

**PROJETO MULTISSETORIAL  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO PARANÁ**

**Manual Operativo  
do Projeto - MOP**

**Volume 5  
DOCUMENTO DOS  
PROGRAMAS DO  
SETOR DE SAÚDE**



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PROJETO MULTISSETORIAL  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO PARANÁ**

---

**Manual Operativo  
do Projeto - MOP**

**Volume 5  
DOCUMENTO DOS  
PROGRAMAS DO  
SETOR DE SAÚDE**



JUNHO 2017

**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

CARLOS ALBERTO RICHA - *Governador*

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL

JURACI BARBOSA SOBRINHO - *Secretário*

ROSANGELA HEINZ GAVINHO FERRAZ - *Diretora Geral*

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

MICHELE CAPUTO NETO - *Secretário*

SEZIFREDO PAZ - *Diretor Geral*

COORDENAÇÃO DO PROJETO

Nestor Bragagnolo - *Coordenador Geral do Projeto*

Juliano Schmidt Gevaerd - *Superintendente de Atenção à Saúde - Representante Titular da SESA no Comitê Gestor do Projeto*

Debora Mara Bilovus Souza - *Assessora da Rede Mãe Paranaense da Superintendência de Atenção à Saúde*

Maria Leonor Fanini Paulini - *Chefe do Núcleo de Gestão Estratégica - Representante Suplente da SESA no Comitê Gestor do Projeto*

Vinicius Augusto Filipak - *Diretor de Políticas de Urgência - Responsável Técnico da Rede Paraná de Urgência e Emergência*

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO VOLUME 5 DO MANUAL OPERATIVO DO PROJETO SEPL

Sônia Maria dos Santos

Sandra Cristina Lins dos Santos

Secretaria de Estado da Saúde (SESA)

Juliano Schmidt Gevaerd

Debora Mara Bilovus Souza

Vinicius Augusto Filipak

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)

Katia Terezinha Patricio da Silva e Valeria Villa Verde Reveles Pereira - *Núcleo de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas*

Maria Laura Zocolotti - *Supervisão Editorial*

Estelita Sandra de Matias - *Revisão de Texto*

Ana Rita Barzick Nogueira - *Editoração de Texto*

Stella Maris Gazzieiro - *Tratamento de Imagens*

## APRESENTAÇÃO

O Manual Operativo do Projeto (MOP) tem por objetivo orientar a Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral (SEPL) na gestão do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná, bem como as Secretarias Estaduais e Autarquias Públicas envolvidas na implementação dos programas e ações que o integram, tendo em vista os compromissos assumidos no âmbito do Acordo de Empréstimo n.º 8.201-BR firmado entre o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial) e o Estado do Paraná.

Este Manual poderá também ser utilizado como fonte de informação e consulta, e, ainda, como divulgação do Projeto junto à sociedade. Para tanto, estará disponível no portal [www.sepl.pr.gov.br](http://www.sepl.pr.gov.br).

### **Estrutura do Projeto**

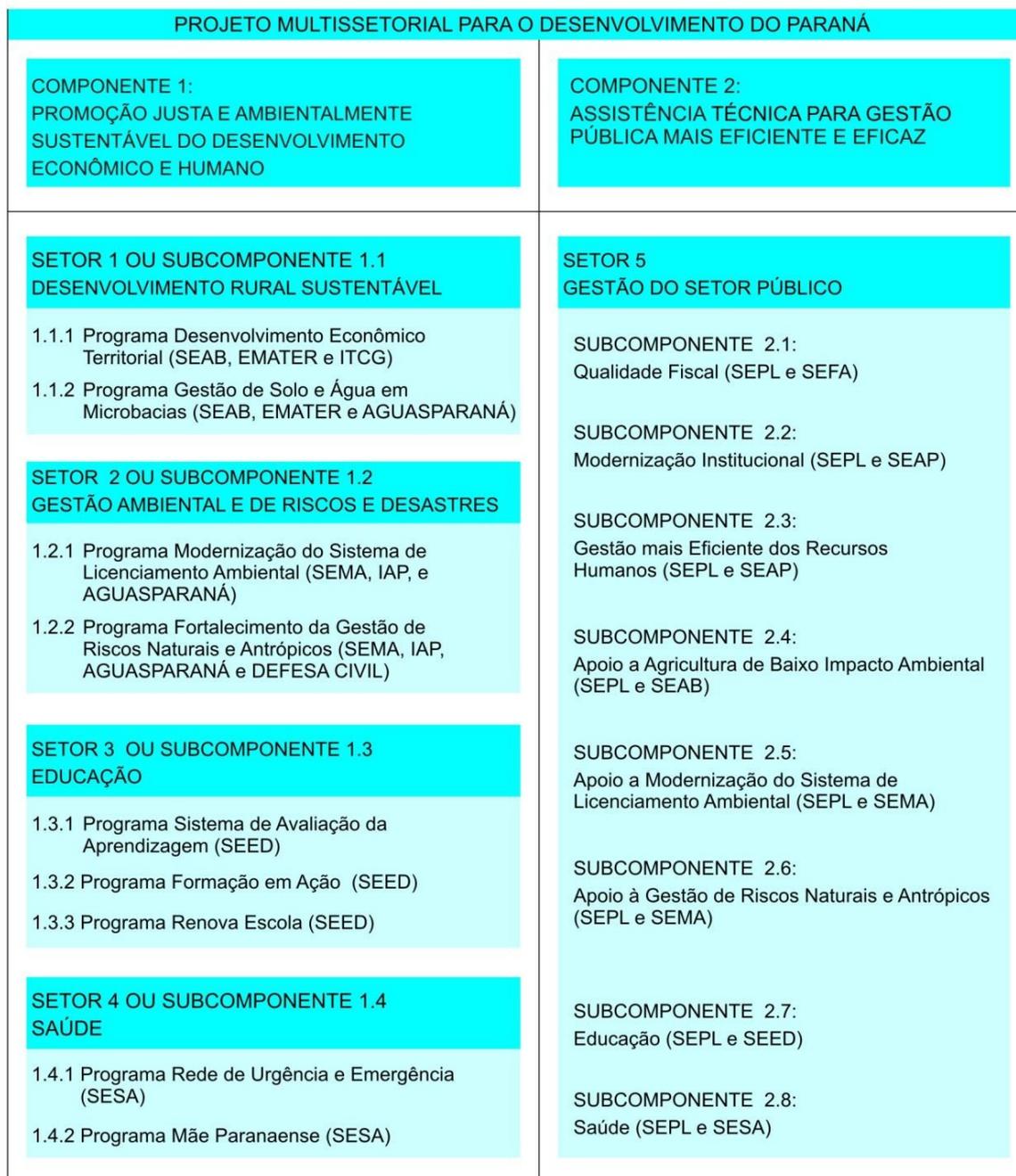
O Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná adotará uma abordagem setorial ampla SWAp (*Sector Wide Approach*), sendo suas ações organizadas em dois componentes: Componente 1, denominado Promoção Justa e Ambientalmente Sustentável do Desenvolvimento Econômico e Humano, e Componente 2, intitulado Assistência Técnica para Gestão Pública Mais Eficiente e Eficaz.

O Componente 1 contempla nove programas com ações finalísticas das Secretarias Estaduais da Agricultura, Meio Ambiente, Saúde e Educação. Estes Programas estão organizados em quatro setores ou subcomponentes: Desenvolvimento Rural Sustentável, Gestão Ambiental e de Riscos e Desastres, Educação e Saúde.

O Componente 2 contempla ações de apoio técnico e financeiro à implementação do Componente 1 e às atividades de modernização da gestão do setor público, envolvendo também as Secretarias de Fazenda, Planejamento, Administração e Previdência, Casa Militar (Defesa Civil) e Casa Civil (Controle Interno). As ações deste Componente estão reunidas no Setor Gestão do Setor Público e organizadas em oito subcomponentes: Qualidade Fiscal, Modernização Institucional, Gestão Mais Eficiente dos Recursos Humanos, Apoio à Agricultura de Baixo Impacto Ambiental, Apoio à Modernização do Sistema de Licenciamento Ambiental, Apoio à Gestão de Riscos Naturais e Antrópicos, Educação e Saúde.

A figura 1 apresenta o organograma do Projeto.

FIGURA 1 - ORGANOGRAMA DO PROJETO



FONTE: *Project Appraisal Document - PAD* do Banco Mundial, 2012

### Estrutura do Manual Operativo do Projeto (MOP)

O Manual Operativo do Projeto (MOP) é composto por cinco volumes, a saber:

**Volume 1** - traz a descrição do Projeto, esclarecendo o seu escopo de atuação e estrutura de abordagem; estrutura gerencial e responsabilidades da Unidade de Gerenciamento do Projeto (UGP) e dos executores; diretrizes para a gestão financeira do Programa; mecanismos de desembolso; procedimentos para aquisição de bens e contratação de obras civis ou de serviços; orientações relativas às Salvaguardas Sociais e

Ambientais; apresentação da metodologia adotada e dos indicadores definidos para o monitoramento e avaliação dos avanços do Projeto; estratégia de comunicação; custos do Projeto e Anexos.

**Volume 2** - constam informações relativas aos Programas (Desenvolvimento Econômico e Territorial e Gestão do Solo e Água em Microbacias) que integram o Setor 1 ou Subcomponente 1.1 (Desenvolvimento Rural Sustentável), cuja execução é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento (SEAB).

**Volume 3** - constam informações relativas aos Programas (Modernização do Sistema de Licenciamento Ambiental e Fortalecimento da Gestão de Riscos Naturais e Antrópicos) que integram o Setor 2 ou Subcomponente 1.2 (Gestão Ambiental e de Riscos e Desastres), cuja execução é de responsabilidade da Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SEMA).

**Volume 4** - constam informações relativas aos Programas (Sistema de Avaliação da Aprendizagem, Formação em Ação e Renova Escola) que integram o Setor 3 ou Subcomponente 1.3 (Educação), cuja execução é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Educação (SEED).

**Volume 5** - constam informações relativas aos Programas (Rede Paraná de Urgência e Emergência e Rede Mãe Paranaense) que integram o Setor 4 ou Subcomponente 1.4 (Saúde), cuja execução é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

Ressalte-se que todos os volumes são interligados e complementares entre si, e o conjunto destes compõe o Manual Operativo do Projeto.

### **Estrutura do Volume 5**

O Volume 5 do Manual Operativo do Projeto está estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo são apresentadas as informações relativas ao Programa Rede Paraná de Urgência e Emergência, e, no segundo, aquelas correlatas ao Programa Rede Mãe Paranaense.

Serão abordados os seguintes conteúdos: a) descrição dos Programas, identificando-se seus objetivos, metas, área de atuação e público beneficiário; b) detalhamento das ações a serem implementadas; c) estruturas e instrumentos para a gestão e execução do Programa; d) indicadores para o monitoramento e avaliação dos resultados; e) custos dos Programas; e f) anexos.

## **Sugestões e Atualização**

Este Manual pode sofrer atualizações ou modificações durante a execução do Projeto com base: a) no processo de monitoramento e avaliação semestral; b) na revisão de meio termo; c) em sugestões qualitativas dos executores; e, d) em instruções e/ou procedimentos acordados com o Agente Financeiro. A Unidade de Gerenciamento do Projeto providenciará a divulgação das adequações a todos os usuários do presente Manual.

As sugestões das Secretarias Estaduais e Autarquias Públicas envolvidas na execução do Projeto deverão ser remetidas à UGP. O acatamento dependerá da coerência e convergência das proposições com os objetivos delineados para os Programas e para o Projeto, e com o objeto do Acordo de Empréstimo. As alterações serão submetidas à avaliação do Banco Mundial, sendo implementadas aquelas que obtiverem a não objeção.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACISPAR	Associação dos Consórcios do Paraná
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMAQ	Avaliação da Melhoria do Acesso e Qualidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
ARSS	Associação Regional de Saúde do Sudoeste
ASSIMS	Associação Intermunicipal de Saúde
ASSISCOPE	Associação Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CIMSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais
CIS AMCESPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro-Sul do Paraná
CIS AMERIOS	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Entre Rios
CIS AMUNPAR-CRECEIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Noroeste do Paraná
CIS CENTRO-OESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro-Oeste do Paraná
CIS COMCAM	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CISAMUSEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense
CISCENOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Noroeste
CISCOPE	Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná
CISGAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava/Pinhão
CISI	Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu
CISLIPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CISNOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná
CISNORPI	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro
CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CISVALI	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Iguaçu
CISVAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Paranapanema
CISVIR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Ivaí e Região
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMESP	Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná

COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde
DAD	Departamento de Apoio à Descentralização
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DECH/SES	Diretoria da Escola de Saúde Pública e Centro Formador de Recursos Humanos
DELS	Departamento de Logística da Saúde
DER	Departamento de Estradas de Rodagem
DEVE	Divisão de Vigilância Epidemiológica
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DVIEP	Divisão de Informações Epidemiológicas
EC	Emenda Constitucional
ESSP	Escola da Saúde Pública do Paraná
FEMIPA	Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FUNSAÚDE	Fundo Estadual de Saúde do Paraná
GM	Gabinete do Ministro
HEMEPAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
HOESP	Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOA	Lei Orçamentária Anual
M&A	Monitoramento e Avaliação
MAC	Média e Alta Complexidade
MOP	Manual Operativo do Projeto
MS	Ministério da Saúde
NA	Não se aplica
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OP	Política Operacional do Banco Mundial
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAD	<i>Project Appraisal Document</i>
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

POA	Plano Operativo Anual
PPA	Plano Plurianual
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rede MP	Rede Mãe Paranaense
Rede U/E	Rede de Urgência e Emergência
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RVO	Relatório de Vistoria de Obras e Serviços
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEAB	Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento
SEED	Secretaria de Estado da Educação
SEFA	Secretaria de Estado da Fazenda
SEIL	Secretaria de Infraestrutura e Logística
SEMA	Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos
SEPL	Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SGS	Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIMI	Sistema de Informação de Mortalidade Infantil
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Superintendência de Infraestrutura da Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SIT	Sistema Integrado de Transferências
SOGIPA	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná
SPP	Superintendência de Políticas de Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Superintendência de Vigilância em Saúde
SWAP	<i>Sector Wide Approach</i>
TCE-PR	Tribunal de Contas do Estado do Paraná
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UGP	Unidade de Gerenciamento do Projeto
UGT	Unidade Gestora de Transferências
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTP	Unidade Técnica do Programa
VEOMI	Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Maternos e Infantis

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 - PROGRAMA REDE PARANÁ DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b> .....	14
<b>1 ANTECEDENTES E CONTEXTO</b> .....	14
1.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	14
1.1.1 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) .....	14
1.1.2 Mortalidade Materna e Infantil no Paraná .....	15
1.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE PARANÁ DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO PRIORIDADE PARA O GOVERNO DO ESTADO .....	16
<b>2 DESCRIÇÃO DO PROGRAMA</b> .....	17
2.1 INTRODUÇÃO .....	17
2.2 OBJETIVO GERAL.....	18
2.3 Objetivos Específicos .....	18
2.4 ÁREA DE ATUAÇÃO .....	18
2.5 PÚBLICO BENEFICIÁRIO .....	18
2.6 AÇÕES E METAS DO PROGRAMA .....	18
<b>3 DETALHAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA</b> .....	20
3.1 AMPLIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL.....	20
3.2 READEQUAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DE SADT .....	20
3.3 GARANTIA DE ACESSO QUALIFICADO DOS PACIENTES À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	21
3.4 DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	21
3.5 IMPLANTAÇÃO DE MODELO COOPERATIVO.....	21
3.6 INSTITUIÇÃO DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E MATERNO-INFANTIL .....	22
3.7 IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE NA ÁREA DE GESTÃO HOSPITALAR.....	23
3.8 IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO DE DESASTRES .....	23
<b>4 GESTÃO DO PROGRAMA</b> .....	24
4.1 UNIDADE TÉCNICA DO PROGRAMA .....	24
4.2 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO PROGRAMA .....	24
4.2.1 Planos Operativos Anuais (POAs) .....	24

4.2.2	Outros Instrumentos que Subsidiaram a Gestão do Programa .....	25
<b>5</b>	<b>MONITORAMENTO</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>CUSTOS DO PROGRAMA</b> .....	<b>31</b>
	<b>CAPÍTULO 2 - PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE</b> .....	<b>32</b>
<b>1</b>	<b>ANTECEDENTES E CONTEXTO</b> .....	<b>32</b>
1.1	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	32
1.2	IMPLANTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE COMO PRIORIDADE PARA O GOVERNO DO ESTADO .....	34
<b>2</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROGRAMA</b> .....	<b>36</b>
2.1	INTRODUÇÃO .....	36
2.2	OBJETIVO GERAL .....	36
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	36
2.4	ÁREA DE ATUAÇÃO .....	36
2.5	PÚBLICO-ALVO .....	37
2.6	PÚBLICO BENEFICIÁRIO .....	37
2.7	AÇÕES E METAS DO PROGRAMA.....	37
<b>3</b>	<b>DETALHAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA</b> .....	<b>39</b>
3.1	PROCEDIMENTOS PARA PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS MUNICÍPIOS.....	39
3.2	REPASSE FINANCEIRO ÀS PREFEITURAS PARA A MELHORIA DA INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE .....	39
3.3	AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS .....	41
3.4	INCENTIVO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS PARA O CUSTEIO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	41
3.5	QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	42
3.6	IMPLANTAÇÃO DAS CARTEIRAS DA GESTANTE E DA CRIANÇA.....	44
3.7	IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS GESTANTES .....	44
3.8	VINCULAÇÃO DAS GESTANTES A UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA .....	46
3.9	ACOMPANHAMENTO DA PROPORÇÃO ENTRE O NÚMERO DE NASCIDOS VIVO E O NÚMERO DE GESTANTES QUE PASSARAM POR MAIS DE 7 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.....	47
3.10	FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE .....	47

<b>4 GESTÃO DO PROGRAMA</b> .....	49
4.1 UNIDADE TÉCNICA DO PROGRAMA .....	49
4.2 INSTRUMENTOS PARA A GESTÃO DO PROGRAMA .....	49
4.2.1 Planos Operativos Anuais (POAs) .....	49
4.2.2 Outros Instrumentos que Subsidiaram a Gestão do Programa .....	50
<b>5 MONITORAMENTO</b> .....	52
<b>6 CUSTOS DO PROGRAMA</b> .....	55
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	57
<b>ANEXO 1 MAPA ESTRATÉGICO DA SESA</b> .....	58
<b>ANEXO 2 DESCRIÇÃO DO PROGRAMA HOSPSUS</b> .....	60
<b>ANEXO 3 HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b> .....	65
<b>ANEXO 4 DESCRIÇÃO DO APSUS</b> .....	77
<b>ANEXO 5 DESCRIÇÃO DO COMSUS</b> .....	84
<b>ANEXO 6 MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE</b> .....	88
<b>ANEXO 7 MODELO DE CONVÊNIO COM MUNICÍPIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UBS</b> .....	90
<b>ANEXO 8 MODELO DE TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA APSUS</b> .....	99
<b>ANEXO 9 MODELO DE CONTRATO PARA EXECUÇÃO DAS OBRAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE</b> .....	105
<b>ANEXO 10 MODELO DE CONVÊNIO PARA REPASSE DE RECURSOS AOS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE</b> .....	116
<b>ANEXO 11 TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE SESA E PARANÁ EDIFICAÇÕES</b> .....	125
<b>ANEXO 12 RESOLUÇÃO N.º 276/2012 DA SESA QUE INSTITUI INCENTIVO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS ATRAVÉS DO APSUS</b> .....	129

## CAPÍTULO 1 - PROGRAMA REDE PARANÁ DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### 1 ANTECEDENTES E CONTEXTO

#### 1.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Paraná possui 10.687.247 habitantes (tabela 1), dos quais 3.357.662 vivem na Região Metropolitana de Curitiba (RMC). A população está distribuída em 399 municípios, sendo que 312 possuem menos de 20 mil habitantes e apenas dois municípios, Londrina e a capital do Estado, estão na faixa dos municípios com mais de 500 mil habitantes (tabela 2), ressaltando-se que Curitiba está com mais de 1 milhão e 900 mil habitantes.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR PORTE DE MUNICÍPIOS, NO PARANÁ - JULHO 2009

PORTE DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	
	Abs.	%
Com menos de 20 mil hab.	2.602.800	24,4
20 mil e menos de 50 mil hab.	1.635.301	15,3
50 mil e menos de 100 mil hab.	1.286.632	12,0
100 mil e menos de 500 mil hab.	2.800.592	26,2
Mais de 500 mil hab.	2.361.922	22,1
TOTAL	10.687.247	100,00

FONTE: IBGE (2009)

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS SEGUNDO TAMANHO DA POPULAÇÃO, NO PARANÁ - JULHO 2009

PORTE DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIOS	
	Abs.	%
Com menos de 20 mil hab.	312	78,20
20 mil a menos que 50 mil hab.	54	13,53
50 mil a menos que 100 mil hab.	17	4,26
100 mil a menos que 500 mil hab.	14	3,51
Mais de 500 mil hab.	2	0,50
TOTAL	399	100,00

FONTE: IBGE (2009)

#### 1.1.1 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)

Tendo como referência o ano de 2000, o Paraná (com IDH-M de 0,787) situava-se numa posição extremamente desfavorável em relação a outros estados, concentrando maior número de municípios (296 municípios) num patamar inferior ao IDH-M do Brasil (0,766). Enquanto no Paraná predominavam municípios com IDH-M inferior ao do Brasil, nos demais

estados (Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul) predominavam os municípios com índices superiores a 0,800, considerados de alto desenvolvimento humano.

