrentamento imediato da situação. Como a portaria mencionada era de 2014 (dois mil e quatorze),
92 lembrou que só restavam dois anos para implantação do Plano no Estado. Demonstrou a estimativa e
93 necessidade de atendimento por fase, o qual seria melhor divulgado. Falou que a proposta, seria
94 promover e descentralizar os referidos serviços com a reorganização da rede de assistência. Descreveu
95 como se daria a criação da Rede de Nefrologia e informou que a implementação ocorreria a partir do
96 segundo semestre deste 2015 (dois mil e quinze) por meio das Secretarias de Saúde Estadual e
97 Municipais, e em parceria com os prestadores de serviços e instituições formadoras. A seguir
98 descreveu, como se daria a citada implementação, dentro de todos os eixos: "através da criação de um
99 Observatório Estadual de Nefropatias. Na atenção Primária em Saúde, na Unidade Especializada em DRC,
100 dentro de polos de abrangência, onde todos os municípios deverão ser convidados a pactuarem com o
101 Plano, Unidade especializada em DRC com TRS, como proposta de implantação onde não há, Hospitais de
102 Referência em Nefrologia, Transplante Renal". A seguir, convidou nefrologista **Veronica**, para
103 demonstrar o fluxo de encaminhamento do portador de doença renal crônica, na atenção primária e na
104 média e alta complexidade. **Verônica**, com a palavra, expôs o fluxo proposto e comentou que o mesmo
105 era bastante complexo e que a sua implantação seria bem dificultosa, pois existiam municípios que não
106 tinham nenhum serviço de nefrologia e onde haveria necessidade de implantação, pois os municípios, de
107 acordo com a portaria tinham que dar sua parcela de contribuição, por que conforme a portaria ministerial
108 o município passaria a ser responsável integralmente por todas as fases. A atenção primária precisaria
109 acompanhar o paciente desde o estágio 1 (um) ao estágio 5 (cinco). Disse que as equipes de atenção
110 primária trabalhavam os pacientes nos estágios 1 (um), 2 (dois) e 3 (três), como já acontecia atualmente,
111 em relação ao controle da diabetes e hipertensão. Disse que os municípios que não tinham serviço de
112 nefrologia deveriam ter vínculo de fluxo com um local que atendesse o paciente, pois ele não poderia
113 ficar solto. Nesse sentido todos os gestores precisavam entender como o fluxo caminharia.
114 Prosseguindo, colocou a disposição o trabalho da Câmara Técnica de Nefrologia para ajudar os municípios
115 que tivessem interesse em iniciar o plano. Demonstrou, a seguir, o fluxo da captação de órgão, para que
116 os gestores tivessem conhecimento de como seria o fluxo da rede de nefrologia. Considerou um fluxo
117 complicado, mas que precisava do compromisso de todos os envolvidos no processo para que o Estado
118 como um todo tivesse a possibilidade de sucesso. **Débora Jares** informou que todos os fluxos e rotinas
119 seriam disponibilizados no site da SESPA e seriam parte integrante da resolução da CIB. **Charles**
120 **Tocantins** pediu a palavra, e informou que havia ficado satisfeito com algo que poderia ser explorado, o
121 caso do Telessaúde. Segundo ele, essa ferramenta possibilitaria a redução de gasto. Exemplificando disse

122 que Tucuruí, pagava R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) líquido para o neurologista passar três dias em
 123 Tucuruí. Disse que a UEPA (Universidade Estadual do Pará) estava pretendendo escolher um município
 124 como piloto para implementar a teleconsultoria. E sugeriu que DDASS poderia escolher entre os centros
 125 de nefro, algum município que já tivesse experiência e estrutura de nefrologia, para fazer um piloto com
 126 a questão da nefro. **Débora Jares** sugeriu o Hospital Santo Antonio Maria Zacaria, na região dos
 127 Caetés, pois eles já utilizavam a teleconsultoria. **Dr. Vitor Mateus** agradeceu à médica nefrologista
 128 Verônica, pelo ajuda e informou que a mesma não era da SESPA, mas havia dado uma grande e valiosa
 129 contribuição na Câmara Técnica. Ressaltou que com a sua contribuição havia dado um grande avanço
 130 muito em relação à questão da organização da DRC e agradeceu à ela e a todos da equipe que
 131 formataram o plano estadual. A Seguir, o Presidente colocou o assunto em apreciação, sendo **PLANO**
 132 **DE NEFROLOGIA DO ESTADO DO PARÁ, aprovado por consenso. ITEM II: PACTUAÇÃO DO**
 133 **PLANO DE APLICAÇÃO PARA REMANEJAMENTO, NO ÂMBITO DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO**
 134 **- PORTARIA GM/MS Nº 1.073/2015. Expositor:** Gabinete/Sespa. **Dr. Vitor Mateus** informou que a
 135 portaria ministerial em questão dispunha sobre as possibilidades de remanejamento e/ou
 136 reprogramação de recursos existentes em saldo financeiro do âmbito dos blocos de financiamentos
 137 apurado até 31 (trinta e um) de dezembro de 2014 (dois mil e quatorze). Sendo que a mesma
 138 definia prazo, até final de outubro, para que os Municípios e Estados apresentassem nas CIB's, os
 139 planos de aplicação para execução desses saldos remanescentes de dezembro de 2014 e para comunica-
 140 los também à CIT, no prazo estabelecido. No caso, do Estado, ele informou que o que existia de concreto
 141 sobre a proposta de remanejamento, era o fato de que existiam saldos decorrentes do bloco de gestão
 142 em saúde, especificamente no componente de educação em saúde e também saldo que estavam sendo
 143 identificados por uma comissão feita entre SESPA e COSEMS, para que se pudesse aprovar no mérito a
 144 proposta de remanejamento. Disse que a proposta era aprovar no mérito, por que acabaram surgindo
 145 questões apresentadas durante o dia. Então seria necessário pactuar sobre saldo de recursos financeiros,
 146 que estavam alocado no teto do Estado, de acordo com o que havia sido estabelecido para MAC (Média e
 147 Alta Complexidade), para atender algumas prioridades estabelecidas. Lembrou ainda que havia mais os
 148 pleitos dos municípios. **Charles Tocantins** comentou que a portaria em pauta havia permitido que a
 149 gestão que tivesse saldo financeiro de bloco, pudesse apresentar proposta de remanejar esses saldos
 150 para ações de MAC. Explicou que existia na Secretaria de Estado, uma conta do bloco de gestão, que
 151 seria objeto de pactuação do uso do recurso. Nesse sentido, o Estado estava pedindo a aprovação do
 152 mérito para que a comissão técnica da SESPA e do COSEMS, trabalhassem no remanejamento dos
 153 citados recursos para utilização no bloco de MAC, priorizando as salas de estabilização do Marajó e
 154 Castelo dos Sonhos, Rede Cegonha e Rede de Urgência, serviços que estão funcionando ou preparados
 155 para funcionar e estão sem financiamento. Como existiam algumas situações a resolver, a SESPA estava
 156 propondo aprovação no mérito, para que o COSEMS reunisse com o Estado e pactue sobre o tema.
 157 Seguindo essa proposta do Estado, disse que existiam outros municípios que tinham saldo em blocos de
 158 financiamento e pretendiam utilizar esses saldos em outros serviços, como Marabá, Paragominas,
 159 Ananindeua e Belém. Concluindo disse que a proposta era aprovar o remanejamento/reprogramação de
 160 de saldo de recursos financeiros alocados no teto do Estado e dos municípios, de acordo com as
 161 normativa federal permitida. **Maridalva Pantoja** lembrou que a Portaria solicitava a aprovação dos
 162 planos de aplicação pela CIR's (Comissão Intergestores Regionais). E falando dos saldos existentes,
 163 disse que existia uma execução dos recursos, e que na hora de fazer a reprogramação e