De acordo com os dados de 2000, enquanto 33% da população paranaense vivia em municípios com IDH-M inferior ao do Brasil, nos demais estados essa proporção era substancialmente menor, com menos de 10%. Além disso, apenas 36% da população do Paraná encontrava-se em municípios com índices de alto desenvolvimento, enquanto nos demais estados essa proporção era de 60%, chegando a atingir 72% em Santa Catarina e São Paulo (IPARDES, 2003).

Os dados de 2010, ano de referência mais recente da pesquisa, mostram uma melhora desse indicador. O Paraná (0,749/ 5º lugar) ainda está atrás dos Estados de São Paulo (2º lugar) e Santa Catarina (3º lugar) e somente em melhor situação que o Rio Grande do Sul (6º lugar). Tem 24 municípios com IDH elevado, igual ou maior que 0,800, e 375 municípios com índice médio (IPARDES, 2013).

### 1.1.2 Mortalidade Materna e Infantil no Paraná

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 do Governador Beto Richa. Esta prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, no período de 2006 a 2010, que apresentava estagnação dos indicadores, uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender às gestantes e às crianças. E, acima de tudo, elevado percentual de mortes maternas (85%) e infantis (61%) evitáveis.

A OPAS/OMS considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 NV.

A RMM no Paraná caiu de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,42/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 26,6% dos óbitos em 10 anos. No período de 2001 a 2010 a RMM foi de 65,27/100.000 NV para 65,11/100.000 NV, indicando uma redução de apenas 0,2% em uma década. Ao analisar a causa desses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade, em média 85% dos casos, sendo que 71% dos óbitos foram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros<sup>1</sup>.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e as hemorragias foram as causas mais frequentes, representando 32,6% das mortes registradas. Outro dado que chamou a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no Estado, com o aumento de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009. Em parte, esta situação foi atribuída à concentração do atendimento às gestantes em unidades centralizadas, o que afastou a gestante da realização do pré-natal nas unidades de atenção primária nos municípios.

---

<sup>1</sup> Neste caso o tratamento cirúrgico deve iniciar-se em até uma hora após a ocorrência do evento traumático, a fim de minimizar as sequelas e reduzir a mortalidade.

O coeficiente de mortalidade infantil no Paraná demonstrou redução de 16,4 em 2002 para 12,15/1.000 nascidos vivos (NV) em 2010, porém com uma grande desigualdade entre as regiões de saúde, sendo que, das 22 regiões, 14 apresentavam coeficientes acima da média do Estado. O componente neonatal (0 a 28 dias após o nascimento) representava 72% dos óbitos. Em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil/SIMI/SESA, 61,5% dos óbitos ocorridos em 2010 foram considerados evitáveis.

Apesar dos esforços, o Paraná apresentou ainda manutenção do coeficiente no patamar muito acima da média de países desenvolvidos.

Em 2011 iniciamos o processo de implantação do Programa Rede Mãe Paranaense, com base na análise dos óbitos maternos e infantis que ocorreram no período de 2006 a 2010 no Paraná e verificamos uma estagnação no seu indicador, a menos que se adotassem novas medidas para alterar esse quadro.

## 1.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE PARANÁ DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO PRIORIDADE PARA O GOVERNO DO ESTADO

Com base na situação de saúde do Estado, com elevada morbimortalidade por causas externas e por doenças crônicas, definiu-se no Plano de Governo 2011 a 2014 a mudança de modelo assistencial, com a implantação de sistemas integrados nas 22 regiões de saúde do Estado, visualizando-se a implantação de cinco redes de atenção à saúde: Materno-Infantil, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Atenção ao Idoso e Atenção à Pessoa com Deficiência.

No planejamento estratégico da Secretaria de Estado da Saúde, consolidado no Mapa Estratégico da SESA (Anexo 1), apontou-se a implantação prioritária de duas redes: a Rede de Atenção Materno-Infantil (Mãe Paranaense) e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. (Rede Paraná de Urgência e Emergência). Essa escolha está respaldada pelos indicadores de saúde do Paraná e pela necessidade de se organizar o sistema de saúde para que todas as regiões de saúde tenham disponível um serviço hospitalar de referência para atenção à gestante e criança de risco e para o atendimento de urgência e emergência.

Conforme Mapa Estratégico da SESA (*ver* Anexo 1), e considerando a necessidade de estabelecer diretrizes e normas para a melhoria do acesso aos leitos hospitalares resolutivos para apoiar as redes de atenção prioritárias, a SESA propôs o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde (HOSPSUS) - Anexo 2.

Sendo assim, os recursos previstos no Acordo de Empréstimo firmado entre o Governo do Estado e o Banco Mundial para a execução do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná irão potencializar ou mesmo complementar as ações do HOSPSUS, na medida em que darão suporte à implementação da Rede Mãe Paranaense e Rede Paraná de Urgência e Emergência.

## 2 DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

### 2.1 INTRODUÇÃO

No início de 2011 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) estava implantado em apenas 15 cidades do Estado, sendo necessária a ampliação do serviço para todas as regiões do Paraná.

Não obstante, a implantação do SAMU requer a organização da retaguarda hospitalar resolutiveira (estrutura física adequada e recursos humanos disponíveis e capacitados) para atender às emergências clínicas e cirúrgicas, em especial o trauma, cujo tratamento cirúrgico deve iniciar-se em até uma hora após a ocorrência do evento traumático, a fim de minimizar as sequelas e reduzir a mortalidade.

O atendimento médico eficaz aos quadros de urgência e emergência é dependente direto do tempo-resposta até a instalação das medidas terapêuticas adequadas para cada caso. Para minimizar o tempo-resposta, são necessárias as seguintes medidas:

- identificação precoce do paciente, com determinação da gravidade potencial do caso;
- viabilização de acesso rápido a serviços médicos resolutivos;
- existência de serviços médicos disponíveis em tempo integral, com capacidade adequada à demanda;
- estrutura mínima suficiente em cada serviço médico de emergência, incluindo recursos humanos capacitados, área física e equipamentos adequados para as ações de diagnóstico e tratamento do paciente;
- atuação dos diferentes serviços em rede, destinados ao atendimento dos casos de acordo com a complexidade, permitindo a transferência de casos complexos de forma ágil e eficiente.

Tendo em vista a adoção dessas medidas, priorizou-se, tanto no Plano de Governo quanto no Planejamento Estratégico da SESA, a implantação da Rede Paraná de Urgência e Emergência.

Para apoiar a implantação desta Rede, inseriu-se no Plano Plurianual (2012 a 2015) a iniciativa 4161, sob a responsabilidade da SESA, sendo contemplada como um Programa de Gasto Elegível no Acordo de Empréstimo firmado entre o Governo de Estado e o Banco Mundial para a execução do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná. A fim de garantir a continuidade da ação, a iniciativa foi mantida igualmente no Plano Plurianual 2016 a 2019.

## 2.2 OBJETIVO GERAL

Melhorar e reorganizar a infraestrutura de atendimento de urgências e emergências em todas as regiões do Estado do Paraná.

## 2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adequar estruturas físicas e equipamentos para serviços de urgência e emergência;
- Qualificar os profissionais de saúde para atender às emergências clínicas e cirúrgicas;
- Modernizar a gestão e informatizar os procedimentos.

## 2.4 ÁREA DE ATUAÇÃO

Toda a área do Estado do Paraná.

## 2.5 PÚBLICO BENEFICIÁRIO

População atendida na Rede Paraná de Urgência e Emergência.

## 2.6 AÇÕES E METAS DO PROGRAMA

No quadro 1 são apresentadas as ações e as metas anuais do Programa.

QUADRO 1 - AÇÕES E METAS ANUAIS DO PROGRAMA REDE PARANÁ DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

AÇÕES	ATÉ DEZEMBRO DE 2015		PREVISTO		
	Previsto	Realizado	2016	2017	2018
Ampliação da infraestrutura de serviços de atendimento móvel	3 helipontos; 1 helicóptero; 40 ambulâncias disponibilizadas; e 20 ambulâncias equipadas.	1 heliponto em construção; 1 avião em operação regular; 1 helicóptero; 202 ambulâncias disponibilizadas e 8 equipadas.	3 helicópteros 230 ambulâncias disponibilizadas 78 equipadas 4 camionetes de resgate	3 helicópteros 390 ambulâncias disponibilizadas e 238 equipadas	3 helicópteros
Readequação dos equipamentos para o atendimento de serviços especializados de urgência e emergência e de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	1.700 leitos de UTI <sup>(1)</sup> ; 60 leitos de emergência e 14 salas cirúrgicas.	1.830 leitos de UTI 25 leitos de emergência 1 sala cirúrgica	1.860 leitos de UTI 65 leitos de emergência	1.968 leitos de UTI 225 leitos de emergência	1.968 leitos de UTI 225 leitos de emergência
Garantia do acesso qualificado dos pacientes à Rede Paraná de Urgência e Emergência	Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 3 macrorregionais de saúde	Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 4 macrorregionais de saúde e 12 centrais de SAMU	Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 4 macrorregionais de saúde e 12 centrais de SAMU	Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 4 macrorregionais de saúde e 12 centrais de SAMU	Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 4 macrorregionais de saúde e 12 centrais de SAMU
Desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais	10 hospitais com protocolos atualizados	24 hospitais com protocolos atualizados	24 hospitais com protocolos atualizados.	24 hospitais com protocolos atualizados	24 hospitais com protocolos atualizados
Implantação de modelo cooperativo visando à qualificação de recursos humanos e custeio de serviços (SAMU e hospitais)	20 hospitais com incentivo implantado 12 SAMUs com incentivo implantado	22 hospitais com incentivo implantado 12 SAMUs com incentivo implantado	320 hospitais com incentivo implantado 12 SAMUs com incentivo implantado	320 hospitais com incentivo implantado 12 SAMUs com incentivo implantado	320 hospitais com incentivo implantado 12 SAMUs com incentivo implantado
Instituição de um programa de capacitação de urgência e emergência e materno-infantil	800 alunos capacitados em cursos de 12 a 60 horas	5.625 alunos capacitados em cursos de 12 a 60 horas	7.462 alunos capacitados em cursos de 12 a 60 horas	8.000 alunos capacitados em cursos de 12 a 60 horas	9.000 alunos capacitados em cursos de 12 a 60 horas
Implantação de um programa de capacitação permanente na área de gestão hospitalar	16 hospitais com dirigentes capacitados em cursos de especialização e capacitação gerencial	24 hospitais com dirigentes capacitados em cursos de especialização e capacitação gerencial	NA	NA	NA
Implantação de núcleo de desastres (meta anual)	NA	NA	NA	4 macrorregiões de saúde com Núcleos de Desastres para resposta assistencial de urgência rápida e coordenada nas situações de desastres naturais ou provocados e de epidemias e doenças transmissíveis	4 macrorregiões de saúde com Núcleos de Desastres para resposta assistencial de urgência rápida e coordenada nas situações de desastres naturais ou provocados e de epidemias e doenças transmissíveis

FONTE: Equipe de Desenvolvimento do Programa - SESA (2017)

(1) A linha de base em 2012 era de 1.299 leitos de UTI e a meta prevista para o último ano do Programa é de 1.968 leitos.

### **3 DETALHAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA**

#### **3.1 AMPLIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL**

A qualificação da assistência de urgência no âmbito pré-hospitalar demanda a ampliação da capacidade de intervenção, mediante renovação de frota e de equipamentos, bem como ampliação das unidades. Serão realizados investimentos em serviços móveis de urgência, responsáveis pela viabilização do acesso dos pacientes às unidades referenciadas, incluindo ampliação do atendimento ao trauma e transporte aeromédico.

Até dezembro de 2015 a qualificação desses serviços incluiu a construção de um heliponto, a implantação de um helicóptero aeromédico na região oeste, e um avião baseado em Curitiba para transporte de pacientes de UTI entre municípios do Estado. Considerando os resultados favoráveis dessa estruturação, foi definida a implantação de mais dois helicópteros em outras duas regiões do Estado, a partir de 2016. Foram previstas inicialmente a instalação de oito helipontos em diferentes unidades assistenciais do Estado; no entanto, a meta foi reduzida para um heliponto. As operações aéreas têm tido desempenho adequado sem comprometimento logístico significativo em função da inexistência de helipontos nos serviços. A relação custo-benefício da construção é, dessa forma, desfavorável.

O aumento e renovação da frota de veículos de emergência – ambulâncias e camionetes de resgate equipadas – atingiu, até dezembro de 2015, 80 ambulâncias de resgate/UTI e 122 ambulâncias de simples remoção, totalizando 202 ambulâncias. Até o final do projeto deverão ser adquiridas e entregues mais 188 ambulâncias de resgate/UTI, atingindo 390 ambulâncias e quatro camionetes de resgate equipadas.

#### **3.2 READEQUAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DE SADT**

A falta de leitos em Unidades de Urgência e Emergência e em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e o reduzido número de salas de cirurgia equipadas e de equipamentos que apoiem o diagnóstico e o tratamento são os limitantes mais significativos do fluxo assistencial, dificultando, dessa forma, a intervenção no tempo adequado.

Para garantir a ampliação da capacidade resolutiva dos diferentes serviços hospitalares, permitindo fluxo assistencial ágil para todos os pacientes, foram realizados investimentos em 01 sala cirúrgica, além da instalação de leitos de emergência equipados nos serviços de urgência.

A meta de instalação de leitos equipados em Unidades de Emergência até o final do Projeto é de 225 leitos instalados, um aumento de 200 unidades em relação a dezembro de 2015.

Já para os leitos de UTI habilitados, o acréscimo na mesma data, dezembro de 2015, era de 531 leitos, totalizando 1.830 leitos de UTI naquele ano. Até o final do Projeto pretende-se instalar mais 138 leitos, totalizando um número de 1.968 leitos.

Inicialmente foi considerada a necessidade de ampliação de Serviços de SADT para a melhoria de acesso dos pacientes, porém a avaliação do fluxo assistencial não comprovou a necessidade. Desse modo, foi revisto o planejamento inicial, eliminando a necessidade de investimento na área considerada.

### 3.3 GARANTIA DE ACESSO QUALIFICADO DOS PACIENTES À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Será implantado um Complexo Regulador do SUS, com sistema operacional de regulação e 12 centrais de regulação do SAMU, visando possibilitar a identificação da necessidade e implementação de equipes assistenciais nos diversos pontos de atenção, voltadas ao atendimento do politrauma, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e patologia cerebrovascular.

Essa implantação deve levar em conta o tempo-resposta ideal para o atendimento de cada classe de urgências, incluindo o acesso físico do paciente aos serviços imediatamente após sua identificação.

### 3.4 DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Considerando a constante evolução das patologias e dos medicamentos e tecnologias para o tratamento, serão desenvolvidos e implantados protocolos assistenciais embasados em evidências científicas, ajustados às características da rede de serviços do SUS.

### 3.5 IMPLANTAÇÃO DE MODELO COOPERATIVO

Serão firmados contratos com os prestadores de serviços para o repasse de incentivo financeiro, bem como repasse fundo a fundo para municípios mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB-PR - Deliberação 72/2012), visando à implantação, manutenção e qualificação de equipes especializadas no manejo clínico dos quadros de urgência em 12 SAMUs regionais e 320 hospitais, referenciados pelo complexo regulador, até o final do Projeto.

Os critérios para a seleção dos hospitais que receberão os recursos são:

- ser hospital de referência macrorregional e/ou regional;
- ser público ou filantrópico, localizado nos municípios-sede das macrorregiões e/ou regiões de saúde do Estado do Paraná, definidas no Plano Diretor de Regionalização e/ou em municípios de localização estratégica para a região;

- ter 100 ou mais leitos ativos e ofertá-los ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulados pela Central Estadual de Regulação. Em caso de inexistência de hospital desse porte na sede da região, o critério é ser o hospital de maior complexidade e porte;
- ser referência na região para a atenção de Média e/ou Alta Complexidade;
- atender no mínimo 25% de pacientes referenciados de sua região de abrangência,
- respeitar a Programação Pactuada Integrada e ter o perfil e a atuação de âmbito regional estabelecidos com base no fluxo de atendimento aos usuários do SUS.

As faixas de incentivos financeiros são apresentadas na tabela 3. Para a definição considerou-se o número de leitos gerais e o percentual de leitos de UTI de cada hospital.

TABELA 3 - FAIXAS DE INCENTIVO PARA HOSPITAIS QUE ATENDEM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITOS	FAIXA (+10%)	LEITOS DE UTI (+ 15%)
Menor que 80	50.000	70.000
De 81 a 120 leitos	100.000	120.000
De 121 a 160 leitos	130.000	160.000
Maior que 160 leitos	180.000	200.000

FONTE: SESA

NOTA: Os hospitais que não possuem, no mínimo, 10% de leitos de UTI receberão valor da faixa anterior. Os hospitais com menos de 60 leitos receberão o limite mínimo.