164 remanejamento, o Estado estava considerando as atividades de educação permanente que estavam em
 165 execução e as atividades programadas ainda para serem executadas. A seguir, o Presidente colocou o
 166 assunto em apreciação, sendo a **PACTUAÇÃO DO PLANO DE APLICAÇÃO PARA REMANEJAMENTO,**
 167 **NO ÂMBITO DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO - PORTARIA GM/MS Nº 1.073/2015, aprovada**
 168 **por consenso. ITEM III: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DO COFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO**
 169 **BÁSICA. Expositor: DPAIS/SESPA. Socorro Bandeira** informou que o Decreto Estadual nº 1.095 (um
 170 mil e noventa e cinco) de 2014 (dois mil e quatorze) institui o co-financiamento Estadual da Atenção
 171 Básica aos municípios do Estado do Pará. Definia ainda, que o citado co-financiamento tinha como
 172 finalidade apoiar os municípios a qualificar a Atenção Básica em Saúde com o objetivo de estruturar de
 173 maneira gradativa as ações e serviços básicos de saúde, garantir o funcionamento e assegurar acesso
 174 resolutivo e em tempo oportuno na rede pública de saúde nos municípios. Ela disse que para
 175 manutenção de repasse do co-financiamento seriam considerados os seguintes parâmetros de avaliação
 176 do cumprimento das metas contratualizadas: Acima de 85% (oitenta e cinco por cento): repasse de
 177 100% (cem por cento); 70% (setenta por cento) a 84% (oitenta e quatro por cento): repasse de 75%
 178 (setenta e cinco por cento); 51% (cinquenta e cinco por cento) a 69% (sessenta e nove por cento):
 179 repasse de 50% (cinquenta por cento) e abaixo de 50% (cinquenta por cento): Sem repasse. Sobre a
 180 portaria nº 676 (seiscentos e setenta e seis) de 2014 (dois mil e quatorze), a expositora informou que a
 181 referida portaria estabelecia a normativa complementar ao 1.095 (um mil e noventa e cinco), Sendo que
 182 o repasse dos recursos estava vinculado ao cumprimento das metas a serem alcançadas pelos
 183 municípios. Visando a manutenção deste repasse estavam relacionados: Qualificação da ESF ou outra
 184 forma de organização da Atenção Básica; Expansão ESB (Equipe de Saúde Bucal); Qualificação do Pré-
 185 Natal; Aumento da Cobertura Vacinal; Aumento das Ações de prevenção ao câncer do colo de
 186 útero; Intensificação das ações de controle da Tuberculose e Hanseníase e melhor monitoramento e
 187 controle dos casos da Hipertensão Arterial e Diabetes. Finalizando sua fala, a expositora informou sobre
 188 os parâmetros e metas e abriu para discussão. **Leotte Piqueira** (SMS de Ponta de Pedras) perguntou se
 189 o Estado sabia o quanto havia economizado após passar a pagar pelos indicadores. Segundo ele, os
 190 recursos economizados, tendo por base essa avaliação, poderiam ser utilizados para pagar o "pabinho"
 191 dos municípios. **Dr. Vitor Mateus** respondendo ao questionamento disse que a previsão do Estado para
 192 pagamento do "pabinho" era do valor de 2,3 milhões/mês, assegurados pela dotação orçamentária e que
 193 o citado valor havia sido consensuado para que houvesse estímulo aos municípios que cumprissem a
 194 meta. Quanto à economia feita pelo Estado, **Dr. Vitor** esclareceu que, tecnicamente, não existia uma
 195 economia para o Estado. **Leotte Piqueira** comentou que os gestores vinham discutindo há alguns meses
 196 como seria recuperado o PAB estadual atrasado e que até o momento não tinha solução, mesmo o
 197 Estado, tendo um saldo não utilizado em seu teto. Ele disse ainda, que a política de apoio a atenção
 198 primária não poderia ser esquecida e os municípios precisavam do referido apoio. **Leotte Piqueira**
 199 sugeriu que o PAB fosse dividido em PAB fixo e PAB variável através dos indicadores. **Leo Figueiredo**
 200 (SMS de Primavera) comentou que seria necessário rever os indicadores de atenção básica, por que era
 201 preciso considerar as diferenças culturais de alguns municípios, o que acabava prejudicando o
 202 recebimento do PABINHO. **Dr. Vitor Mateus** definiu que um grupo formado por COSEMS e SESPA
 203 revisaria os indicadores e posteriormente apresentaria propostas de alterações no decreto em 30 (trinta)
 204 dias. A seguir, o Presidente colocou em apreciação o **ITEM IV: APRESENTAÇÃO SOBRE AS**
 205 **PORTARIAS DE ACE (AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS) E ACS (AGENTE COMUNITÁRIO DE**

206 **SAÚDE) Expositor: COSEMS/PA. Ed Wilson Silva** (COSEMS), com a palavra, informou que a Lei
 207 12.994(doze mil, novecentos e noventa e quatro) de 2014 (dois mil e quatorze) havia criado o piso
 208 nacional e que este correspondia ao vencimento inicial dos ACS e ACE (Art. 9º-A). Desse modo, o valor
 209 fixado não contemplava eventuais adicionais ou outras espécies remuneratórias, mas sim relativo,
 210 apenas, ao vencimento base. Continuando, ele explicou que o valor do piso fixado era referente à carga
 211 horária de 40 (quarenta) horas (Art. 9º-A) e que a jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas exigidas
 212 para garantia do piso salarial deveria ser integralmente dedicada às ações e serviços de promoção da
 213 saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas,
 214 dentro dos respectivos territórios de atuação (Art. 9º-A, § 2º). Prosseguindo, ele informou também que o
 215 artigo 8º (oitavo) estabelecia que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às
 216 Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na
 217 forma do disposto no paragrafo 4º (quarto) do artigo 198 (cento e noventa e oito) da Constituição,
 218 submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no
 219 caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa. Havia,
 220 segundo ele, a obrigatoriedade de paridade entre as remunerações do ACS e do ACE (Art. 9º-G).
 221 Permanecia vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de
 222 Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma da lei
 223 aplicável. Essa proibição já vigorava desde 06 (seis) de outubro de 2006 (dois mil e seis), data da
 224 publicação da Lei nº 11.350(onze mil, trezentos e cinquenta) de 2006 (dois mil e dezesseis) (Art. 16). O
 225 Artigo 9º-C, dispunha sobre a competência da União para prestar assistência financeira complementar no
 226 valor de 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial fixado; o paragrafo 1º (primeiro) do mesmo
 227 artigo autorizava o poder executivo federal, por decreto, a fixar os parâmetros referentes à quantidade
 228 máxima de agentes passível de contratação, com o auxílio da assistência financeira complementar da
 229 União, ou seja, ainda que o gestor local decidisse por um quantitativo de agentes, caberia à União dizer
 230 com quantos profissionais ela poderia cooperar prestando assistência financeira complementar. Note-se
 231 que a própria lei mencionava no Artigo 9º (nono), paragrafo 5º (quinto) que até a edição do decreto
 232 seriam aplicadas as normas vigentes para os repasses de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde.
 233 Desse modo, a inexistencia do decreto não obstava o pagamento do piso salarial no valor fixado pela lei.
 234 O expositor disse que a lei também estabelecia a necessidade de comprovação do vínculo direto dos ACS
 235 e ACE, regularmente formalizado, conforme o regime jurídico adotado, para fins de prestação de
 236 assistência financeira complementar pela União, o que significava um condicionamento para recebimento
 237 dos recursos da assistência complementar e que o vínculo direto exigido significava que esses
 238 profissionais deveriam ser vinculados ao ente público sem intermediários. Os vínculos poderiam ser
 239 estatutários ou celetistas, com a administração direta ou indireta (autarquias, fundações públicas,
 240 inclusive as de direito privado). O que não seria considerado,segundo ele, para fins de repasse da
 241 assistência financeira complementar seriam os contratos realizados com entidades privadas (OS, OSCIPs,
 242 por exemplo), ainda que, para o exercício de atividades no serviço público. Segundo **Ed Wilson**, além
 243 da assistência financeira complementar, a Lei 12.994 (doze mil, novecentos e noventa e quatro) havia
 244 criado um incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de agentes comunitários
 245 de saúde e de combate às endemias.Ao Poder Executivo Federal caberia fixar, em decreto, os parâmetros
 246 para concessão do incentivo e o seu valor mensal por ente federativo, considerando sempre que possível,
 247 as peculiaridades do Município. O expositor falou ainda que o Decreto 8.474 (oito mil, quatrocentos e