Vale ressaltar que os critérios tanto para a seleção de hospitais quanto para as faixas de incentivos, adotados pelo Programa Rede Paraná de Urgência e Emergência, estão em conformidade com o estabelecido na Resolução n.º 0172/2011 da SESA, que instituiu o Programa HOSPSUS, disponível no endereço eletrônico: **<Erro! A referência de hiperlink não é válida.>**

A contratação direta dos hospitais foi aceita pelo Banco Mundial diante de justificativas apresentadas no Anexo 3 deste documento.

### 3.6 INSTITUIÇÃO DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E MATERNO-INFANTIL

Será viabilizado um processo de capacitação técnica para a melhoria do atendimento em urgência e emergência e materno-infantil, prevendo-se a capacitação de 9 mil profissionais da área de saúde, através de cursos de 12 a 60 horas, até o final do Projeto.

### 3.7 IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE NA ÁREA DE GESTÃO HOSPITALAR

A gestão hospitalar das unidades de urgência tem comprovada carência de profissionais especializados, gerando perda de eficácia do processo assistencial. A intervenção planejada será de realizar curso de especialização para gestores das unidades integradas ao Programa, visando melhorar a capacidade de gestão de unidades hospitalares, potencializando sua resolutividade.

A meta inicial do Programa era capacitar dirigentes de 16 hospitais participantes da Rede Paraná de Urgência e Emergência, abordando conceitos de escala, dinâmica de assistência, fluxos, processos, entre outros.

Contudo, o curso de especialização em gestão de serviços de saúde foi concluído em 2014, tendo superado a meta inicial proposta de capacitação dos gestores das unidades.

### 3.8 IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO DE DESASTRES

O manejo de situações de desastres naturais e provocados é um grande desafio assistencial, logístico e de gestão operacional das equipes. Existem riscos latentes de impacto significativo na estrutura assistencial gerados por situações dessa natureza, sendo mandatório criar condições para seu enfrentamento adequado.

A ação proposta é de implantar núcleo de manejo de desastres mediante quatro núcleos regionais, com abrangência macrorregional, permitindo a articulação de resposta assistencial de urgência rápida e coordenada nas situações de desastres naturais ou provocados e de epidemias/doenças transmissíveis, conferindo qualidade e segurança à população atingida e reforçando a estrutura assistencial regional.

## 4 GESTÃO DO PROGRAMA

### 4.1 UNIDADE TÉCNICA DO PROGRAMA

A gestão do Programa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) será realizada por meio da Superintendência de Gestão de Sistemas, da Superintendência de Atenção à Saúde e da sua Diretoria de Políticas de Urgência e Emergência.

A avaliação do Programa será realizada mediante a atuação dos grupos condutores tanto da Rede Mãe Paranaense como da Rede Paraná de Urgência e Emergência. Estes grupos condutores têm a participação da SESA, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do Ministério da Saúde, e toda ação de planejamento e correção estratégica será discutida no âmbito da CIB-PR e submetida à aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, figurando no Plano Estadual de Saúde vigente na forma de ações componentes de Diretriz específica.

### 4.2 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO PROGRAMA

A seguir descrevem-se os instrumentos a serem utilizados pelo responsável por planejar e gerir o Programa Rede Paraná de Urgência e Emergência, bem como pela Unidade de Gerenciamento do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná.

#### 4.2.1 Planos Operativos Anuais (POAs)

Os Planos Operativos Anuais serão instrumentos que nortearão o planejamento e a gestão do Programa. Eles terão como base: a) as diretrizes orçamentárias anuais, b) as metas estabelecidas, e c) os indicadores de monitoramento previamente definidos.

Os POAs serão elaborados concomitantemente ao processo de programação orçamentária da iniciativa 4161 que contempla o Programa, de acordo com as etapas descritas a seguir.

- Etapa 1: Elaboração dos POAs do Programa

O responsável pelo Programa promoverá reuniões com a sua equipe para a elaboração das propostas de POAs. Estas propostas deverão ser elaboradas de acordo com a estrutura apresentada no quadro 23

QUADRO 2 - ESTRUTURA DOS PLANOS OPERATIVOS ANUAIS DO PROGRAMA REDE PARANÁ DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SETOR DO PROJETO	PGE/AÇÃO DE AT	RESPONSÁVEL	INICIATIVA	VALOR DAS DESPESAS (R\$ 1,00)			PRINCIPAIS AÇÕES PREVISTAS
				Total	Corrente	Capital	
Setor ou Subcomponente de Saúde	PGE 8 - Rede de Urgência e Emergência	SESA	4161				

FONTES: Unidade Desenvolvimento do Projeto

- Etapa 2: Aprovação dos POAs do Programa

Estas propostas serão apresentadas à Unidade de Gerenciamento do Projeto Multissetorial para apreciação, seguindo-se a mesma estrutura apresentada no quadro 2. Os POAs do Programa, depois de analisados e aprovados pela UGP, comporão a proposta de POA do Projeto Multissetorial.

A UGP também articulará junto à COP/SEFA a inserção dos Planos do Projeto nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais.

Depois de aprovadas as LOAs pela Assembleia Legislativa do Estado, a UGP compatibilizará os POAs elaborados aos orçamentos efetivamente aprovados e apresentará ao Comitê Gestor do Projeto para apreciação, análise e aprovação. Posteriormente encaminhará os Planos ao Banco Mundial para a apreciação e a não objeção.

Por fim, a UGP devolverá ao responsável pelo Programa as versões aprovadas dos POAs.

#### 4.2.2 Outros Instrumentos que subsidiam a Gestão do Programa

Para dar suporte à gestão do Programa, a UGP e a SESA contarão, ainda, com um conjunto de instrumentos, os quais estão relacionados a seguir.

- Relatórios de Acompanhamento e Monitoramento Semestral<sup>2</sup>

A execução das ações previstas no Programa será monitorada, constantemente.

Não obstante serão elaborados, semestralmente, relatórios de acompanhamento e monitoramento, explicitando o desempenho do Programa quanto ao alcance de indicadores previamente definidos, subsidiando tanto a UGP, no acompanhamento, quanto o responsável pelo Programa, no processo de gerenciamento do mesmo.

Estes relatórios serão consolidados pela UGP tendo em vista informações encaminhadas pelo responsável pelo Programa.

- Planos de Aquisições<sup>3</sup>

Os Planos de Aquisições serão ferramentas para a programação e acompanhamento dos processos licitatórios decorrentes da execução do Programa.

---

<sup>2</sup> Detalhes sobre o processo de monitoramento do Projeto poderão ser obtidos no item 9 do Volume 1 do Manual Operativo do Projeto.

<sup>3</sup> Mais detalhes a respeito dos planos de aquisições poderão ser obtidos no item 7.1 do Volume 1 do Manual Operativo do Projeto.

O Plano de Aquisições será atualizado no mínimo uma vez por ano, ou conforme for necessário, devendo refletir as reais necessidades de implementação do Projeto e o aperfeiçoamento da capacidade institucional dos executores. A SESA preparará os Planos de Aquisições do Programa referentes ao ano subseqüente, em consonância com as propostas incluídas na programação orçamentária anual. Estes serão encaminhados para a Unidade de Gerenciamento do Projeto. Depois de analisados e aprovados pela UGP e também pelo Banco Mundial, estes integrarão o Plano de Aquisições do Projeto Multissetorial.

Os Planos incluirão: a) a lista de bens, obras, serviços e consultorias, identificando a fase em que se encontram (previstos; em processo de licitação, em execução ou concluídos); b) os custos dos contratos ou a estimativa destes; c) as modalidades de licitação conforme o ajustado com o Banco; d) a necessidade de pré-qualificação dos licitantes; e) a identificação quanto à necessidade de revisão prévia do Banco Mundial; e f) o cronograma para a licitação e para o repasse dos recursos financeiros previstos no contrato.

Em janeiro, posteriormente à aprovação da Lei Orçamentária Anual (LOA), o Plano de Aquisições do Programa deverá ser atualizado, tendo em vista os recursos efetivamente orçados.

- Relatórios Financeiros<sup>4</sup>

O responsável pelo Programa executará o detalhamento dos pagamentos efetuados pelo SIAF referentes aos insumos do Projeto dentro do Sistema SIGMAPP. Nestas informações constam os gastos elegíveis, inclusive aqueles financiáveis cujos processos licitatórios foram realizados de acordo com as regras do Banco Mundial.

Estes relatórios serão semestralmente gerados pela UGP, contribuindo para o acompanhamento e gestão financeira do Programa e, por sua vez, do Projeto Multissetorial.

---

<sup>4</sup> Mais detalhes a respeito dos Relatórios Financeiros poderão ser obtidos no item 5.2 do Volume 1 do Manual Operativo do Projeto.

## 5 MONITORAMENTO

O processo de monitoramento pretende contribuir para o aperfeiçoamento da execução e da gestão do Programa, trazendo informações a respeito das ações realizadas e dos resultados alcançados, subsidiando, inclusive, as propostas de correções e ajustes e a prestação de contas da aplicação dos recursos para a sociedade paranaense.

O monitoramento dos programas integra o Plano de Monitoramento e Avaliação do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná, elaborado durante a preparação do Projeto e atualizado na Revisão de Meio Termo. Tal Plano consiste no acompanhamento de indicadores previamente acordados com os executores dos Programas. Ao referido instrumento agregam-se os indicadores do Quadro de Resultados e Monitoramento do Projeto constantes do *Project Appraisal Document* - PAD<sup>5</sup>. Esse conjunto de indicadores é especialmente acompanhado pela equipe de monitoramento e avaliação do Banco, sendo eles: indicadores de desenvolvimento, indicadores de resultados intermediários e indicadores de desembolso.

Foram identificados cinco indicadores de desenvolvimento, sendo cada um deles relacionado a um setor do Projeto (Desenvolvimento Rural Sustentável; Gestão Ambiental e de Riscos de Desastres; Educação; Saúde; e Gestão do Setor Público).

Já os indicadores de resultados intermediários são específicos, sendo cada um deles relacionado a um dos programas contemplados no Componente 1 ou a uma ação do Componente 2 do Projeto.

Os indicadores de desembolso foram selecionados entre os indicadores de monitoramento e estão relacionados aos repasses de recursos do Banco Mundial ao Estado no âmbito da execução do Componente 1 do Projeto.

O acompanhamento de todos os indicadores comporá os Relatórios Semestrais do Projeto e será encaminhado pela UGP ao Banco Mundial, sendo estes elaborados a partir das informações encaminhadas pelas instituições envolvidas na execução dos programas e ações.

No quadro 3 são apresentados os indicadores de monitoramento relativos ao Programa Rede Paraná de Urgência e Emergência a serem especialmente analisados pelo Banco Mundial. Foram incluídos novos indicadores a partir da Revisão de Meio Termo em 2016.

No quadro 4 apresentam-se os indicadores de monitoramento complementares do Programa Rede de Urgência e Emergência.

---

<sup>5</sup> Documento elaborado durante a preparação do Projeto para fins de avaliação do mesmo pela direção do Banco Mundial.

QUADRO 3 - INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO, DE RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS E DE DESEMBOLSO

N.º	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	ATÉ DEZEMBRO DE 2015			PREVISTO				MEDIDA DE DESEMPENHO
				Previsto	Realizado	%	2016	2017	2018	2019	
<b>Indicadores de Desenvolvimento Setorial</b>											
6	Diminuição na taxa de mortalidade por causas externas exceto violência	Número	51,48 (2015)	50,03	43,46	115,0	49,50	49,03	48,57	48,57	O indicador mede o percentual de decréscimo em relação à base (51,48); exclui mortes por violência. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é a fonte dos dados. A taxa de mortalidade por causas externas é calculada dividindo-se o número de óbitos por causas externas pela população total multiplicando-se por 100.000 habitantes.
<b>Indicadores de Resultado Intermediário do Componente 1 do Projeto</b>											
22	Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (por faixa etária)	Número	80,39 (2011)	77,30	76,34	101,0	76,93	76,56	76,20	76,20	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); o indicador mede o número de mortes por doenças cardiovasculares/total da população/100.000 habitantes.
23	Percentual da população com acesso aos serviços da Rede de Urgência e Emergência	Percentual	43,83 (2013)	90,0	80,19	89,1	90,0	95,0	95,0	100,0	

QUADRO 4 - INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

continua

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ATÉ DEZEMBRO DE 2015			PREVISTO			ÓRGÃO/SETOR RESPONSÁVEL	MEDIDA DE DESEMPENHO
		Previsto	Realizado	%	2016	2017	2018		
Helicópteros disponíveis para o transporte aéreo de pacientes (meta anual)	Número	1	1	100,0	3	3	3	SESA	Número de helicópteros contratados dividido pelo número de helicópteros previstos
390 ambulâncias, sendo 268 de resgate com UTI e 122 de simples remoção disponibilizadas para o transporte intermunicipal	Número	40	202	505,0	230	390	NA	SESA	Número de ambulâncias disponibilizadas dividido pelo número de ambulâncias previstas
238 kits para equipar ambulâncias de resgate com UTI	Número	20	8	40,0	78	238	NA	SESA	Número de kits de equipamentos de UTI para ambulâncias dividido pelo número de kits previstos para ambulâncias
4 camionetes de resgate disponibilizadas	Número	NA	NA	NA	4	NA	NA	NA	Número de camionetes disponibilizadas dividido pelo número de camionetes previstas
Leitos de UTI habilitados disponíveis para a RUE no Estado do Paraná	Número	1.700	1.830	107,6	1.860	1.968	1.968	SESA	Número de leitos de UTI habilitados e disponíveis dividido pelo número de leitos previstos
225 leitos de emergência equipados	Número	60	25	42,0	65	225	225	SESA	Número de leitos de emergência equipados dividido pelo número de leitos previstos
Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 4 macrorregionais de saúde (meta anual)	Número	1	1	100,0	1	1	1	SESA	Complexo regulador do SUS operando nas 4 macrorregionais de saúde
320 hospitais com incentivo financeiro através de contratos ou repasse Fundo a Fundo - HOSPSUS I, II e III (meta anual)	Número	20	22	110,0	320	320	320	SESA	Número de hospitais com incentivo financeiro mantido dividido pelo número de hospitais com incentivos previstos
12 SAMUs, sendo 9 Regionais e 3 Municipais com incentivo financeiro (meta anual)	Número	12	12	100,0	12	12	12	SESA	Número de SAMUs com incentivo financeiro mantido dividido pelo número de SAMUS com incentivos previstos
Profissionais de saúde capacitados em cursos de 12 a 60 horas	Número	1.000	5.625	563,0	7.462	8.000	9.000	SESA	Número de profissionais de saúde capacitados divididos pelo número de profissionais previstos
4 macrorregiões de saúde com Núcleos de Desastres para resposta assistencial de urgência rápida e coordenada nas situações de desastres naturais ou provocados e de epidemias e doenças transmissíveis (meta anual)	Número	NA	NA	NA	NA	4	4	SESA	Número de macrorregionais com Núcleos de Desastres dividido pelo número de macrorregionais com Núcleos previstos

QUADRO 4 - INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

conclusão

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ATÉ DEZEMBRO DE 2015			PREVISTO			ÓRGÃO/SETOR RESPONSÁVEL	MEDIDA DE DESEMPENHO
		Previsto	Realizado	%	2016	2017	2018		
Complexo Regulador do SUS com sistema operacional de regulação em 4 macrorregionais de saúde (meta anual)	Número	1	1	100,0	1	1	1	SESA	Complexo regulador do SUS operando nas 4 macrorregionais de saúde
320 hospitais com incentivo financeiro através de contratos ou repasse Fundo a Fundo - HOSPSUS I, II e III (meta anual)	Número	20	22	110,0	320	320	320	SESA	Número de hospitais com incentivo financeiro mantido dividido pelo número de hospitais com incentivos previstos
12 SAMUs, sendo 9 Regionais e 3 Municipais com incentivo financeiro (meta anual)	Número	12	12	100,0	12	12	12	SESA	Número de SAMUs com incentivo financeiro mantido dividido pelo número de SAMUS com incentivos previstos
Profissionais de saúde capacitados em cursos de 12 a 60 horas	Número	1.000	5.625	563,0	7.462	8.000	9.000	SESA	Número de profissionais de saúde capacitados divididos pelo número de profissionais previstos
4 macrorregiões de saúde com Núcleos de Desastres para resposta assistencial de urgência rápida e coordenada nas situações de desastres naturais ou provocados e de epidemias e doenças transmissíveis (meta anual)	Número	NA	NA	NA	NA	4	4	SESA	Número de macrorregionais com Núcleos de Desastres dividido pelo número de macrorregionais com Núcleos previstos

FONTE: SESA (2017)

## 6 CUSTOS DO PROGRAMA

No quadro 5 apresentam-se os custos anual e total previstos para o Programa Rede de Urgência e Emergência, sendo que, na previsão, levou-se em consideração a programação da iniciativa do PPA 4161 da SESA.

QUADRO 5 - CUSTOS DO PROGRAMA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

SETOR DO PROJETO/PGE	EXECUTOR/ CO-EXECUTOR	METAS FINANCEIRAS PREVISTAS						
		N.º Iniciativa no PPA	Ano 1 (2014)	Ano 2 (2015)	Ano 3 (2016)	Ano 4 (2017)	Ano 5 (2018)	Total do Projeto
Setor Saúde/Programa de Gastos Elegíveis 8	SESA	4161	142.179.420	134.410.000	172.633.000	269.430.000	190.674.000	909.326.420
TOTAL DO SETOR SAÚDE	SESA	4161 4162	438.116.299	481.119.862	400.470.789	521.816.606	343.729.911	2.185253.467

FONTE: UGP/CDG/SEPL

## CAPÍTULO 2 - PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

### 1 ANTECEDENTES E CONTEXTO

#### 1.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), integrada à Organização Mundial da Saúde (OMS), considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV). A RMM reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e sinaliza que taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal até a assistência ao parto e puerpério.

No período 2010-2015, com as ações da Rede Mãe Paranaense, houve uma redução de RMM no Paraná de 23,5% (gráfico 1). Em relação à mortalidade materna, em média 85% dos casos são considerados evitáveis, sendo que 71% destes óbitos são atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar, 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros.

O coeficiente de mortalidade materna em 2010 foi de 65,11/100.000 NV. Com os esforços e as ações da Rede Mãe Paranaense, o Paraná chegou a 49,8/100.000 NV em 2015.