248 setenta e quatro), de 22 (vinte e dois) de junho de 2015 (dois mil e quinze) regulamentava o disposto no
249 paragrafo 1º (primeiro) do artigo 9º (nono) - C e o paragrafo 1º (primeiro) do artigo 9º (nono) - D da Lei
250 nº 11.350 (onze mil.trezentos e cinquenta), de 5 (cinco) de outubro de 2006 (dois mil e seis), para
251 dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Em
252 seu artigo 3º (terceiro) fixava a quantidade máxima de ACS e ACE passível de contratação pelos Estados,
253 pelo Distrito Federal e pelos Municípios, e definia que para fins de recebimento da assistência financeira
254 complementar, seriam considerados o quantitativo dos Agentes, nas segunitnes situações: I -
255 efetivamente registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES no
256 mês anterior à realização do repasse dos recursos financeiros; II - que se encontrassem no estrito
257 desempenho de suas atribuições; e III - submetidos à jornada semanal de quarenta horas de trabalho.
258 No parágrafo único, definia que os recursos financeiros referentes à assistência financeira complementar
259 pela União seriam repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, apenas, até o limite do
260 quantitativo máximo de ACE e ACS, definido na forma do Artigo 4º (quarto); para a prestação da
261 assistência financeira complementar de que tratava o artigo 2º (segundo), os gestores estaduais, distrital
262 e municipais do SUS declarariam no CNES os respectivos ACE e ACS com vínculo direto regularmente
263 formalizado, conforme o regime jurídico que viesse a ser adotado, na forma do artigo 8º (oitavo) da Lei
264 nº 11.350 (onze mil, trezentos e cinquenta), de 2006, que em seu parágrafo único: "os gestores
265 estaduais, distrital e municipais do SUS são responsáveis pelo cadastro e pela atualização das
266 informações referentes aos ACE e ACS no SCNES". O expositor falou da Portaria 1.024 (mil e vinte e
267 quatro) de 2015 (dois mil e quinze), que definia a forma de repasse dos recursos da Assistência
268 Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos
269 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à
270 atuação dos ACS, de que tratavam os artigo 9º (nono)-C e 9º(nono)-D da Lei nº11.350 (onze mil,
271 trezentos e cinquenta), de 5 (cinco) de outubro de 2006 (dois mil e seis). No Artigo 2º (segundo) a
272 Assistência Financeira Complementar de que trata o "caput" correspondia a 95% (noventa e cinco por
273 cento) do piso salarial nacional vigente do ACS de que tratava o art. 9º (nono)-C da Lei nº11.350 (onze
274 mil, trezentos e cinquenta), de 2006, em seu paragrafo 1º (primeiro) definia: "o repasse dos recursos
275 financeiros será efetuado periodicamente em cada exercício, que corresponderá a 12 (doze) parcelas
276 mensais, incluindo-se mais 1 (uma) parcela adicional no último trimestre de cada ano. Paragrafo 2º
277 (segundo): Para fins do disposto no Paragrafo 1º (primeiro), a parcela adicional será calculada com base
278 no número de ACS registrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no
279 mês de agosto do ano vigente multiplicado pelo valor da Assistência Financeira Complementar".No artigo
280 6º (sexto) estava definido que o incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de
281 ACS, instituído nos termos do artigo 9º (nono)-D da Lei nº11.350 (onze mil, trezentos e cinquenta), de
282 2006, seria concedido aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios de acordo com o quantitativo
283 máximo de ACS passível de contratação nos termos da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica). No
284 paragrafo 1º (primeiro) definia: " o valor mensal do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas
285 afetas à atuação de ACS de que trata o "caput" será de 5% (cinco por cento) sobre o valor do piso
286 salarial de que trata o art. 9º (nono)-A da Lei nº11.350 (onze mil, trezentos e cinquenta), de 2006, por
287 ACS que esteja com seu vínculo regularmente formalizado perante o respectivo ente federativo,
288 observado o quantitativo máximo de ACS passível de contratação, nos termos da PNAB(Política Nacional
289 de Atenção Básica).No paragrafo 2º(segundo) estava definido: "O repasse dos recursos financeiros de

290 que trata o "caput" será efetuado periodicamente em cada exercício, que corresponderá a 12 (doze)
291 parcelas mensais". **Ed Wilson** falou ainda sobre a Portaria 1.025 (mil e vinte e cinco) de 2015 (dois mil
292 e quinze) que tratava dos ACE's (Agentes de Combate às Endemias), que no artigo 1º (primeiro) definia
293 o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com o auxílio
294 da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União, de acordo com os parâmetros e diretrizes
295 estabelecidos no art. 2º (segundo) do Decreto nº 8.474 (oito mil, quatrocentos e setenta e quatro), de
296 22 (vinte e dois) de junho de 2015 (dois mil e quinze). Assim como em seu artigo 5º (quinto) estabelecia
297 que para recebimento da Assistência Financeira Complementar (AFC), os gestores locais do SUS
298 deveriam: " I - comprovar, por meio do cadastro no SCNES, o vínculo direto dos ACE com o respectivo
299 ente federativo e a realização da jornada de trabalho semanal de 40 (quarenta) horas". Continuando ele
300 falou sobre a Portaria 1.243 (mil duzentos e quarenta e três) de 2015 (dois mil e quinze) que definia a
301 forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o
302 cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e do
303 Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE, de que tratavam o artigo
304 9º (nono)-C e 9º(nono)-D da Lei nº11.350 (onze mil, trezentos e cinquenta), de 5 (cinco) de outubro de
305 2006 (dois mil e seis). Sobre a Lei 12.994(doze mil, novecentos e noventa e quatro) de 2014 (dois mil e
306 quatorze), ele disse que a mesma estabelecia diretrizes que deveriam ser obedecidas na elaboração dos
307 Planos de Carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. No
308 entanto, o dispositivo da lei que fixava o prazo de 12 (doze) meses para elaboração desses planos de
309 carreira havia sido vetado sob o argumento de violação ao princípio da separação dos poderes previsto
310 no artigo 2º (segundo) da Constituição Federal. **Ed Wilson** finalizou sua apresentação afirmando que
311 seria necessário fazer uma reflexão sobre o assunto. **Dr. Vitor Mateus** disse que a preocupação seria
312 do ponto de vista de atender às leis e afirmou que vai haver um trabalho com os municípios, no sentido
313 de orientá-los. **Ed Wilson** falou que a Assessoria Técnica do COSEMS estava a disposição para
314 contribuir junto com os municípios. Após breve discussão, o Presidente colocou em apreciação o **ITEM**
315 **V:SITUAÇÃO ATUAL DO SISCAN (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER) NO ESTADO DO**
316 **PARÁ.Expositor:** LACEN/SESPA. **Cristiane Oliveira** começou sua fala explicando que o SISCAN era um
317 sistema que tinha como finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas com a detecção
318 precoce, a confirmação do diagnóstico e ao início do tratamento do câncer. Seguindo com a
319 apresentação, a expositora afirmou que a implantação do sistema era obrigatório pelos estabelecimentos
320 de saúde públicos e privados. Sendo que as maiores dificuldades enfrentadas no cadastro, segundo
321 Cristiane, eram: "problemas no cadastro e preenchimento dos dados no CADWEB (CNS, Nome da Mãe,
322 CPF, Tipo de logradouro, nº da residência, CEP, entre outros); paciente com sexo masculino na Receita
323 Federal; profissional responsável pela coleta do PCCU não está cadastrado no CNES; Posto de Saúde ou
324 Unidade de Saúde não cadastrado no CNES". E na busca de solucionar o problema, o LACEN (Laboratório
325 Central) havia encaminhado Memorando Circular Nº 576 (quinhentos e setenta e seis) de 2015 (dois mil
326 e quinze), suspendendo a entrada de material referente ao PCCU; Orientando que os municípios
327 deveriam organizar sua situação quanto as inconsistências, providenciando a padronização (atualizada)
328 das requisições obrigatórias, corrigindo junto a Coordenação Estadual de Atenção Oncológica suas
329 vinculações equivocadas, atualizando seus profissionais de coleta no CNES junto às suas Unidades de
330 Saúde; bem como intensificando o treinamento dos profissionais na coleta do PCCU, na qualidade das
331 amostras encaminhadas aos Laboratórios do Tipo I da Qualicito e no SISCAN; para isso deveriam contar