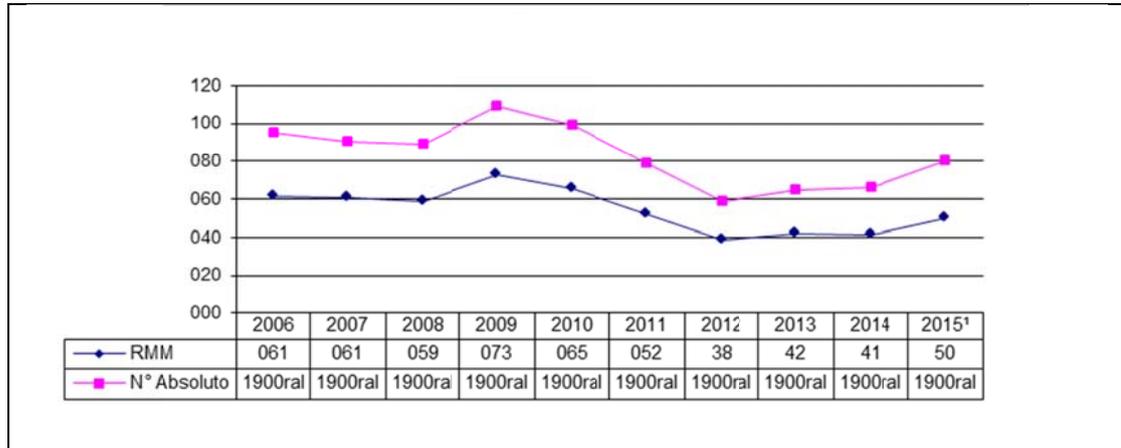
Ao analisarmos as causas de morte materna, em relação às causas obstétricas diretas, o Paraná apresenta uma redução significativa. Em 2010, dos 99 óbitos, 67 foram por causas obstétricas diretas, enquanto em 2015 foram 49. Esses dados reafirmam a importância de qualificarmos, cada vez mais, o pré-natal, a assistência ao parto e puerpério.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e as hemorragias são as causas mais frequentes das mortes registradas. Isto remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis.

Assim como em âmbito nacional, a principal causa de morte materna indireta no Paraná se relaciona com doenças do aparelho circulatório. Este cenário não difere daquele encontrado entre os países da América Latina (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

As taxas de cesarianas, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) têm variado de 58,4% a 63,5%, entre 2010 e 2014. No Paraná, 85% das gestantes passam por 07 ou mais consultas durante o pré-natal. No Brasil, este índice era de 68,7% em 2008, com uma pequena redução, em 2013, para 63,5%, de acordo com dados do DATASUS.

GRÁFICO 1 - SÉRIE HISTÓRICA DE RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, SEGUNDO PERÍODO DE 2009 A 2014 – PARANÁ



FONTE: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SESA-PR

NOTA: Resultados preliminares, sujeitos a alteração (DBF 26/04/2016).

Ao analisarmos os dados de mortalidade infantil no Paraná observamos que a redução é lenta e desigual (gráfico 2). O coeficiente de mortalidade infantil em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015 foi, respectivamente, de 12,15/1.000 NV, 11,65/1.000 NV, 11,65/1.000 NV, 10,95/1.000 NV, 11,20/1.000 NV e 10,90/1.000 NV.

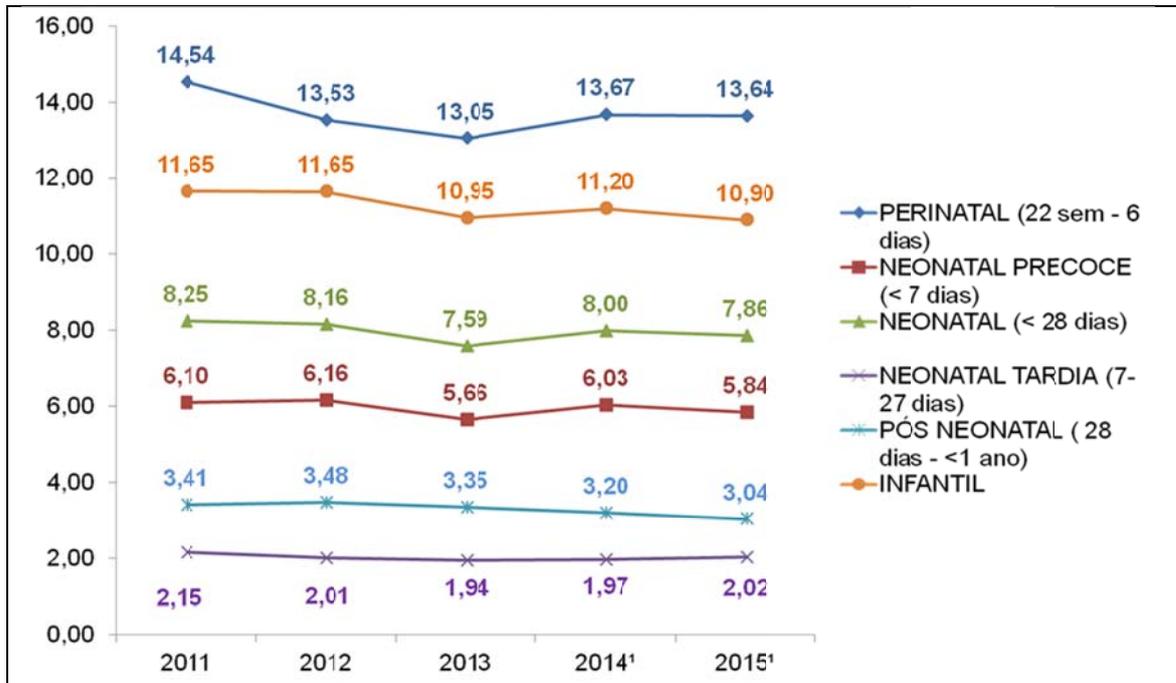
A maior concentração de óbitos em menores de 1 ano ocorreu no período de 22 semanas completas de gestação até seis dias após o nascimento, revelando a estreita relação destes eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido.

No Paraná, a mortalidade infantil vem em constante tendência de declínio quando analisada a série histórica de 2006 a 2015. À medida que esta taxa diminui, percebe-se que as causas tornam-se mais difíceis de redutibilidade, dada a complexidade dessas causas, seja pelos determinantes seja pela necessidade de tecnologia mais avançada.

Quanto às principais causas de óbitos infantis, no Paraná destacam-se as que se relacionam com as afecções maternas, o que explica a prevalência do componente neonatal precoce na mortalidade infantil do Estado.

As principais causas de óbitos infantis registrados e investigados no ano de 2015 foram: afecções do período perinatal (56,1%); malformações congênitas (28,4%); causas externas (4,3%); doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias, com 2,9%.

GRÁFICO 2 - SÉRIE HISTÓRICA DE TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR ESTRATIFICAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO PERÍODO DE 2011 A 2015 - PARANÁ



FONTE: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SESA-PR

NOTA: Resultados preliminares, sujeitos a alteração (DBF 04/04/216).

## 1.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE COMO PRIORIDADE PARA O GOVERNO DO ESTADO

No Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014, a implantação de uma Rede de Atenção Materno-Infantil foi definida como uma ação prioritária. A priorização baseou-se na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que mostram uma redução lenta e desigual entre as regiões de saúde, um elevado percentual de mortes evitáveis e uma desorganização dos pontos de atenção para atender adequadamente às gestantes e às crianças em nosso Estado.

No planejamento estratégico da Secretaria de Estado da Saúde, consolidado no Mapa Estratégico da SESA (ver Anexo 1), a Rede Mãe Paranaense também foi considerada prioritária.

Por esta razão, o conjunto de ações para a implantação desta Rede foi inserido no Plano Plurianual (2012-2015), na iniciativa 4162, sob a responsabilidade da SESA, sendo também consideradas como Programa de Gastos Elegíveis no Acordo de Empréstimo firmado entre o Governo do Estado e o Banco Mundial para a implementação do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná.

Vale ressaltar que os programas já instituídos pela SESA serão os alicerces para a organização dessa Rede, quais sejam: o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais

Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS), o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) e o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), descritos nos Anexos 2, 4 e 5, respectivamente.

Além disso, foram estabelecidas parcerias com a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA), a Sociedade de Pediatria do Paraná, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-PR) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) - Seção Paraná, para a realização de cursos e de atualização profissional das equipes em todos os municípios.

## 2 DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

### 2.1 INTRODUÇÃO

A Rede Mãe Paranaense visa implantar ações e serviços de atenção materno-infantil na atenção primária, nos 399 municípios, no tocante às atividades de: a) busca ativa e precoce à gestante e crianças menores de 1 ano; b) oferta de pré-natal em quantidade, mas principalmente em qualidade; e c) vinculação das gestantes – de risco intermediário e de alto risco, assim como de crianças de risco – a serviços de hospitais de referência (secundário e terciário) para que o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível.

A implantação da Rede Mãe Paranaense, que se fundamenta no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde, tem como missão garantir o acesso à atenção materno-infantil, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de 1 ano de idade, por meio de uma rede de atenção organizada em todo o Estado do Paraná, conforme estabelecido no seu Mapa Estratégico (Anexo 6).

### 2.2 OBJETIVO GERAL

Organizar e qualificar a atenção materno-infantil.

### 2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer e organizar a atenção primária, secundária e terciária para atendimento a gestantes e crianças;
- Qualificar os profissionais que atendem às gestantes puérperas e crianças menores de 1 ano;
- Padronizar e modernizar atendimento.

### 2.4 ÁREA DE ATUAÇÃO

O Programa atuará em todo o Estado do Paraná. Todavia, a SESA definiu repasses financeiros de custeio diferenciados, bem como a priorização para investimentos de capital para os municípios, com base no Fator de Redução de Desigualdades Regionais.

## 2.5 PÚBLICO-ALVO

O público-alvo da Rede Mãe Paranaense são as mulheres em idade fértil e as crianças menores de 1 ano de idade. Segundo dados do IBGE/2010, as mulheres totalizam 177.557. Já os nascidos vivos foram 159.918 em 2014 e 160.661 em 2015 no Estado do Paraná, de acordo com dados do SINASC. Embora a Rede tenha como público-alvo mulheres e crianças, é importante destacar que as ações a serem implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a família paranaense.

## 2.6 PÚBLICO BENEFICIÁRIO

Gestantes, puérperas e crianças menores de 1 ano dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 2.7 AÇÕES E METAS DO PROGRAMA

No quadro 6 são apresentadas as ações e metas anuais do Programa.

QUADRO 6 - AÇÕES E METAS ANUAIS DO PROGRAMA MÃE PARANAENSE

continua

AÇÕES	ATÉ DEZEMBRO DE 2015		PREVISTO		
	Previsto	Realizado	2016	2017	2018
Desenvolvimento de procedimentos para identificar os municípios a serem priorizados no atendimento	Relação dos municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade
Repasse dos recursos financeiros às prefeituras para construção, reforma e ampliação na infraestrutura física de atendimento (UBS)	60 UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas	113 UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas	156 UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas	199 UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas	219 UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas
Aquisição e distribuição de equipamentos para as UBS nos municípios	60 UBS equipadas para atendimento	308 UBS equipadas para atendimento	358 UBS equipadas para atendimento	408 UBS equipadas para atendimento	458 UBS equipadas para atendimento
Incentivo financeiro, fundo a fundo, para custeio das ações primárias que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS)	391 municípios com incentivo financeiro para o atendimento nas APS	391 municípios com incentivo financeiro para o atendimento nas APS	391 municípios com incentivo financeiro para o atendimento nas APS	391 municípios com incentivo financeiro para o atendimento nas APS	391 municípios com incentivo financeiro para o atendimento nas APS
Qualificação dos profissionais que atuam na APS nos municípios por meio do Programa de Educação Permanente	30.000 profissionais da Atenção Primária à Saúde qualificados	42.505 profissionais da Atenção Primária à Saúde qualificados	44.005 profissionais da Atenção Primária à Saúde qualificados	45.505 profissionais da Atenção Primária à Saúde qualificados	47.005 profissionais da Atenção Primária à Saúde. Qualificados

QUADRO 6 - AÇÕES E METAS ANUAIS DO PROGRAMA MÃE PARANAENSE

conclusão

AÇÕES	ATÉ DEZEMBRO DE 2015		PREVISTO		
	Previsto	Realizado	2016	2017	2018
Implantação da carteira da gestante	30% das gestantes com carteira nas UBS	113,5% das gestantes com carteira nas UBS	85% das gestantes com carteira nas UBS	85% das gestantes com carteira nas UBS	90% das gestantes com carteira nas UBS
Implantação da carteira da criança	30% das crianças com carteira nas UBS	125,7% das crianças com carteira nas UBS	85% das crianças com carteira nas UBS	85% das crianças com carteira nas UBS	90% das crianças com carteira nas UBS
Implantação da classificação de risco para atendimento das gestantes	30% das gestantes com classificação de risco registrada no SISPRENATAL	62,4% das gestantes com classificação de risco registrada no SISPRENATAL	70% das gestantes com classificação de risco registrada no SISPRENATAL	70% das gestantes com classificação de risco registrada no SISPRENATAL	80% das gestantes com classificação de risco registrada no SISPRENATAL
Vinculação das gestantes a um hospital de referência	30% das gestantes com atenção e referência hospitalar garantida	62,4% das gestantes com atenção e referência hospitalar garantida	70% das gestantes com atenção e referência hospitalar garantida	70% das gestantes com atenção e referência hospitalar garantida	80% das gestantes com atenção e referência hospitalar garantida
Acompanhamento da proporção entre o número de nascidos vivo e o número de gestantes que passaram por mais de 7 consultas de pré-natal	80% das gestantes com 7 ou mais consultas	99% das gestantes com 7 ou mais consultas	80% das gestantes com 7 ou mais consultas	80% das gestantes com 7 ou mais consultas	90% das gestantes com 7 ou mais consultas

FONTE: Equipe de Desenvolvimento do Programa - SESA (2016)

### 3 DETALHAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA

#### 3.1 PROCEDIMENTOS PARA PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS MUNICÍPIOS

Considerando o fato de que as regiões com grande concentração de municípios com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH-M) geralmente apresentam taxas de mortalidade infantil acima da média estadual, foi desenvolvido um Fator de Redução das Desigualdades Regionais para o cálculo dos repasses dos recursos do Programa Rede Mãe Paranaense aos municípios, conforme descrito na Resolução SESA de n.º 237/2012, disponível no endereço eletrônico [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS/Resolucao\\_237.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS/Resolucao_237.pdf)

#### 3.2 REPASSE FINANCEIRO ÀS PREFEITURAS PARA A MELHORIA DA INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as principais portas de entrada para os serviços do Sistema Único de Saúde, sobretudo aqueles de Atenção Primária à Saúde, pois estão localizadas próximas às residências dos usuários.

Portanto, para fins de implementação das ações da Rede Mãe Paranaense, as UBS terão as seguintes responsabilidades:

- inscrever a gestante no pré-natal;
- vincular as gestantes no hospital/maternidade, de acordo com sua estratificação de risco;
- solicitar os exames de rotina da Rede Mãe Paranaense;
- realizar as consultas de pré-natal conforme cronograma, avaliando em cada consulta possíveis alterações e mudanças na estratificação do risco;
- imunizar as gestantes conforme protocolo;
- imunizar as crianças conforme calendário de vacinação;
- realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso;
- encaminhar, através da Central de Regulação, e monitorar as gestantes de risco para o ambulatório de referência para gestação de risco;
- encaminhar as crianças menores de um ano classificadas de risco para o ambulatório de referência, conforme o protocolo.

Tendo em vista a necessidade de melhorar a infraestrutura das UBS para oferecer serviços de Atenção Primária à Saúde com qualidade, serão repassados recursos financeiros às prefeituras municipais para a construção, a reforma e a ampliação de 219 destas Unidades.

A operacionalização dessas ações seguirá as etapas descritas abaixo:

- Etapa 1 - Formalização dos Repasses aos Municípios

Os repasses serão formalizados através de convênios firmados entre o Estado por meio da Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde (FUNSAÚDE) e os municípios conforme modelo constante no **Anexo 7**. Ou, ainda, o repasse dos recursos poderá ser formalizado por meio de transferência fundo a fundo, ou seja, recursos do FUNSAÚDE transferidos para os Fundos Municipais de Saúde. Para tanto, os municípios precisam aderir ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS de acordo com modelo do Termo de Adesão inserido como Anexo 8.

Tanto no Convênio, quanto no Termo de Adesão ficam reafirmadas as responsabilidades dos municípios na atenção primária das gestantes e crianças de até 1 ano de vida que justificam os repasses financeiros, assim como ficam esclarecidos os tipos de obras (reformas, ampliações ou construções) que serão financiadas e quais os seus valores.

- Etapa 2 - Licitação das Obras

Um montante relativo a 20% do valor da obra será repassado aos municípios logo após a formalização dos repasses (assinaturas de Convênios ou Termos de Adesão), possibilitando a abertura de processo licitatório para a contratação das obras. Esses valores irão variar de acordo com o tipo de obra.

Os municípios conduzirão os certames licitatórios utilizando modelos de documentos revisados pela Equipe de Aquisições da Unidade de Gerenciamento do Projeto que incluem cláusulas antifraude e anticorrupção.

- Etapa 3 - Contratação das Obras

Depois de homologados os resultados das licitações, os municípios assinarão contratos com as empresas vencedoras dos certames.

No Anexo 9 encontra-se um modelo de contrato entre um município e uma empresa para a realização de obra em Unidade Básica de Saúde.

- Etapa 4 - Operacionalização das Obras

Tanto no Convênio quanto nos Termos de Adesão está explícito que para todos os tipos de obras, e especialmente para o caso das construções, os municípios têm a responsabilidade de dispor de área desimpedida/regularizada para a realização das obras, o que quer dizer que os terrenos precisam estar sob o domínio do município.

Quando os municípios enviarem à SESA as ordens de serviços para o início das obras devidamente assinadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), eles estarão aptos a receber a segunda parcela de repasses previstos nos Convênios ou Termos de Adesão, que pode ter valores variando entre 60 e 80% do valor licitado da obra, de acordo com o tipo de obra.

As obras de reparos, ampliações e construções das UBSs serão realizadas pelas empresas contratadas observando-se as disposições dos contratos e dos editais de licitações.

As empresas serão pagas de acordo com os procedimentos e prazos previstos nos editais de licitação e nos contratos, mediante as medições do andamento das obras. Essas medições serão realizadas por servidores dos municípios indicados como fiscais dos contratos.

- Etapa 5: Acompanhamento e Fiscalização das Obras

Os municípios disporão de engenheiro para a fiscalização das obras de acordo com os contratos, tendo em vista que os pagamentos de faturas às empresas contratadas terão como base os relatórios desses profissionais.

Não obstante, essas obras serão acompanhadas por profissional indicado pelo Estado. Para viabilizar as fiscalizações, o Estado do Paraná, por meio da SESA, celebrou em maio de 2016, com a Paraná Edificações da Secretaria de Estado de Infraestrutura e Logística (SEIL), o Termo de Cooperação Técnica 032/2016 (Anexo 11).

A terceira e última parcela de recursos previstos nos Convênios e Termos de Adesão serão repassadas aos municípios após a conclusão das obras mediante a apresentação dos seguintes documentos: i) Relatório de Cumprimento de objetivos emitido pela Regional de Saúde; ii) fotos das etapas de execução da obra; iii) Termo de Constatação de Execução de Obra fornecido pela Paraná Edificações (PRED).

### 3.3 AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

Para que as UBS possam ofertar, de forma qualificada, os serviços de Atenção Primária à Saúde para as gestantes, puérperas e crianças, é importante que estas estejam equipadas para garantir as condições técnicas para o desempenho dos serviços. Até 2015 a SESA fez a aquisição e a distribuição de equipamentos aos municípios. A partir deste ano, a SESA criou a Resolução n.º 604/2015, que institui o incentivo financeiro no valor de R\$ 115 mil reais por meio do repasse fundo a fundo para os municípios adquirirem equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde.

### 3.4 INCENTIVO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS PARA O CUSTEIO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para apoiar os municípios no custeio das ações de Atenção Primária à Saúde, são realizados repasses financeiros diretamente do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de acordo com a Resolução da SESA n.º 276/2012 (Anexo 12). Em 2014, foi alterado o valor do Incentivo Financeiro de Custeio do Programa de

Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), com a inclusão da parcela do Incentivo de Saúde Bucal na Atenção Primária, de acordo com a Resolução da SESA n.º 396/2014, disponível no endereço eletrônico: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO\\_2014/Resolucao3962014.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO_2014/Resolucao3962014.pdf)>.

### 3.5 QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A captação precoce da gestante para o pré-natal<sup>6</sup>, o monitoramento e o acompanhamento deste processo e do puerpério, bem como da criança, são ações de Atenção Primária à Saúde que podem ser feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelas Equipes de Saúde da Família ou pelos profissionais das UBS.

Por ser assim, os ACS possuem, no âmbito da implementação das ações da Rede Mãe Paranaense, as seguintes competências:

- cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas;
- captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UBS para a inscrição no pré-natal;
- orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situação de risco;
- auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco;
- realizar busca de gestantes e crianças que não comparecem na UBS para o seu acompanhamento;
- captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiverem alta hospitalar;
- incentivar o aleitamento materno exclusivo - ACS “Amigo do peito”;
- garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando à equipe sinais de risco social, biológico e clínico e/ou situações de risco de violência.

Neste mesmo contexto, as Equipes de Saúde possuem as competências apresentadas a seguir:

---

<sup>6</sup> O ideal é que o procedimento seja realizado antes do final do terceiro mês de gestação.

- conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, de meio ambiente e morbimortalidade coletados no cadastramento;
- acompanhar as famílias de risco em suas casas (visita domiciliar), na Unidade Básica de Saúde (atendimento) e em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias, de modo a auxiliar na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- estabelecer a programação das atividades de prevenção, de educação em saúde e de assistência, a partir dos problemas prioritizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- identificar a presença de fatores de risco para a gestante e o feto através dos antecedentes familiares e pessoais, com as famílias das microáreas definidas como de risco social;
- cadastrar a gestante o mais precocemente possível e alimentar o SISPRENATAL por ocasião das consultas de pré-natal;
- estratificar risco das gestantes e crianças menores de 1 ano;
- manter a Carteira da Gestante preenchida com as informações sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos, quando existirem;
- realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiverem alta hospitalar até o quinto dia e, ainda, agendar consulta na UBS;
- realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde;
- assistir as gestantes e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco;
- acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica para o bebê;
- manter a Carteira da Criança preenchida com informações sobre o seu desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os 5 anos de idade;
- acompanhar a criança de risco até 1 ano de vida;
- incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

No sentido de garantir a melhoria e a padronização do atendimento para gestantes, puérperas e crianças até 1 ano de idade, foram qualificados até 2015 pouco mais de 42 mil profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, e até o final do Projeto serão capacitados 1.500 profissionais a mais todo ano.

### 3.6 IMPLANTAÇÃO DAS CARTEIRAS DA GESTANTE E DA CRIANÇA

As Carteiras da Gestante e da Criança são instrumentos dinâmicos que serão utilizados a cada consulta e servirão de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar. Assim, a gestante ou a mãe deve ser orientada a portar a sua carteira ou a carteira da criança sempre que se direcionar a qualquer serviço de atenção à saúde.

O preenchimento das carteiras das gestantes terá início nas Unidades Básicas de Saúde e nelas deverão constar as principais informações sobre o curso da gravidez, inclusive identificando o estrato de risco no qual a gestante se encontra e o hospital para onde deverá se dirigir no caso de intercorrências durante a gestação e para a realização do parto.

Já o preenchimento da Carteira da Criança terá início no hospital e nela estarão relatadas informações a respeito do parto e do nascimento.

As carteiras das gestantes e das crianças são distribuídas pelo Departamento de Logística da Secretaria de Estado da Saúde, que, por sua vez, encaminha o quantitativo referente a cada Regional de Saúde que abastece os municípios e hospitais/maternidades de sua abrangência.

### 3.7 IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS GESTANTES

A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade é a tendência temporal de queda de mortalidade materna e infantil. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionada à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno.

Portanto, a identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações para a mudança desses indicadores.

A Secretaria de Estado da Saúde realizou estudo dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil no período de 2006 a 2010. A partir dessa análise, verificaram-se as principais causas de óbitos e fatores de risco para a mortalidade materna e infantil. De acordo com essa análise, observou-se a necessidade de estabelecer na Rede Mãe Paranaense a estratificação de risco da gestante e da criança como elemento orientador para a organização da atenção nos seus diversos níveis (Atenção Primária, Secundária e Terciária).

Com base nesse estudo, definiu-se a estratificação de risco em três níveis para a gestante e a criança: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco.

A estratificação de risco da gestante e da criança será realizada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde e a estratificação de risco da gestante definirá a sua vinculação ao hospital de Risco Habitual, de Risco Intermediário e de Alto Risco.

Serão consideradas como de **Risco Habitual** as gestantes que não apresentarem fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

Serão classificadas como de **Risco Intermediário** as gestantes ou crianças que apresentarem os fatores de risco descritos a seguir:

- **raça e/ou etnia da mãe:** no período de 2012 a 2015, a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 36,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a das mães brancas foi de 12,3 por 1.000 nascidos vivos, representando um risco relativo 2,95 vezes maior para negras e indígenas quando comparado ao das mães brancas;
- **idade da mãe:** no período de 2011 a 2015, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 50,1, enquanto para o grupo entre 20 e 40 anos foi de 19,6, representando um risco relativo 2,55 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos;
- **grau de escolaridade da mãe:** no período de 2011 a 2015, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 03 anos de estudo foi de 83,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a de mães com mais de 12 anos de estudo foi de 8,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos, representando um risco de morte 9,6 vezes maior para filhos de mães com baixa escolaridade;
- **mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior:** no período de 2011 a 2015, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho morto anteriormente foi de 13,52, enquanto para aquelas que não tiveram filho morto foi de 10,89 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filho morto de 1,24 vezes relativamente àquelas que não tiveram filho morto;
- **mães que tiveram pelo menos três filhos vivos em gestações anteriores:** no período de 2011 a 2015, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de três filhos vivos foi de 33,9, enquanto para aquelas que tiveram menos de três filhos vivos foi de 8,94 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de três filhos vivos 3,79 vezes maior em relação às mulheres com menos de três filhos.

Finalmente, serão consideradas gestantes de **Alto Risco** aquelas que apresentarem os seguintes fatores de risco:

- **condição clínica preexistente:** hipertensão arterial; dependência de drogas lícitas e ilícitas; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças

infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; e psicose e depressão grave.

- intercorrências clínicas: doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, infecção por Zika Vírus etc.); doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual; doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias e endocrinopatias); retardo do crescimento intrauterino; trabalho de parto prematuro; placenta prévia; amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); sangramento de origem uterina; isoimunização RhD (Rh negativo); má formação fetal confirmada; e macrossomia do concepto com patologias.

A estratificação de risco da gestante definirá a sua vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto.

### 3.8 VINCULAÇÃO DAS GESTANTES A UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

A vinculação das gestantes a um hospital de referência, para o atendimento das intercorrências durante a gestação e para a realização do parto, será realizada pelas Unidades Básicas de Saúde de acordo com a estratificação de risco, sendo a vinculação identificada na Carteira da Gestante.

Sendo assim, as gestantes de Risco Habitual serão referenciadas a hospitais ou maternidades localizadas geralmente no próprio município onde residem, para que o parto possa ocorrer de modo seguro e solidário, o mais naturalmente possível.

Já as gestantes de Risco Intermediário serão referenciadas a hospitais ou maternidades que possuam estruturas especializadas, como Unidades de Internação Pediátrica ou Unidades de Cuidados Intermediários (UCIs) Neonatais, comumente localizados em cidades consideradas polos regionais.

Quanto às gestantes e crianças de Alto Risco, serão referenciadas a hospitais ou maternidades que possuam Unidades de Internação Pediátrica Especializada e Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) Adulto, Neonatal e Pediátrico, normalmente localizados em cidades consideradas polos macrorregionais.

Vale ressaltar que o trabalho em rede pressupõe a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, sendo previstos encaminhamentos a outros níveis de referência mais especializados no caso de agravos. Para tanto, haverá um sistema logístico composto por: a) cartão SUS; b) SISPRENATAL; c) prontuário (carteira da criança e da gestante); d) transporte sanitário eletivo e de urgência; e, e) complexo regulador. Ainda, serão coordenados pelo sistema de governança da rede, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) regionais.

Para a implantação de referências ambulatoriais que atendam às gestantes de acordo com sua classificação de risco nas 22 Regionais de Saúde do Estado, serão firmados contratos com os prestadores de serviços para o repasse de incentivo financeiro, bem como

serão realizadas transferências financeiras aos municípios, seja por meio de convênios ou na modalidade fundo a fundo. Serão firmados também convênios com os Consórcios Intermunicipais de Saúde para o custeio de ações e investimentos em equipamentos (Modelo de Convênio no Anexo 10).

### 3.9 ACOMPANHAMENTO DA PROPORÇÃO ENTRE O NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS E O NÚMERO DE GESTANTES QUE PASSARAM POR MAIS DE SETE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

A implantação da Rede Mãe Paranaense foi fundamentada no marco conceitual da Rede de Atenção à Saúde, que adota um modelo de atenção em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 75% de carga de doença no Paraná.

Toda a estrutura baseia-se no fortalecimento e organização da atenção primária, secundária e terciária, estabelecendo protocolos que garantam uma atenção de qualidade, iniciando desde o pré-natal precoce com a realização de sete ou mais consultas. A Rede Mãe Paranaense conseguiu um excelente resultado, fechando o ano de 2015 com 99% das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal.

Entendendo a importância desse indicador é que a SESA, em seu Plano Estadual de Saúde, em sua Diretriz 1 - Fortalecimento da Rede Mãe Paranaense, tem como meta ampliar para 90% das gestantes SUS com sete ou mais consultas. Esse acompanhamento é quadrimestral através do Relatório Anual de Gestão (RAG), para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da proporção do número de nascidos vivos que realizam sete ou mais consultas de pré-natal é utilizado o Sistema de Informação SISPRENATAL e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

### 3.10 FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense desenvolveu-se o painel de bordo, o qual permite que os municípios, as Regionais de Saúde, os Serviços de Saúde e a Secretaria da Saúde reflitam sobre os indicadores. Ao refletirmos sobre os indicadores, o painel de bordo nos possibilita avaliar se estamos fazendo o que é certo e em que pontos devemos melhorar.

O monitoramento permitirá o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do acompanhamento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede de atenção à Mãe Paranaense, e irá orientar o processo de decisão para a implementação de novas medidas.

Com o painel de bordo a Rede Mãe Paranaense estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: resultados para a sociedade, indicadores de processo, indicadores de gestão e, por último, indicadores relacionados ao financiamento.

Outra forma de Monitoramento da Rede Mãe Paranaense é o modelo de Governança de Redes. A implantação dos Comitês Executivos nas Macrorregiões de Saúde permite a discussão e avaliação das ações e estratégias visando à melhoria da atenção materno-infantil nos vários pontos de atenção da rede.

O comitê executivo tem como principais atribuições:

- reunir-se periodicamente ou quando necessário;
- acompanhar o funcionamento da Rede Mãe Paranaense nos seus diversos pontos de atenção;
- monitorar os objetivos e metas da Rede Mãe Paranaense que devem ser cumpridos a curto, médio e longo prazos;
- monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da Rede Mãe Paranaense na Macrorregião;
- recomendar novos arranjos, fluxos e organização da Rede Mãe Paranaense;
- recomendar capacitação e educação permanentes para as equipes de saúde;
- recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas Interinstitucionais;
- encaminhar para a CIB Estadual as recomendações.

## 4 GESTÃO DO PROGRAMA

### 4.1 UNIDADE TÉCNICA DO PROGRAMA

Para a gestão do Programa será estruturada, pela SESA, uma Unidade Técnica do Programa, que terá as seguintes atribuições:

- consolidar os Planos Operativos Anuais, acompanhá-los e atualizá-los;
- coordenar a implantação do Programa, promovendo a integração entre todos os envolvidos;
- consolidar relatórios de execução (monitoramento);
- promover a integração com a Unidade de Gerenciamento do Projeto/SEPL;
- indicar os representantes do Programa no Comitê Gestor do Projeto.

### 4.2 INSTRUMENTOS PARA A GESTÃO DO PROGRAMA

A seguir descrevem-se os instrumentos a serem utilizados pelo responsável por planejar e gerir as ações do Programa Rede Mãe Paranaense, bem como pela Unidade de Gerenciamento do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná.

#### 4.2.1 Planos Operativos Anuais (POAs)

Os Planos Operativos Anuais serão o instrumento que norteará o planejamento e a gestão do Programa. Eles terão como base: a) as diretrizes orçamentárias anuais; b) as metas estabelecidas, e c) os indicadores de monitoramento previamente definidos.

Os POAs serão elaborados concomitantemente ao processo de programação orçamentária da iniciativa 4162 que contempla o Programa, de acordo com as etapas descritas a seguir.

- Etapa 1 - Elaboração dos POAs do Programa

O responsável pelo Programa promoverá reuniões com sua equipe para a elaboração das propostas de POAs. Estas propostas deverão ser elaboradas de acordo com a estrutura apresentada no quadro 7.

QUADRO 7 - ESTRUTURA DOS PLANOS OPERATIVOS ANUAIS DO PROGRAMA MÃE PARANAENSE

SETOR DO PROJETO	PGE/AÇÃO DE AT	RESPONSÁVEL	INICIATIVA	VALOR DAS DESPESAS (R\$ 1,00)			PRINCIPAIS AÇÕES PREVISTAS
				Total	Corrente	Capital	
Setor ou Subcomponente Saúde	PGE 9 - Rede Mãe Paranaense	SESA	4162				

FONTE: Unidade Desenvolvimento do Projeto

- Etapa 2 - Aprovação dos POAs do Programa

Estas propostas serão apresentadas à Unidade de Gerenciamento do Projeto Multissetorial para apreciação, seguindo-se a mesma estrutura apresentada no quadro 10. Os POAs do Programa, depois de analisados e aprovados pela UGP, comporão a proposta de POA do Projeto Multissetorial.

A UGP também articulará junto à COP/SEFA a inserção dos Planos do Projeto nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais.

Depois de aprovadas as LOAs pela Assembleia Legislativa do Estado, a UGP compatibilizará os POAs elaborados aos orçamentos efetivamente aprovados e apresentará ao Comitê Gestor do Projeto para apreciação, análise e aprovação. Posteriormente encaminhará os Planos ao Banco Mundial para a apreciação e a não objeção.

A UGP devolverá ao responsável pelo Programa as versões aprovadas dos POAs.

#### 4.2.2 Outros Instrumentos que subsidiam a Gestão do Programa

Para dar suporte à gestão do Programa, a UGP e a SESA contarão, ainda, com um conjunto de instrumentos, os quais estão relacionados a seguir:

- Relatórios de Acompanhamento e Monitoramento Semestral<sup>7</sup>

A execução das ações previstas no Programa será monitorada constantemente.

Não obstante serão elaborados, semestralmente, relatórios de acompanhamento e monitoramento, explicitando o desempenho do Programa quanto ao alcance de indicadores previamente definidos, subsidiando tanto a UGP, no acompanhamento, quanto o responsável pelo Programa, no processo de gerenciamento do mesmo.

Estes relatórios serão consolidados pela UGP tendo em vista informações encaminhadas pelo responsável pelo Programa.

- Planos de Aquisições<sup>8</sup>

Os Planos de Aquisições serão ferramentas para a programação e acompanhamento dos processos licitatórios decorrentes da execução do Programa.

O Plano de Aquisições será atualizado no mínimo uma vez por ano, ou conforme a necessidade, devendo refletir as reais necessidades de implementação do Projeto e o aperfeiçoamento da capacidade institucional dos executores. A SESA preparará os Planos de

---

<sup>7</sup> Detalhes sobre o processo de monitoramento do Projeto poderão ser obtidos no item 9 do Volume 1 do Manual Operativo do Projeto.

<sup>8</sup> Mais detalhes a respeito dos Planos de Aquisições poderão ser obtidos no item 7.1 do Volume 1 do Manual Operativo do Projeto.

Aquisições do Programa referentes ao ano subsequente, em consonância com as propostas incluídas na programação orçamentária anual. Estes serão encaminhados para a Unidade de Gerenciamento do Projeto. Depois de analisados e aprovados pela UGP e, também, pelo Banco Mundial, estes integrarão o Plano de Aquisições do Projeto Multissetorial.

Os Planos incluirão: a) a lista de bens, obras, serviços e consultorias, identificando a fase em que se encontram (previstos; em processo de licitação, em execução ou concluídos); b) os custos dos contratos ou a estimativa destes; c) as modalidades de licitação conforme o ajustado com o Banco; d) a necessidade de pré-qualificação dos licitantes; e) a identificação quanto à necessidade de revisão prévia do Banco Mundial; e f) o cronograma para a licitação e para o repasse dos recursos financeiros previstos no contrato.

Em janeiro, posteriormente à aprovação da Lei Orçamentária Anual (LOA), o Plano de Aquisições do Programa deverá ser atualizado, tendo em vista os recursos efetivamente orçados.

- Relatórios Financeiros<sup>9</sup>

O responsável pelo Programa executará o detalhamento dos pagamentos efetuados pelo SIAF referentes aos insumos do Projeto dentro do Sistema SIGMAPP. Estas informações constam nos gastos elegíveis, inclusive aqueles financiáveis cujos processos licitatórios foram realizados de acordo com as regras do Banco Mundial.

Esses relatórios serão semestralmente gerados pela UGP, contribuindo para o acompanhamento e gestão financeira do Programa e, por sua vez, do Projeto Multissetorial.

---

<sup>9</sup> Mais detalhes a respeito dos Relatórios Financeiros poderão ser obtidos no item 5.2 do Volume 1 do Manual Operativo do Projeto.

## 5 MONITORAMENTO

O processo de monitoramento pretende contribuir para o aperfeiçoamento da execução e da gestão do Programa, trazendo informações a respeito das ações realizadas e dos resultados alcançados, subsidiando, inclusive, as propostas de correções e ajustes e a prestação de contas da aplicação dos recursos para a sociedade paranaense.

O monitoramento do Programa integra o Plano de Monitoramento e Avaliação do Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná, elaborado durante a preparação do Projeto e atualizado na Revisão de Meio Termo. Tal Plano consiste no acompanhamento de indicadores previamente acordados com os executores dos Programas. Ao referido instrumento agregam-se os indicadores do Quadro de Resultados e Monitoramento do Projeto constantes no *Project Appraisal Document - PAD*)<sup>10</sup>. Esse conjunto de indicadores é especialmente acompanhado pela equipe de monitoramento e avaliação do Banco, sendo eles: indicadores de desenvolvimento, indicadores de resultados intermediários e indicadores de desembolso.