332 como o apoio dos Centros Regionais de Saúde, dos municípios e da Coordenação Estadual de Atenção à
 333 Oncologia (CEAO). **Michelle Monteiro** (Coordenação Estadual de Oncologia) expos que o Brasil inteiro
 334 estava passando por um momento de transição entre o SISCOLO/SISMAMA (Sistema de Informação do
 335 Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer e Mama) e o SISCAN. E considerou que a
 336 citada transição seria importante porque traria melhorias. Ela falou sobre as informações sobre o
 337 SISCAN, comentando que ele era apresentado em uma versão em plataforma **web** que integrava os
 338 sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO e do
 339 Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama - SISMAMA. Ela também falou sobre as Leis 12.732
 340 (doze mil, setecentos e trinta e dois), de 22 (vinte e dois) de Novembro de 2012 (dois mil e doze), que
 341 dispunha sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelecia
 342 prazo para seu início. Falou ainda da Portaria Nº 3.388 (três mil trezentos e oitenta e oito), de 30 (trinta)
 343 de Dezembro de 2013 (dois mil e treze). Em seguida, a expositora falou sobre o CADWEB, CNES e sobre
 344 o motivo da mudança para o SISCAN e finalizou sua fala expondo as funcionalidades das unidades de saúde
 345 e dos prestadores de serviços. **Charles Tocantins** propôs uma ação conjunta entre COSEMS e SESPA
 346 para que, juntos com o LACEN, pudessem solucionar os problemas surgidos na transição. Após breves
 347 comentários o Presidente seguiu com a reunião colocando em apreciação o **ITEM: SITUAÇÃO ATUAL**
 348 **DA MALARIA E DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO PARÁ. Expositor: DVS/SESPA. Bernardo**
 349 **Cardoso**, inicialmente expôs as informações sobre a situação da malária nas diversas regiões de saúde
 350 nos municípios do Estado, assim como expôs sobre o número de óbitos e os níveis de risco de
 351 transmissão, por município e população. Em seguida, apresentou a Situação da Doença de Chagas,
 352 exibindo os números das informações sobre doença de chagas. Segundo, ele o Estado tinha como meta
 353 garantir tratamento e seguimento em 100% (cem por cento) dos casos de doença de Chagas aguda
 354 notificados. Orientou que referencia ambulatorial funcionava semanalmente (duas a três vezes por
 355 semana) com atendimento multidisciplinar adequado aos pacientes, necessitando apenas, que o município
 356 encaminhassem os casos confirmados, com cópias da ficha de notificação, guia de referência e contra
 357 referência. Sendo que o agendamento era feito na Coordenação Estadual de Controle da Doença de
 358 Chagas. Falou sobre o protocolo de assistência, ressaltando a importância do acompanhamento pelos 5
 359 (cinco) anos até cura sorológica, evitando os óbitos verificados. O expositor finalizou sua fala falando
 360 das ações a serem realizadas no segundo semestre, que seriam: " reunião sobre fluxo de atendimento da
 361 doença de chagas no Estado do Pará, com participação de todas as regionais e de municípios prioritários;
 362 evento sobre estratégias de educação em saúde para doença de Chagas no Pará; ações de prevenção
 363 para a comunidade nos municípios de Cametá, Oeiras do Pará, Igarapé Miri, Augusto Correia, São
 364 Domingos do Capim e Barcarena". **Dr. Vitor Mateus**, solicitando a palavra, informou que por conta da
 365 disponibilidade dos funcionários da FAEPA, seria necessário terminar a reunião em 30 (trinta) minutos e
 366 sugeriu que os 03 (três) itens restantes da pauta fossem suspensos e que se passasse a pauta para O
 367 Que Ocorrer, pois haviam assuntos que demandavam aprovação da CIB. **A proposta foi aceita.** Em
 368 seguida, o Presidente concedeu a palavra a **Charles Tocantins** que solicitou a aprovação do **Plano de**
 369 **Ação em Saúde do Trabalhador - 2015/2016 do CEREST (Centro de Referência Especializado**
 370 **em Saúde do Trabalhador) do Lago de Tucuruí.** Disse que o mesmo estava com parecer favorável da
 371 área técnica e havia sido aprovado pela CIR do Lago Tucuruí. **Em apreciação, o Plano de Ação em**
 372 **Saúde do Trabalhador - 2015/2016 do CEREST (Centro de Referência Especializado em Saúde**
 373 **do Trabalhador) do Lago de Tucuruí foi aprovado por consenso. Debora Jares** pediu a aprovação