Foram identificados cinco indicadores de desenvolvimento, sendo cada um deles relacionado a um setor do Projeto (Desenvolvimento Rural Sustentável; Gestão Ambiental e de Riscos de Desastres; Educação; Saúde; e Gestão do Setor Público).

Já os indicadores de resultados intermediários são específicos, sendo cada um deles relacionado a um dos programas contemplados no Componente 1 ou a uma ação do Componente 2 do Projeto.

Os indicadores de desembolso foram selecionados entre os indicadores de monitoramento e estão relacionados aos repasses de recursos do Banco Mundial ao Estado no âmbito da execução do Componente 1 do Projeto.

O acompanhamento de todos os indicadores comporá os Relatórios Semestrais do Projeto, os quais serão encaminhados pela UGP ao Banco Mundial, sendo elaborados a partir das informações repassadas pelas instituições envolvidas na execução dos programas e ações.

No quadro 8 são apresentados os indicadores de monitoramento relativos ao Programa Rede Mãe Paranaense a serem especialmente analisados pelo Banco Mundial, e no quadro 9 têm-se os indicadores de monitoramento complementares do Programa.

---

<sup>10</sup> Documento elaborado durante a preparação do Projeto para fins de avaliação do mesmo pela direção do Banco Mundial.

QUADRO 8 - INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA MÃE PARANAENSE QUE SERÃO ESPECIALMENTE ACOMPANHADOS PELO BANCO MUNDIAL

N.º	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	ATÉ DEZEMBRO DE 2015			PREVISTO				MEDIDA DE DESEMPENHO
				Previsto	Realizado	%	2016	2017	2018	2019	
5	Diminuição na taxa de mortalidade materna	Número	65,11 (2010)	57,11	51,57	111,0	48,23	47,88	47,53	47,18	O indicador mede o percentual de decréscimo em relação à base (65,11/100.000 nascidos vivos); exclui mortes por causas acidentais ou violência. Geralmente os dados viáveis refletem o status de 1,5 anos atrás.
19	Percentual de gestantes de alto risco de complicações no parto, identificadas, que foram referenciadas por unidades básicas de saúde a um hospital participante da Rede de Saúde Materno-Infantil do Mutuário (Mãe Paranaense)	Percentual	5,5	80,0	87,2	109,0	80,0	80,0	80,0	90,0	Relatório que compare dados a partir dos seguintes sistemas: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC, sistema de informação sobre nascidos vivos) e Sistema de Informação Hospitalar. A partir de 2019 este indicador não é mais de desembolso.
20	Proporção de nascidos vivos para mulheres que foram atendidas em mais de 7 consultas pré-natais	Percentual	80,0	80,0	99,0	123,8	80,0	80,0	90,0	90,0	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). A partir de 2019 este indicador não é mais de desembolso.
21	Redução de taxa de mortalidade infantil	Coeficiente	12,17 (2013)	11,47	10,92	105,0	11,14	10,81	10,50	10,50	O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) será a fonte dos dados.

## LEGENDA

ID	Indicador de Desembolso (DLI)
PDO	Indicador de Desenvolvimento-Setorial
IRI-PAD	Indicador de Resultado Intermediário - PAD

FONTE: *Project Appraisal Document* (Banco Mundial, RMT, 2016)

QUADRO 9 - INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ATÉ DEZEMBRO DE 2015			PREVISTO			ÓRGÃO/SETOR RESPONSÁVEL	MEDIDA DE DESEMPENHO
		Previsto	Realizado	%	2016	2017	2018		
Fator de Redução das Desigualdades para hierarquização dos municípios (meta anual)	Texto	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	100,0	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	Relação dos 391 municípios hierarquizados por prioridade	SESA/SAS	Municípios priorizados
UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas	Número	60	113	188,3	156	199	219	SESA/SAS	Número de UBS construídas, reformadas e/ou ampliadas dividido pelo número previsto.
Número de instituições beneficiadas com equipamentos para atender às gestantes e crianças da Rede Mãe Paranaense	Número	60	308	513,3	358	408	458	SESA/SAS	Número de UBS equipadas dividido pelo número previsto
Municípios com incentivo financeiro para o atendimento nas APS (meta anual)	Número	391	391	100,0	391	391	391	SESA/SAS	Número de municípios com incentivo dividido pelo número de municípios previstos
Profissionais da Atenção Primária à Saúde melhor qualificados	Número	30.000	42.505	141,7	44.005	45.505	47.005	SESA/SAS	Número de profissionais qualificados dividido pelo número previsto
Gestantes SUS dependentes com carteira	Percentual	30	113,5	378,3	85	85	90	SESA/SAS	Número de gestantes SUS dependentes com carteira / dividido pelo número estimado de gestantes SUS dependentes
Crianças SUS dependentes com carteira nas UBS	Percentual	30	125,7	419,0	85	85	90	SESA/SAS	Número de crianças SUS dependentes com carteira nas UBS / dividido pelo número estimado de crianças SUS dependentes
Gestantes com classificação de risco registrada no SISPRENATAL	Percentual	30	62,4	208,0	70	70	80	SESA/SAS	'n.º de AIH para procedimentos obstétricos emitidas por Hospitais da Rede dividido pelo número estimado de gestantes SUS Dependentes
Gestantes com atenção e referência hospitalar garantidas nas intercorrências e no parto	Percentual	30	62,4	208,0	70	70	80	SESA/SAS	'n.º de AIH para procedimentos obstétricos emitidas por Hospitais da Rede dividido pelo número estimado de gestantes SUS Dependentes

FONTE: SESA (2017)

## 6 CUSTOS DO PROGRAMA

No quadro 10 são apresentados os custos anual e total previstos para o Programa Rede Mãe Paranaense, sendo que, na previsão, levou-se em conta a programação da iniciativa do PPA 4162 da SESA.

QUADRO 10 - CUSTOS DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

SETOR DO PROJETO/PGE	EXECUTOR/ CO-EXECUTOR	METAS FINANCEIRAS PREVISTAS						TOTAL DO PROJETO
		N.º Iniciativa no PPA	Ano 1 (2014)	Ano 2 (2015)	Ano 3 (2016)	Ano 4 (2017)	Ano 5 (2018)	
Setor Saúde/ Programa de Gastos Elegíveis 9	SESA	4162	115.408.900	108.115.000	58.280.749	58.280.749	47.972.657	388.058.055
TOTAL DO SETOR SAÚDE	SESA	4161 4162	438.116.299	481.119.862	400.470.789	521.816.606	343.729.911	2.185.253.467

FONTE: UGP/CDG/SEPL

## REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Avaliação ambiental. In: **Política Operacional do Banco Mundial**. [Brasília], 1999. cap. 4.01.

BANCO MUNDIAL. Povos indígenas. In: **Política Operacional do Banco Mundial**. [Brasília], 2005. cap. 4.10.

BANCO MUNDIAL. **Project Appraisal Document - PAD**. Washington, USA, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. v.8. (Coleção para Entender a Gestão do SUS).

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliações. Brasília: IPEA, 2010. (Nota Técnica n.6).

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Modelo Lógico do Programa Mãe Paranaense**. Curitiba, 2012.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Modelo Lógico do Programa Rede de Urgência e Emergência**. Curitiba, 2012.

PARANÁ. Secretaria do Planejamento e Coordenação Geral. **Lei orçamentária anual 2012**. Curitiba: SEPL, 2012.

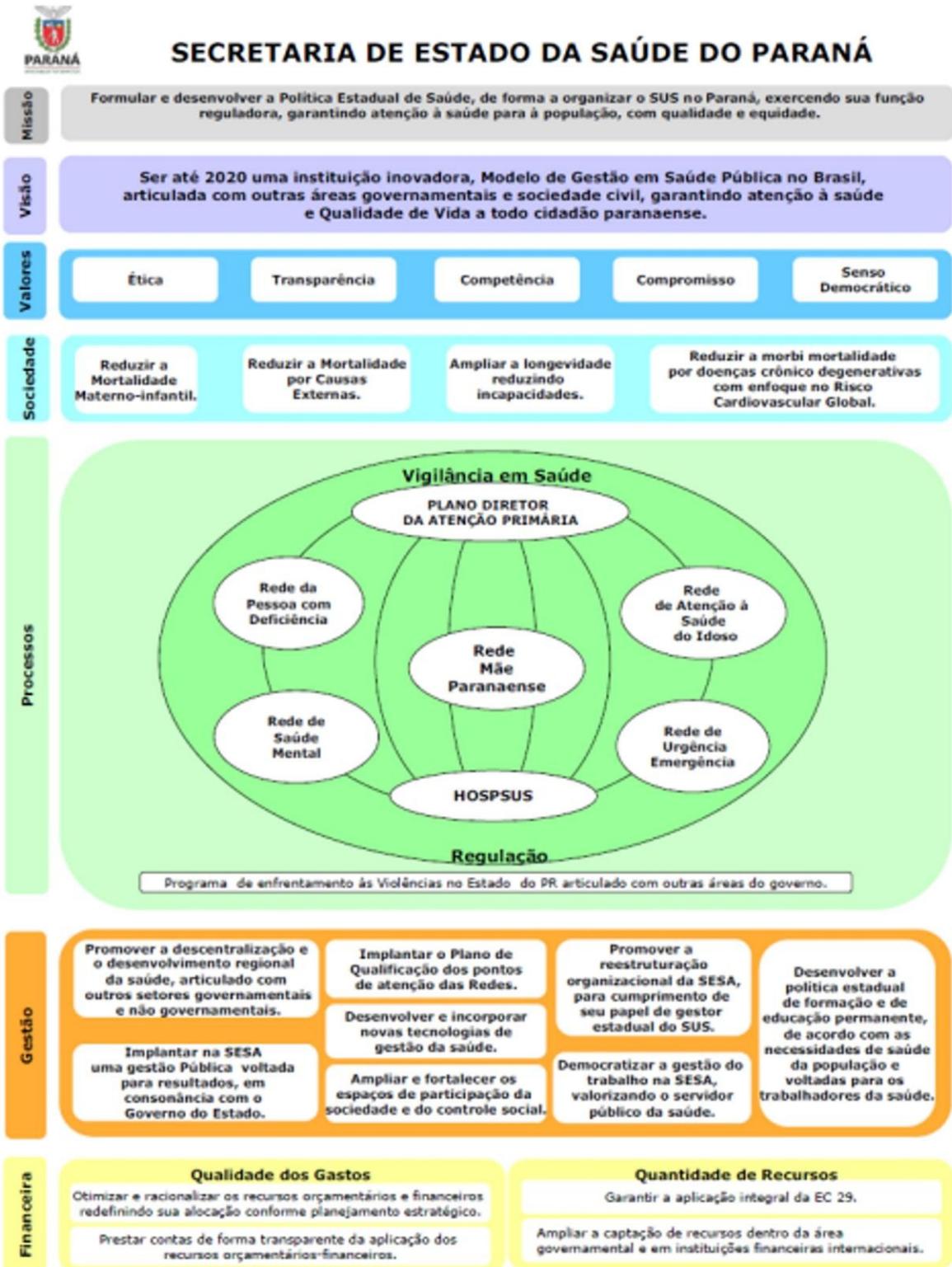
PARANÁ. Secretaria do Planejamento e Coordenação Geral. **Plano Plurianual 2012-2015**. Curitiba: SEPL, 2011.

STARFIELD. B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**MAPA ESTRATÉGICO DA SESA**

## ANEXO 1 MAPA ESTRATÉGICO DA SESA



**ANEXO 2**  
**DESCRIÇÃO DO PROGRAMA HOSPSUS**

## **ANEXO 2**

### **DESCRIÇÃO DO PROGRAMA HOSPSUS**

#### **1 CONTEXTO EM QUE SE INSERE O PROGRAMA HOSPSUS**

O Paraná dispõe de 2 leitos por mil habitantes; contudo, ao avaliarmos a resolutividade e a qualidade observa-se que um quantitativo expressivo de leitos está concentrado em hospitais de pequeno porte, com menos de 50 leitos. São 8.214 leitos, que representam 38,3% dos leitos disponíveis ao SUS no Estado. A baixa resolutividade da assistência hospitalar em algumas regiões faz com se tenha que transferir pacientes de uma região para outra, em busca da atenção resolutiva para o caso, provocando a demora do atendimento e a insatisfação da população com a assistência hospitalar.

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde elaborou um projeto para apoiar os hospitais que atuam como referência na região em que estão inseridos e que, por dificuldades financeiras e pela atual remuneração baseada na tabela de procedimentos do SUS, não conseguem estruturar os serviços para atender às necessidades da população. Algumas regiões do Estado não dispõem de serviços de traumatologia e neurocirurgia, atendimento para a gestante de risco, assim como há falta de leitos de UTI Adulto e Neonatal.

Este Projeto foi denominado Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde (HOSPSUS).

#### **2 APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA**

O HOSPSUS possibilitará à população paranaense atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade o mais próximo possível de sua residência, otimizando a eficiência dos hospitais e contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público e filantrópico no Estado, social e sanitariamente essencial para atender às necessidades da população em todas as regiões de saúde.

Inicialmente o Programa irá atender a 51 hospitais públicos e filantrópicos, distribuídos nas diferentes regiões do Estado, que serão retaguarda para a Rede Mãe Paranaense e a Rede Estadual de Urgência e Emergência.

### **3 MISSÃO**

Qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de hospitais social e sanitariamente essenciais para atender às necessidades da população do Estado.

### **4 VISÃO**

Consolidar, até 2020, mudanças e inovação na assistência hospitalar do Paraná com padrões de qualidade e segurança reconhecidos, atendendo às necessidades contemporâneas, visando à satisfação da população.

### **5 VALORES**

Excelência, inovação, ética, compromisso e cooperação.

### **6 OBJETIVOS**

O HOSPSUS tem como objetivo melhorar a oferta de leitos hospitalares em todas as regiões de saúde do Estado, mediante um termo de compromisso firmado entre o hospital e a SESA/PR, contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público e filantrópico no Estado, social e sanitariamente necessário e capaz de:

- a) operar com eficiência;
- b) prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população;
- c) preencher vazios assistenciais;
- d) inserir-se nas redes de atenção à saúde prioritárias no Estado.

## 7 ESTRATÉGIAS

- a) Assistencial: conformação de um sistema de saúde que integre dois níveis territoriais: o regional, com autossuficiência em atenção de média complexidade; e o macrorregional, com autossuficiência em atenção de alta complexidade, possibilitando desta forma a melhoria do acesso, de modo a diminuir os deslocamentos dos cidadãos do Paraná que necessitam de assistência hospitalar resolutive para os grandes centros;
- b) Econômica: a alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos, para capacitação dos profissionais de saúde, e para a modernização gerencial do hospital, de acordo com o perfil assistencial que se espera do hospital para a região ou macrorregião;
- c) Redistributiva: estabelecer um fator de alocação segundo necessidades;
- d) Gerencial: estabelecer uma lógica contratual por meio da assinatura de Termo de Adesão entre a SESA/PR e o hospital;
- e) Educacional: estabelecer mecanismos de adesão e compromissos por meio de curso de gestão hospitalar e capacitação permanente das equipes dos hospitais, de acordo com o perfil assistencial;
- f) Parceria com os Gestores Locais: participação dos gestores locais nas comissões de avaliação do Programa na região e definição da carteira de serviços necessários para o atendimento das necessidades de saúde da população;
- g) Cooperação Técnica Horizontal: por meio da parceria com a FEMIPA e a organização de cursos de capacitação gerencial, possibilita-se a transferência de conhecimentos entre os hospitais participantes do Programa, a troca de experiências, contribuindo para capacitação de recursos humanos, a melhoria da qualidade da atenção e do acesso aos usuários.

## 8 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DE HOSPITAIS

Nesta primeira fase a SESA/PR definiu, através da Resolução nº 0172/2011, os seguintes critérios para a inclusão dos hospitais no HOSPSUS:

- Ser hospital de referência macrorregional e/ou regional;
- Ser público ou filantrópico, localizado nos municípios-sede das macrorregiões e/ou regiões de saúde do Estado do Paraná, definidos no Plano Diretor de Regionalização;

- Ter 100 ou mais leitos ativos ofertados ao SUS e inseridos no sistema de regulação estadual e, em caso de inexistência de hospital desse porte na sede da região, ser o hospital de maior complexidade e porte;
- Ser referência na região para a atenção de Média e Alta Complexidade (MAC);
- Atender, no mínimo, 25% de pacientes referenciados de sua região de abrangência e ter o perfil e a atuação de âmbito regional estabelecidos com base no fluxo de atendimento aos usuários do SUS.

## **9 ADESÃO AO HOSPSUS**

Para participar do Programa, os hospitais selecionados assinam um Termo de Adesão que estabelece os compromissos e metas do hospital, que serão acompanhados e avaliados trimestralmente pela Comissão Estadual e pelas Comissões Regionais de Avaliação e Monitoramento do HOSPSUS.

A Secretaria de Estado da Saúde instituirá um incentivo financeiro aos hospitais com base no número de leitos gerais e leitos de UTI disponíveis ao SUS.

Os recursos provenientes do tesouro do Estado e suas aplicações são direcionados para melhoria da qualidade da assistência, com investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos), para aumento da oferta de serviços, custeio das ações e serviços e melhoria da gestão dos hospitais.

Os recursos de custeio serão alocados às instituições da seguinte forma:

- a) 50% do valor total do incentivo será destinado às instituições de forma fixa;
- b) 50% de forma variável, ou seja, condicionado ao desempenho das metas estabelecidas pelo Programa.

## **10 RESULTADOS PARA A SOCIEDADE**

- Reduzir os anos de vida perdidos por incapacidade;
- Reduzir o tempo-resposta nos serviços de urgência;
- Reduzir os índices de morbimortalidade por causas externas e doenças cardiovasculares por faixa etária;
- Reduzir a mortalidade materna e perinatal.

**ANEXO 3**

**HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS  
E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS  
PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
2	2	Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron	0013633	280.000,00	100.000,00	Único hospital no município, hospital estratégico de referência sob gestão estadual, tem 359 leitos gerais, 75 leitos de UTI SUS, habilitações na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos endovasculares extracardíacos, traumatologia-ortopedia, oncologia, neurologia, nefrologia, atenção ao paciente com obesidade grave, atendimento em urgência, entre outras para atendimento ao trauma, referência para a Rede Paraná Urgência para o SAMU 192 e SIATE 193, referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de todos os municípios da região.
3		São José dos Pinhais	Hospital e Maternidade Municipal	2753278	160.000,00	100.000,00	Possui 192 leitos gerais, 20 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em traumatologia-ortopedia. Referência para a Rede Paraná Urgência para o SAMU 192 e SIATE 193, referência para a Rede Paraná Urgência para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de outros municípios da região.
4		Curitiba	Hospital de Clínicas da UFPR	2384299	240.000,00	100.000,00	Hospital universitário, possui 501 leitos gerais, 21 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, procedimentos da cardiologia intervencionista e procedimentos endovasculares extracardíacos, cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia, terapia nutricional, traumatologia-ortopedia e assistência ao portador de obesidade grave. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de outros municípios da região.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
5	2	Curitiba	Hospital Universitário Cajuru	0015407	280.000,00		Hospital universitário, 100% SUS, possui 177 leitos gerais, 29 leitos de UTI, habilitação na alta complexidade em cirurgia vascular, traumatologia-ortopedia, neurologia/neurocirurgia e terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende pacientes referenciados pelo SAMU 192 e SIATE 193 e população de Curitiba e região metropolitana.
7		Curitiba	Hospital Evangélico	0015245	280.000,00	100.000,00	Possui 445 leitos gerais, 80 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, procedimentos da cardiologia intervencionista e procedimentos endovasculares extracardíacos, cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia, terapia nutricional, traumatologia-ortopedia, oncologia, centro de referência de alta complexidade no tratamento de queimados, assistência ao paciente portador de obesidade grave. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense, para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de Curitiba e outros municípios da região.
8		Curitiba	Santa Casa	0015334	220.000,00		Possui 179 leitos gerais, 28 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos da cardiologia intervencionista e endovascular extracardíacos, nefrologia, traumatologia-ortopedia, terapia nutricional e assistência ao paciente portador de obesidade grave. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende urgência referenciada pelo SAMU 192 e população de outros municípios da região metropolitana de Curitiba.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
9	2	Curitiba	Hospital Pequeno Principe	0015563	260.000,00		Hospital especializado na atenção infantil, possui 315 leitos gerais, 46 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, procedimentos da cardiologia intervencionista e procedimentos endovasculares extracardíacos, nefrologia, neurologia/neurocirurgia, oncologia, terapia nutricional, traumato-ortopedia, dentre outras. Referência para a Rede Paraná Urgência para Curitiba, região metropolitana.
10		Curitiba	Mater Dei	2715864		100.000,00	Hospital especializado na atenção materno infantil, possui 55 leitos gerais e 10 leitos de UTI. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de outros municípios da região metropolitana de Curitiba.
12		Rio Negro	Hospital e Maternidade Bom Jesus	0018694	55.000,00		Único no município, possui 30 leitos gerais e é referência para a Rede Paraná Urgência.
13	3	Castro	Hospital Anna Fiorillo Menarim	2683210	55.000,00		Possui 46 leitos gerais, 9 leitos de UTI, referência para a Rede Paraná Urgência e para partos de risco habitual. Atende população referenciada dos demais municípios da região. Atualmente o repasse está suspenso até regularização das pendências referentes ao contrato com a SESA.
14		Ponta Grossa	Hospital Universitário Regional de Ponta Grossa	6542638	160.000,00		Hospital próprio e universitário, possui 119 leitos gerais e 12 leitos de UTI em funcionamento. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende população referenciada de outros municípios.
15		Ponta Grossa	Hospital Bom Jesus	2686791	160.000,00		Possui 125 leitos gerais, 12 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cardiologia, terapia nutricional e único hospital na região com habilitação em neurocirurgia/neurologia. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende pacientes referenciados pelo SAMU 192 e SIATE 193.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
16	3	Ponta Grossa	Santa Casa	2686953	170.000,00	100.000,00	Tem 189 leitos gerais, 22 leitos de UTI SUS, com habilitação na alta complexidade em cardiologia, oncologia, nefrologia e terapia nutricional. Referência para atendimento a gestação de alto risco. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende pacientes referenciados pelo SAMU 192 e SIATE 193. Atende população referenciada de todos os municípios da região.
17		Jaguariaíva	Hospital Carolina Lupion	2687038	110.000,00		Possui 79 leitos gerais, sendo referência para a Rede Paraná Urgência, atende população referenciada de outros municípios da região.
18	4	Irati	Santa Casa de Irati	2783789	200.000,00	100.000,00	Único no município e com maior porte da região, conta com 128 leitos gerais e 20 leitos de UTI SUS. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e habitual. Atende população referenciada dos demais municípios da região.
19	5	Guarapuava	Hospital São Vicente de Paulo	2741989	140.000,00	100.000,00	Possui 146 leitos gerais e 17 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia, terapia nutricional e oncologia. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e habitual. Atende população referenciada dos demais municípios da região.
20		Guarapuava	Instituto Virmond	2742047	170.000,00	100.000,00	Possui 172 leitos gerais e 19 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade para traumatologia e terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e habitual. Atende população referenciada dos demais municípios da região.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
21	5	Pitanga	Hospital São Vicente de paulo de Pitanga	2742098	55.000,00		Único hospital do município, possui 91 leitos gerais. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende população referenciada de outros municípios da região.
22	6	União da Vitória	Hospital Regional de Caridade N S Aparecida	2568349	55.000,00		Único hospital na região como retaguarda para a Rede Paraná Urgência. Possui 54 leitos gerais e 6 leitos de UTI SUS. Atende população referenciada dos demais municípios da região.
23		União da Vitória	APMI	2568373		100.000,00	Possui 73 leitos gerais e 16 leitos SUS. Hospital especializado na atenção materno infantil, referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco.
25		Pato Branco	ISSAL	0017884	200.000,00	100.000,00	Possui 110 leitos gerais e 20 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade para cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia e atenção ao paciente portador de obesidade. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de outros municípios da região.
26		Pato Branco	Policlínica Pato Branco	0017868	200.000,00		Possui 125 leitos gerais, 22 leitos de UTI SUS, habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos endovasculares extracardíacos, nefrologia, terapia nutricional, traumatologia-ortopedia, oncologia. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende encaminhamentos do SAMU 192 e população referenciada de outros municípios da região.
27		9	Foz do Iguaçu	Hospital Municipal de Foz do Iguaçu	5061989	160.000,00	

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
28	9	Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	2591049	220.000,00	100.000,00	Possui 157 leitos gerais, com 21 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade para cirurgia cardiovascular, terapia nutricional e oncologia. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende SAMU 192 e SIATE 193. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco.
29		Medianeira	Hospital Nossa Senhora da Luz	2582716	55.000,00		Possui 85 leitos gerais e 3 leitos de UTI SUS, habilitado na alta complexidade para terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende encaminhamentos do SAMU 192 e população referenciada de outros municípios da região. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco habitual.
30	10	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do PR	2738368	280.000,00	100.000,00	Hospital universitário, conta com 166 leitos gerais e 29 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia e terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência atendendo pacientes encaminhados pelo SAMU 192 e SIATE 193 e população da região. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco.
31	11	Campo Mourão	Santa Casa	0014109	160.000,00	100.000,00	Possui 119 leitos gerais e 18 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade para terapia nutricional e serviço UNACON com radioterapia. Referência para a Rede Paraná Urgência com pacientes encaminhados pelo SAMU 192 e população referenciada de outros municípios. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
32	11	Goioere	Santa Casa de Goioere	2735970	55.000,00		Referência da Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário. Possui 62 leitos gerais. Atende SAMU 192 e SIATE 193, e população referenciada de todos os municípios da região.
33	12	Umuarama	Instituto Nossa Senhora Aparecida	2594366	90.000,00		Possui 114 leitos gerais, 14 leitos de UTI SUS e habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, terapia nutricional e atenção ao paciente portador de obesidade grave. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende pacientes encaminhados pelo SAMU 192 e população referenciada de todos os municípios da região.
34		Umuarama	NOROSPAR	3005011	160.000,00	100.000,00	Possui 90 leitos gerais e 20 leitos de UTI SUS, possui habilitação em terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência, com atendimento aos pacientes encaminhados pelo SAMU 192 e SIATE 193. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco.
35	13	Cianorte	Santa Casa de Cianorte	2735989	110.000,00		Possui 91 leitos gerais, 7 leitos de UTI SUS com habilitação na alta complexidade em nefrologia. Referência para a Rede Paraná Urgência na região, atende SAMU 192 e população referenciada de todos os municípios da região.
36	14	Paranavaí	Santa Casa de Paranavaí	2754738	200.000,00	100.000,00	Único hospital de referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Possui 145 leitos gerais e 20 leitos de UTI SUS. Habilitação na alta complexidade para cirurgia vascular, terapia nutricional e atenção ao paciente portador de obesidade grave.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
37	15	Maringa	Santa Casa Maria Auxiliadora	2594714	220.000,00	100.000,00	Possui 203 leitos gerais, 22 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade em nefrologia, neurocirurgia/neurologia, traumato-ortopedia e terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende SAMU 192 e SIATE 193 e urgência referenciada de todos os municípios da região. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e de alto risco.
38		Maringa	Hospital Universitário de Maringá	2587335	180.000,00	100.000,00	Hospital universitário, possui 97 leitos gerais e 20 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade para terapia nutricional e atenção ao paciente portador de obesidade grave. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende SAMU 192 e SIATE 193 e urgência referenciada de todos os municípios da região. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e de alto risco.
39		Sarandi	Hospital Metropolitano	2825589	220.000,00	100.000,00	Único hospital no município, hospital estratégico de referência sob gestão estadual, possui 167 leitos gerais e 25 leitos de UTI SUS. É habilitado na alta complexidade para cirurgia vascular e neurocirurgia/neurologia. Referência regional para a Rede Paraná Urgência e para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e de alto risco.
40	16	Apucarana	Hospital Nossa Senhora das Graças	2439360	160.000,00		Possui 136 leitos gerais e 14 leitos de UTI SUS, possui habilitação na alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia e terapia nutricional. Referência para a Rede Paraná Urgência e atende pacientes referenciados de outros municípios da região.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
41	16	Apucarana	Hospital da Providência Materno Infantil	2439263		100.000,00	Hospital realiza atendimentos principalmente na área materno infantil, possui 99 leitos gerais, 12 leitos de UTI SUS e habilitação na alta complexidade em neurologia/neurocirurgia. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de outros municípios na região.
42		Arapongas	Hospital João de Freitas	2576341	280.000,00		Tem 214 leitos gerais e 43 leitos de UTI SUS, hospital estratégico de referência sob gestão estadual. É referência regional para a Rede Paraná Urgência, possui habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia e terapia nutricional.
43		Arapongas	Irmandade Santa Casa de Arapongas	2576198	55.000,00	100.000,00	Possui 90 leitos gerais e 5 leitos de UTI SUS, referência para a Rede Paraná Urgência, atende população referenciada de outros municípios da região.
44	17	Londrina	Hospital Universitário do Norte do Paraná	2781859	260.000,00	100.000,00	Hospital universitário, maior hospital da região, possui 250 leitos gerais e 35 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade para cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos endovasculares extracardíacos e da cardiologia intercessionista, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, UNACON, centro de referência em assistência à queimados. Referência regional para a Rede Paraná Urgência e para Rede Mãe Paranaense para realização de partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de todos os municípios da região.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

continua

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
45	17	Londrina	Santa Casa	2580055	260.000,00		Possui 200 leitos SUS e 43 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta na alta complexidade em cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia e assistência ao paciente portador de obesidade grave. Referência para a Rede Paraná Urgência, atende população referenciada de municípios da região.
46		Londrina	Hospital Evangélico	2550792	220.000,00	100.000,00	Possui 276 leitos gerais e 22 leitos de UTI SUS. Referência regional para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e alto risco. Possui habilitação na alta complexidade em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia.
47		Rolândia	Hospital São Rafael de Rolândia	4055748	55.000,00		Tem 55 leitos gerais e 10 leitos de UTI SUS (desativados temporariamente). Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário.
48		Cambé	Santa Casa de Cambé	2730650	77.000,00		Possui 50 leitos gerais e 10 leitos de UTI SUS, referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário.
49		Ibiporã	Santa Casa de Ibiporã	2729385	77.000,00		Possui 103 leitos gerais e é referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário.
50	18	Cornélio Procópio	Santa Casa de Cornélio Procópio	2582449	160.000,00	100.000,00	Possui 110 leitos gerais e 14 leitos de UTI SUS. Referência para a Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário. Atende população referenciada de todos os municípios da região.

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DO PARANÁ HOSPSUS FASE 1 - REFERÊNCIAS PARA AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

conclusão

ORD	RS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	CNES	REFERÊNCIA REDE PARANÁ URGÊNCIA (R\$)	REFERÊNCIA REDE MÃE PARANAENSE (R\$)	JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA
51	18	Bandeirantes	Santa Casa de Bandeirantes	2577410	110.000,00		Possui 105 leitos gerais, é referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário e para a Rede Paraná Urgência.
53		Sto. Antonio da Platina	Hospital Nossa Senhora da Saúde	2781816	55.000,00		Possui 102 leitos gerais e 10 leitos de UTI SUS, referência regional para a Rede Paraná Urgência.
54		Jacarezinho	Santa Casa de Jacarezinho	2783800	140.000,00		Possui 106 leitos gerais e 9 leitos de UTI SUS. Referência para a Rede Paraná Urgência e atende população referenciada de todos os municípios da região.
55	20	Toledo	Hospital Bom Jesus (HOESP)	4056752	170.000,00	100.000,00	Maior hospital da região, possui 172 leitos gerais e 16 leitos de UTI SUS. Possui habilitação na alta complexidade para traumatologia-ortopedia e terapia nutricional. Referência regional para a Rede Paraná Urgência e para Rede Mãe Paranaense para realização de partos de risco intermediário e alto risco. Atende população referenciada de todos os municípios da região.
56	21	Telêmaco Borba	Instituto Dr. Feitosa	2740435	110.000,00		Único hospital na região para referência da Rede Paraná Urgência e Rede Mãe Paranaense para os partos de risco intermediário. Possui 100 leitos gerais e 10 leitos de UTI SUS. Atende população referenciada de todos os municípios da região.
57	22	Ivaiporã	Hospital Bom Jesus	2590727	160.000,00	100.000,00	Possui 77 leitos gerais e 21 leitos de UTI SUS. Referência para a Rede Mãe Paranaense para os partos de alto risco e para a Rede Paraná Urgência. Possui habilitação na alta complexidade para terapia nutricional.

**ANEXO 4**  
**DESCRIÇÃO DO APSUS**

## ANEXO 4 DESCRIÇÃO DO APSUS

### 1 APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA

*“Só é gerenciado aquilo que se mede”.*

Kaoru Ishikawa

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) tem utilizado, desde janeiro de 2011, o Mapa Estratégico e o Painel de Bordo como ferramentas do seu planejamento estratégico. A SESA definiu no seu Mapa Estratégico a implantação das Redes de Atenção à Saúde para enfrentar o desafio de mudar o sistema de saúde do Paraná de modo a atender às necessidades de saúde da população que apresenta uma alta prevalência de condições crônicas. Para a implantação das Redes de Atenção à Saúde, tem papel preponderante a Atenção Primária organizada em todos os municípios do Paraná, com definição de sua área de abrangência, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde, atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos em todo o seu ciclo de vida. Esta concepção de Atenção Primária é baseada na experiência nacional e internacional, que tem fortes evidências de que os melhores resultados sanitários foram obtidos por países que investiram em Atenção Primária, em comparação com aqueles que optaram por um sistema focado na atenção ao evento agudo, um sistema hospitalocêntrico (MENDES, 2009).

Desta forma, a SESA definiu como uma ação estratégica a implantação de um programa de apoio aos municípios, o APSUS, que propõe a melhoria da Atenção Primária à Saúde em todo o Paraná. O APSUS tem três componentes, um componente de investimento na melhoria da estrutura das Unidades de Saúde (construção e ampliação e equipamentos), um componente de custeio para as equipes (incentivo estadual mensal) e um componente de capacitação, constituído pelas oficinas do APSUS e os cursos para as equipes da APS.

O Mapa Estratégico é a representação visual dos objetivos estratégicos de uma instituição e de suas relações cruciais. Através dele, a organização descreve e ilustra, em linguagem clara e geral, os seus objetivos e as conexões que fundamentam a direção estratégica. A partir do Mapa define-se o Painel de Bordo, que permite aos gestores de uma organização aferir os resultados alcançados e avaliar se estes estão de acordo com o que foi estabelecido como objetivos a serem alcançados pela instituição.

A utilização de indicadores é fundamental para alcançar os objetivos de uma organização, seja ela pública, seja privada. Em razão disto, no campo da administração são utilizadas diversas ferramentas para apoiar as empresas ou instituições, visando estabelecer os objetivos, metas e indicadores e o monitoramento e avaliação destes.

Para compreender melhor a proposta, são apresentados a seguir o Mapa Estratégico do APSUS e o Painel de Bordo que permitem acompanhar a consecução dos objetivos estabelecidos para a Atenção Primária em todo o Paraná.

## **2 MAPA ESTRATÉGICO**

### **Missão**

- Formular a Política de Atenção Primária no Estado do Paraná, implementando as ações e serviços para a promoção do cuidado da população em todo o seu ciclo de vida.

### **Visão**

- Ser, até 2020, o Estado com a APS organizada em todos os municípios, atuando como porta de entrada, com resolutividade e responsabilidade pelos cuidados dos seus cidadãos.

### **Valores**

- Vínculo
- Autonomia
- Inovação
- Qualidade

### **Resultados para a Sociedade**

- Atender às expectativas da população em relação às necessidades de saúde;
- Garantir o acesso e a qualidade das ações e serviços de atenção primária à saúde;
- Diminuir os anos potenciais de vida perdidos por incapacidade.

### **Perspectiva de Processo**

- Vincular toda a população à APS;
- Estratificar o risco da população e das condições de saúde;
- Desenvolver e implementar planos de cuidado conforme a estratificação de risco;
- Monitorar o plano de cuidado;
- Desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

### **Perspectiva de Gestão**

- Investir na melhoria da infraestrutura e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, estabelecendo um padrão de ambiência para a realização das atividades na APS;
- Qualificar as equipes de atenção primária à saúde por meio de processos de educação permanente;
- Desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de APS;
- Estruturar a atenção primária à saúde para que seja coordenadora do cuidado nas Redes Prioritárias de Atenção à Saúde: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa;
- Contratualizar os municípios para a melhoria dos indicadores de atenção à saúde;
- Implementar as tecnologias de gestão da clínica;
- Estimular a participação social em ações intersetoriais, de modo a incentivar a promoção e prevenção em saúde.

### **Perspectiva de Financeiro**

- Garantir o incentivo financeiro para custeio das equipes e para melhoria da infraestrutura das UBS;
- Ampliar a captação de recursos para o APSUS;
- Financiamento tripartite visando à qualificação da APS.

### **Indicadores de Resultados**

1. Percentual da população coberta por equipe de APS (3);
2. Percentual de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos com estratificação de risco (3);
3. Percentual de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos com plano de cuidado implementado (3);
4. Percentual de gestantes vinculadas ao hospital para realização do parto conforme a estratificação de risco (3);

5. Percentual de diabéticos e hipertensos com níveis tensionais e hemoglobina glicada em níveis controlados (3);
6. Percentual de usuários satisfeitos com a APS (3);
7. Percentual de municípios contratualizados que atingiram as metas do contrato de gestão (3);
8. Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur (3);
9. Percentual de recurso financeiro alocado na APS (3).