374 da **Habilitação do Serviço de Nefrologia, de Alta e Media Complexidade, do Hospital da Santa**
 375 **Casa de Misericórdia**, que havia já estava com parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Belém Em
 376 apreciação, a **habilitação do Serviço de Nefrologia, de Alta e Media Complexidade, do Hospital da**
 377 **Santa Casa de Misericórdia foi aprovada por consenso. Charles Tocantins**, com a palavra,
 378 **solicitou a apreciação do pacto feito entre Estado e Municípios sobre as contrapartidas do**
 379 **Estado para o Municípios**. Segundo ele, a discussão da proposta estava acontecendo há mais de 60
 380 (sessenta) dias, sendo feita vários encontros, dentre ele haviam sido realizadas reuniões com vários
 381 prefeitos. Relatou que de todas as propostas debatidas o COSEMS apoiava a seguinte proposta, mas
 382 precisava do aprovo da CIB, conforme segue: " O Estado estava dividindo as parcelas relacionadas às
 383 contrapartidas devidas ao município, em dois grupos: parcelas vencidas, que seriam os compromissos de
 384 contrapartidas pactuados anteriores e contrapartidas a partir da competência agosto de 2015. Em
 385 relação às **contrapartidas do Estado vencidas**, a proposta era a seguinte: o Estado pagaria 05 (cinco)
 386 parcelas, ou seja, 50% (cinqüenta por cento) da dívida, em 05 (cinco) parcelas, até dezembro. E os
 387 outros 50% (cinqüenta por cento), seriam discutidos em janeiro de 2016 (dois mil e dezesseis), para
 388 pactuar a forma de pagamento. Então a partir dessa competência os municípios teriam os pagamentos
 389 de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, UPA, SAMU e o Pabinho. Em relação a esse ponto da
 390 proposta houve consenso com os prefeitos presentes (Santarém, Faro, Ponta de Pedas e Bannach). Em
 391 relação a segunda parte da proposta ficaria da seguinte forma o acordo:" seriam pagos Vigilância em
 392 Saúde, Assistência Farmacêutica e SAMU, nos patamares pactuados, ficando dois pontos de
 393 contrapartida para discussão: o pagamento do Pabinho e da UPA". Em relação à UPA disse que no Pará
 394 estavam funcionando 9 (nove) UPAS em 08 (oito) municípios, sendo que a contrapartida variava de
 395 acordo com a tipologia da UPA. Assim a proposta do Estado seria: " diminuir de 25% (vinte e cinco por
 396 cento), o valor da contrapartida do Estado, para 15 % (quinze por cento) do valor total repassado pelo
 397 Ministério da Saúde". Relatou que o Estado havia informado, que em 2015, ainda deveriam entrar em
 398 funcionamento diversas UPA's, que demandariam a contrapartida estadual. Quanto às outras
 399 contrapartidas, a proposta seria que a partir da competência agosto só seriam pagos o Pabinho (a partir
 400 de agosto) dos municípios com população abaixo de 30 (trinta) mil habitantes. Disse que a vantagem da
 401 proposta era o fato de que os municípios teriam 5 (cinco) parcelas atrasadas já no desembolso do mês
 402 corrente. Falou que os municípios menores teriam a cobertura do Pabinho os municípios maiores,
 403 reconhecendo as dificuldades atuais fariam a renúncia da pactuação anterior a respeito dos valores de
 404 UPA, sendo apenas 08 (oito) municípios. Disse que todo o processo estava aberto para aprofundar as
 405 discussões que forem necessárias e o Estado não se furtaria ao debate, mas gostaria de pactuar nessa
 406 CIB a proposta apresentada. Prosseguindo falou que na proposta em questão ficaria para encontro de
 407 contas qualquer dívida do município para com o Estado. Considerou que a proposta foi o acordo possível.
 408 Disse que ele recomendava a aprovação do mérito da proposta, pois conforme acertado com o prefeito
 409 de Ananindeua e Santarém, Estado e municípios fariam um segundo debate, para fechar alguns detalhes.
 410 **Charles Tocantins** pediu a aprovação da proposta. Dr. Vitor Mateus, complementando, disse que os
 411 municípios, com população abaixo de 30 (trinta) mil habitantes ficariam com um pabinho de R\$
 412 10.000,00 (dez mil reais). Prosseguindo falou sobre o valor dos recursos que seriam desembolsados em
 413 2015 e 2016. **Sergio Amorim** (SMS Belém), com a palavra mencionou que em nenhum momento o
 414 município de Belém havia sido convidado para participar a discussão sobre o acordo em questão.
 415 Argumentou que Belém tem uma UPA funcionando e estava construindo mais 4 (quatro), com previsão

416 de em breve serem entregues. Nesse sentido, em relação a redução da contrapartida da UPA, o
417 município de Belém não concordava. **Charles Tocantins** sugeriu que fosse feito o indicativo e
418 juntamente com o prefeito Zenaldo e outros prefeitos, fosse feita uma conversa para que se pudesse
419 avançar no pacto. **Dr. Vitor Mateus** pediu um consenso, pois era necessária uma solução para o
420 impasse, para que os outros municípios não fossem prejudicados. Lembrou que o Estado estava fazendo
421 um esforço muito grande para que fosse feito o acordado. **Charles Tocantins** disse que dialogaria com o
422 Secretário de Belém e com o prefeito Zenaldo Coutinho para chegar a um acordo e a assim possibilitar a
423 aprovação da aprovada. **Sergio Amorim disse que os outros pontos poderiam ser aprovados,**
424 **pois Belém consensuava com parte da proposta, porém em relação à questão da UPA, a gestão**
425 **de Belém, não concordava, por que entendia que o município precisava ter participado da**
426 **discussão. Dr. Vitor Mateus informou que tomaria as ações necessárias e possíveis para que o**
427 **assunto fosse resolvido até a próxima reunião da CIB.** Em seguida, em seguida, o Presidente
428 submeteu a apreciação a **Solicitação de Realocação de Recursos para o Serviço de Oftalmologia**
429 **no município de Redenção, para fazer consorcio com os municípios do Araguaia.** Colocado em
430 apreciação, a **Solicitação de Realocação de Recursos para o Serviço de Oftalmologia no**
431 **município de Redenção, para fazer consorcio com os municípios do Araguaia foi aprovada por**
432 **consenso. Em seguida, o Presidente verificando, que não havia mais nada a tratar, encerrou a**
433 **reunião agradecendo a presença de todos.**



C I B-SUS/PA	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA - SESPA COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ - COSEMS /PA	CIB-SUS/PA
--------------	---	------------

Resolução Nº 127, de 02 de Outubro de 2015.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará – CIB-SUS-PA, no uso de suas atribuições legais e,

- **Considerando** a Portaria nº 1.097 de 22/05/2006 que define que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- **Considerando** a Resolução CIT nº 4, de julho de 2012 que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

- **Considerando** a Resolução CIB nº 19 de 26 de fevereiro de 2013, que alocou recursos nas competências de marco e abril de 2013 e a necessidade de retirar os valores passados a maior nas competências de maio, junho, julho e agosto de 2013 ao município de Muaná;

- **Considerando** a aprovação de Comissão Permanente da PPI do processo de solicitação de revisão da PPI do município de Concordia, com os municípios de Ananindeua, Belém, Castanhal, Marituba e Santa Izabel do Pará;

- **Considerando** a decisão judicial que determina que a Secretaria de Estado de Saúde Pública restabeleça o vínculo com o Hospital Frei Samarate;

- **Considerando** a deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará – CIB-SUS-PA, em reunião ordinária de 09/09/2015.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar a recomposição do Teto Financeiro Assistencial de Média e Alta Complexidade do Estado do Pará, no valor global de **R\$ 1.036.011.785,09** (hum bilhão, trinta e seis milhões, onze mil mil, setecentos e oitenta e cinco reais e nove centavos).

Art. 2º - O montante destinado para repasse direto aos Fundos Municipais de Saúde é de **R\$ 717.102.872,96** (setecentos e dezessete milhões, cento e dois mil, oitocentos e setenta e dois reais e noventa e seis centavos).

Art. 3º - O montante destinado para transferência ao Fundo Estadual de Saúde é de **R\$ 287.619.866,03** (duzentos e oitenta e sete milhões, seiscentos e dezenove mil, oitocentos e sessenta e seis reais e três centavos).

Art. 4º - Retirar do teto financeiro do município de Muaná, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 600.000,00** (seiscentos mil reais) anuais;

Art. 5º - Retirar do teto financeiro sob Gestão Estadual, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 120.000,00** (cento e vinte mil reais) anuais;

Art. 6º - Retirar do teto financeiro dos municípios, conforme quadro abaixo, recursos financeiros de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 591.900,36** (quinhentos e noventa e um mil, novecentos reais e trinta e seis centavos) anuais;

Município	REMANEJAMENTO
AGUA AZUL DO NORTE	R\$ 38.642,89
BANNACH	R\$ 3.542,45
CONCEICAO DO ARAGUAIA	R\$ 72.317,37
CUMARU DO NORTE	R\$ 3.092,29
FLORESTA DO ARAGUAIA	R\$ 23.369,37
OURILANDIA DO NORTE	R\$ 42.558,23
PAU DARCO	R\$ 8.923,49
RIO MARIA	R\$ 27.210,91
SANTA MARIA DAS BARREIRAS	R\$ 26.548,81
SANTANA DO ARAGUAIA	R\$ 83.335,92
SAO FELIX DO XINGU	R\$ 140.630,43
SAPUCAIA	R\$ 4.636,37
TUCUMA	R\$ 51.179,40
XINGUARA	R\$ 65.912,43
REDEÇÃO	R\$ 591.900,36

Art. 7º - Alocar no teto financeiro do município de Redenção, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 1.311.900,36** (Hum milhão, trezentos e onze mil, novecentos reais e trinta e seis centavos) anuais;

Art. 8º - Retirar do teto financeiro do município de Ananindeua, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 105.898,30** (cento e cinco mil, oitocentos e noventa e oito reais e trinta centavos) anuais;

Art. 9º - Retirar do teto financeiro do município de Belém, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 49.953,46** (quarenta e nove mil, novecentos e cinquenta e três reais e quarenta e seis centavos) anuais;

Art. 10º - Retirar do teto financeiro do município de Castanhal, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 22.723,52** (vinte e dois mil, setecentos e vinte e três reais e cinquenta e dois centavos) anuais;

Art. 11º - Retirar do teto financeiro do município de Marituba, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 51.633,26** (cinquenta e um mil, seiscentos e trinta e três reais e vinte e seis centavos) anuais;

Art. 12º - Retirar do teto financeiro do município de Santa Izabel do Pará, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 31.061,67** (trinta e um mil, sessenta e um reais, e sessenta e sete centavos) anuais;

Art. 13º - Alocar do teto financeiro do município de Concordia do Pará, recursos financeiros, de Média e Alta Complexidade (MAC), no valor de **R\$ 261.270,21** (duzentos e sessenta e um mil, duzentos e setenta reais e vinte e um centavos) anuais;

Art. 14º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Belém, 02 de outubro de 2015.

Vitor Manuel Jesus Mateus
Vitor Manuel Jesus Mateus.
Secretário de Estado de Saúde Pública.
Presidente da CIB/Pará.

Charles César Tocantins de Souza
Charles César Tocantins de Souza.
Presidente do COSEMS/PA.