## PAINEL DE BORDO DO APSUS

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR
Resultados para a sociedade	1.1 Atender às expectativas da população em relação às necessidades de saúde.	1.1 Percentual de usuários satisfeitos com a APS.
	1.2 Garantir o acesso e a qualidade das ações e serviços de atenção primária à saúde.	1.2 Percentual de usuários satisfeitos com a APS.
	1.3 Diminuir os anos potenciais de vida perdidos por incapacidade.	1.3 Número de anos potenciais de vida perdidos por incapacidade.
Processo	2.1 Vincular toda a população à APS.	2.1 Percentual da população coberta por equipe de APS
	2.2 Estratificar o risco da população e das condições de saúde.	2.2 Percentual de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos com estratificação de risco.
	2.3 Desenvolver e implementar planos de cuidado conforme a estratificação de risco.	2.3 Percentual de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos com plano de cuidado implementado pela equipe da APS.
	2.4 Monitorar o plano de cuidado.	2.4 Percentual de gestantes vinculadas ao hospital para realização do parto conforme a estratificação de risco.
	2.5 Desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde.	2.5 Percentual de diabéticos e hipertensos com níveis tensionais e hemoglobina glicada em níveis controlados.
Gestão	3.1 Investir na melhoria da infraestrutura e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, estabelecendo um padrão de ambiência para a realização das atividades na APS.	3.1 Percentual de usuários satisfeitos com a APS.
	3.2 Qualificar as equipes de atenção primária à saúde por meio de processos de educação permanente.	
	3.3 Desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de APS.	
	3.4 Estruturar a atenção primária à saúde para que seja coordenadora do cuidado nas Redes Prioritárias de Atenção à Saúde: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa.	3.4 Taxa da população idosa internada por fratura de fêmur.
	3.5 Contratualizar os municípios para a melhoria dos indicadores de atenção à saúde.	3.5 Percentual de municípios contratualizados que atingiram as metas do contrato de gestão.
	3.6 Implementar as tecnologias de gestão da clínica	
	3.7 Estimular a participação social em ações intersetoriais, de modo a incentivar a promoção e prevenção em saúde.	
Financeira	4.1 Garantir o incentivo financeiro para custeio das equipes e para melhoria da infraestrutura das UBS.	4.1 Percentual de recursos financeiros alocados na APS.
	4.2 Ampliar a captação de recursos para o APSUS.	4.2 Percentual de recursos financeiros alocados na APS.

### 3 COMPONENTES APSUS

**Investimento:** Recursos repassados para a construção, ampliação e aquisição de equipamentos de UBS. Estão previstos no orçamento da SESA recursos financeiros para construção, ampliação e aquisição de equipamentos para 180 unidades de saúde.

**Custeio:** Recursos repassados para reforma para UBS e Incentivo estadual mensal de acordo com o Fator de Redução das Desigualdades Regionais. São considerados elegíveis os municípios que apresentam pontuação no Fator de Redução das Desigualdades Regionais abaixo de 7,5 e população até 250.000 habitantes, totalizando 391 municípios.

**Educação Permanente:** Processo de Educação Permanente envolvendo as Regionais de Saúde, municípios e universidades na realização de oficinas da atenção primária à saúde, com o objetivo de qualificar aproximadamente 30 mil profissionais de saúde.

As oficinas realizadas entre 2011 e 2014 tiveram os seguintes temas: Rede de Atenção à Saúde; Rede Mãe Paranaense; Rede de Urgência e Emergência; Monitoramento e Avaliação; Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Estado do Paraná; Programação da Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde; Rede de Saúde Mental e Rede de Saúde do Idoso.

Uma nova fase do Programa APSUS, se iniciou com a implantação do Processo de Tutoria da APS, que será viabilizado pela adesão dos municípios e suas equipes da APS. Este processo foi introduzido no Estado no ano de 2014, tendo o objetivo de apoiar as equipes no gerenciamento dos micros e macroprocessos prioritários, para que as mesmas assumam a coordenação das Redes de Atenção à Saúde, visa tornar as equipes da APS coordenadoras do cuidado dos cidadãos em seu território.

## 4 CONCEITOS E FUNDAMENTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 4.1 CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA - OMS, 1979)

A Atenção Primária à Saúde que se deseja implantada no Paraná constitui-se como “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação [...]. É parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual se constitui como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária”.

## 4.2 FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (STARFIELD, 2002; CONASS, 2011)

**Valores:** universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social.

**Princípios:** territorialização, intersetorialidade, caráter substitutivo (baseado na pessoa e não na doença), equipes multiprofissionais; e ainda princípios baseados nas necessidades e expectativas das populações e voltados para a qualidade de vida.

### **Atributos únicos da Atenção Primária à Saúde:**

- Primeiro contato: acesso oportuno. A porta da UBS aberta, assegurando-se respostas aos agravos agudos, crônicos e aos grupos prioritários: equilíbrio entre demandas espontânea e programada;
- Integralidade: 1) ser humano integral (biopsicossocial); 2) horizontal - na atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e manutenção da saúde; e 3) vertical - integrada aos diferentes pontos de atenção;
- Longitudinalidade: continuidade do cuidado ao longo do tempo;
- Coordenação: para a garantia da integralidade vertical proporcionando acesso oportuno à atenção especializada e hospitalar.

### **Atributos derivados dos anteriores:**

- Enfoque na pessoa e na família (não na doença);
- Valorização dos aspectos culturais;
- Orientação para a comunidade.

### **Atributos não únicos da APS, mas essenciais:**

- Registro adequado;
- Continuidade de pessoal;
- Comunicação;
- Qualidade clínica;
- Defesa da clientela (advocacia).

## 4.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado.

São organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo e com a qualidade certos e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população.

Três elementos são fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. A estrutura operacional das RAS consolida-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na Atenção Primária à Saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e, o sistema de governança.

**ANEXO 5**  
**DESCRIÇÃO DO COMSUS**

## ANEXO 5 DESCRIÇÃO DO COMSUS

### 1 APRESENTAÇÃO

O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) que nasce com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender às necessidades de saúde da população. Seu principal objetivo é implantar os Centros de Especialidades Regional em todas as regiões de saúde do Paraná, mediante parceria firmada entre a SESA e os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) para ampliar o acesso da população paranaense aos serviços ambulatoriais de atenção secundária (consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas ambulatoriais).

### 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Alinhar o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) de acordo com as redes de atenção à saúde prioritárias: Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Atenção à Pessoa Idosa, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde Mental;
- Implantar incentivo de custeio para ampliar a oferta de serviços especializados;
- Implantar incentivo de investimento para a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regional. Inserir CIS nas Redes de Atenção à Saúde, integrados com a atenção primária e atenção terciária;
- Operar com eficiência e efetividade;
- Preencher vazios assistenciais;
- Melhorar a qualidade da gerência dos consórcios.

### 3 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

- a) **Assistencial:** implementação do modelo de atenção com base nas redes de atenção à saúde, de forma que integre a atenção primária, secundária e terciária, melhorando o acesso e a resolutividade dos serviços.
- b) **Econômica:** alocação de recursos financeiros para a melhoria das estruturas físicas e de equipamentos, para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial dos consórcios, de acordo com o perfil assistencial que se espera para a região ou macrorregião.

- c) **Redistributiva:** estabelecimento de um fato de alocação de recursos financeiros, considerando as desigualdades regionais.
- d) **Gerencial:** assinatura de Termo de Adesão e Convênio com a definição de metas e indicadores.
- e) **Educacional:** participação em oficinas gerenciais, cursos de especialização em gestão de saúde, cursos de capacitação e troca de experiências entre os consórcios.
- f) **Parceria com os municípios:** estímulo à participação dos gestores locais nas comissões de avaliação do programa na região, definição da carteira de serviços necessários para o atendimento das necessidades de saúde da população, como o acompanhamento pelo controle social (Conselhos Municipais de Saúde).

#### 4 AÇÕES

- Construir, ampliar e reformar Centros de Especialidades Regional em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, visando melhorar o acesso e o atendimento à população.
- Aquisição de equipamentos para Centros de Especialidades Regional de acordo com as necessidades decorrentes da implantação das redes de atenção à saúde.
- Implantar incentivo para o custeio dos Centros de Especialidades Regional mediante parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, considerando as desigualdades regionais.
- Implantar processo de qualificação gerencial em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (ACISPAR).
- Implantar Sistema Regional de Transporte Sanitário.
- Ampliar o acesso a exames de imagem, por meio de criação de Central de Laudos à Distância.

#### 5 COMPONENTES

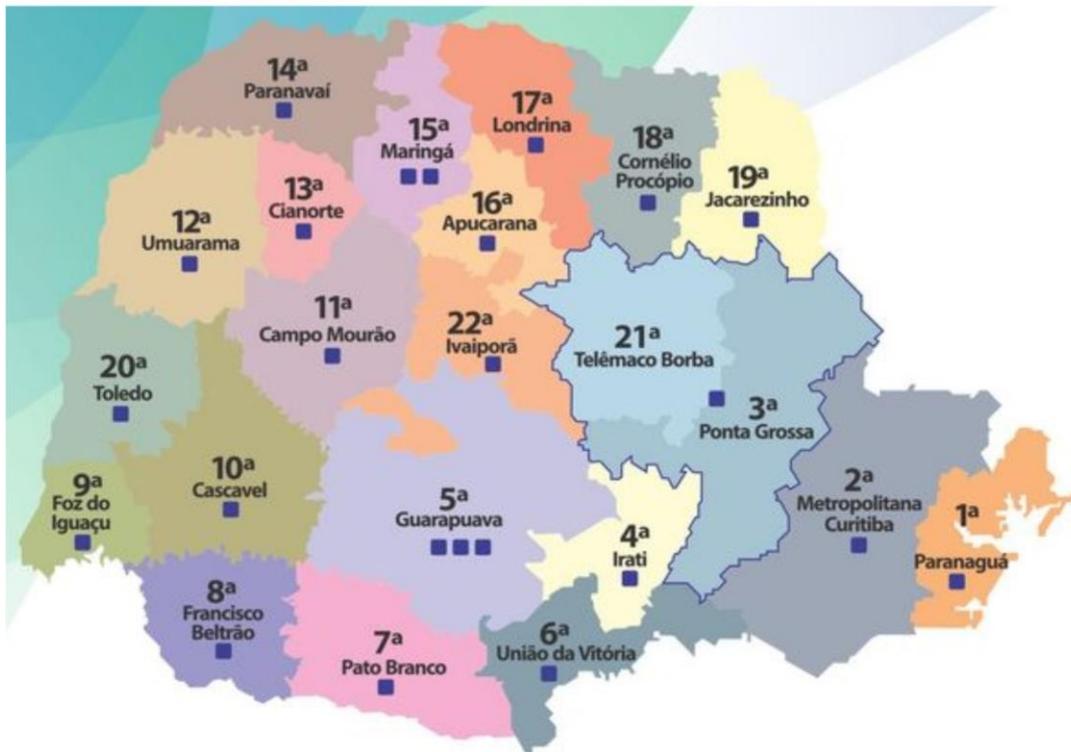
- **Incentivos de custeio:** terá como base o Fator de Redução de Desigualdades Regionais e, portanto, será diferenciado de acordo com as necessidades da população de sua abrangência.
- **Incentivo de investimento:** serão destinados recursos financeiros de investimento para obras e para equipamentos. Os equipamentos indicados para aquisição devem estar vinculados às redes de atenção à saúde prioritárias.

- **Capacitação:** serão ofertados cursos em gestão e planejamento regional de saúde para os gerentes dos consórcios, secretários municipais de saúde e para os representantes municipais que compõem as Comissões Intergestores Bipartites Regionais.

## 6 CONSÓRCIOS NAS REGIONAIS DE SAÚDE

Na figura abaixo são apresentados os consórcios nas Regionais de Saúde.

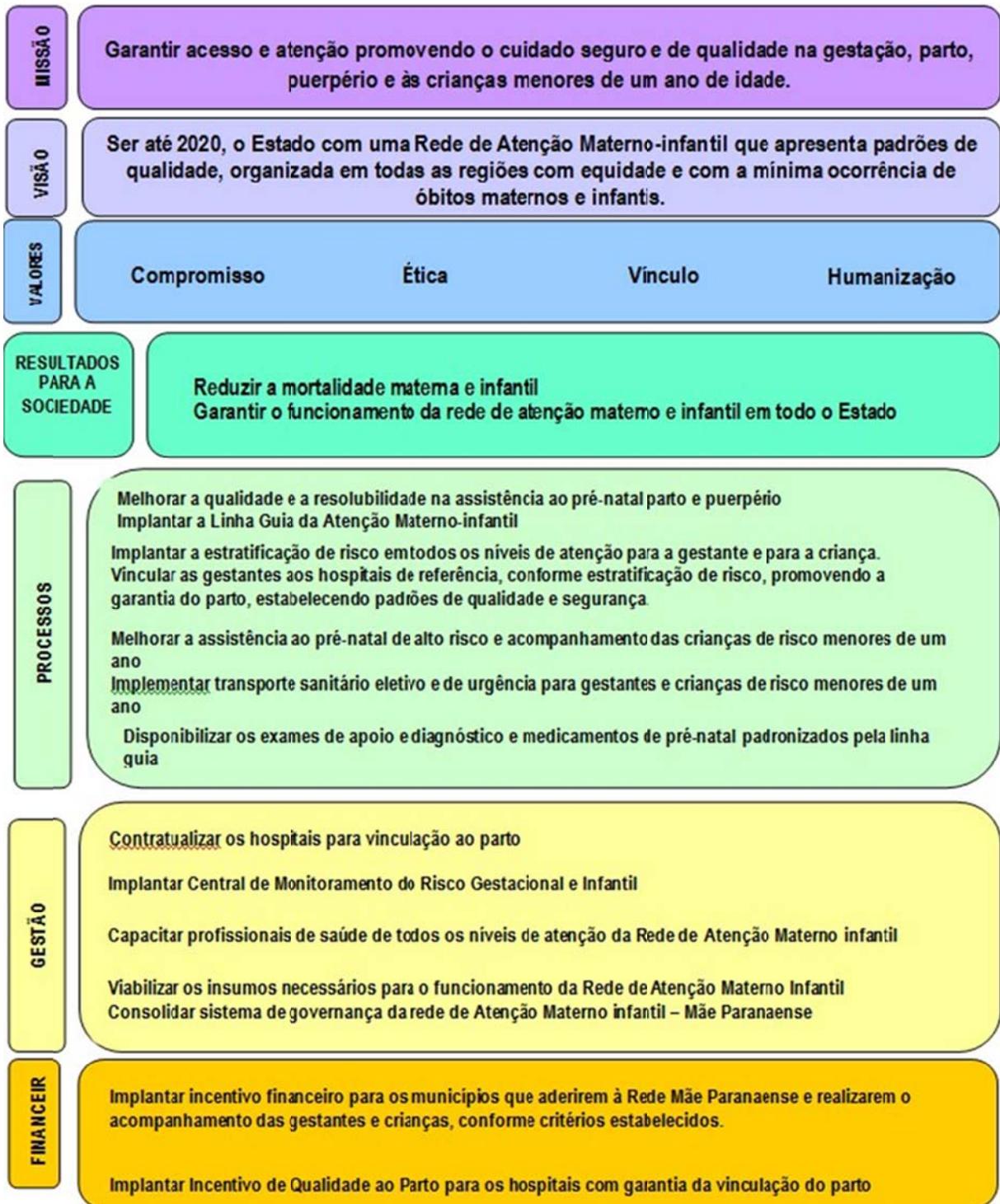
FIGURA 1 - CONSÓRCIOS NAS REGIONAIS DE SAÚDE



- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1ª RS CISLIPA                          | 12ª RS CISA-AMERIOS       |
| 2ª RS COMESP                           | 13ª RS CISCENOP           |
| 3ª RS CIMSAÚDE                         | 14ª RS CIS/AMUNPAR-CRECIS |
| 4ª RS CIC-AMCESPAR                     | 15ª RS CISAMUSEP/CISVAP   |
| 5ª RS ASSISCOP/CISGAP/CIS-CENTRO-OESTE | 16ª RS CISVIR             |
| 6ª RS CISVALI                          | 17ª RS CISMENPAR          |
| 7ª RS ASSIMS                           | 18ª RS CISONOP            |
| 8ª RS ARSS                             | 19ª RS CISONORPI          |
| 9ª RS CISI                             | 20ª RS CISCOPAR           |
| 10ª RS CISOP                           | 21ª RS CIMSAÚDE           |
| 11ª RS CIS-COMCAM                      | 22ª RS CIS                |

**ANEXO 6**  
**MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE**

**ANEXO 6**  
**MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE**



**ANEXO 7**  
**MODELO DE CONVÊNIO COM MUNICÍPIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UBS**

**ANEXO 7**  
**MODELO DE CONVÊNIO COM MUNICÍPIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UBS**

**MINUTA DE TERMO DE CONVÊNIO N.º \_\_\_/20\_\_**

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ FUNSAÚDE, E O MUNICÍPIO XXXX-PR, COM A INTERVENIÊNCIA DO DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM (DER).

**O Estado do Paraná**, por meio da Secretaria de Estado da Saúde/FUNSAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF n.º 08.597.121/0001-74, com sede na Rua Piquiri, 170, Curitiba - Paraná, de ora em diante denominada **SESA/FUNSAÚDE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, **MICHELE CAPUTO NETO**, portador da Cédula de Identidade/RG n.º 3.048.149-6 SESP-PR e do CPF n.º 570.893.709-25, residente e domiciliado nesta capital, e o MUNICÍPIO XXXXXXXXXXXXX, inscrito no CNPJ/MF n.º xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, com sede à Rua xxxxxxxx, na cidade de XXXXXXXXXXXXX - PR, de ora em diante denominada simplesmente **MUNICÍPIO**, neste ato representada por seu Prefeito, **XXXXXXXXXXXXXXXX**, Cédula de Identidade n.º x.xxx.xxx-x-SSP-PR, e do CPF n.º xxx.xxx.xxx- xx, com a interveniência do Departamento de Estradas de Rodagem, de ora em diante denominado **DER**, representado neste ato pelo seu Diretor Geral, o Engenheiro **PAULO ROBERTO MELANI**, portador do R.G. n.º 1.369.560-1 e CPF/MF n.º 547.747.059-34, com base na Lei Estadual n.º 15.608/07, na Resolução n.º 028/2011-TCE-PR, regulamentada pela Instrução Normativa n.º 061/11 de 16/12/2011, ou outra que venha a substituí-la, as disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei Orçamentária Anual do Estado, e no que couber as disposições da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, com as alterações impostas pela Lei n.º 8.883, de 8 de junho de 1994, Lei 12440/11, Lei Complementar Federal 101/2000, e Decreto Estadual n.º 1.198/11, conforme protocolo n.º 11.534.539-7, celebram o presente Termo de Convênio mediante as cláusulas a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Os partícipes acima mencionados firmam o presente Convênio que tem por objetivo a Construção de Unidade de Saúde, do Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), no município de XXXXXXXXXXXXX-PR, conforme Plano de Trabalho, parte integrante deste Instrumento.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS**

### **I - A SESA/FUNSAÚDE compromete-se a:**

- Transferir os recursos financeiros para execução do objeto deste Convênio na forma do Plano de Trabalho, observada a sua disponibilidade orçamentária e financeira.
- Analisar e emitir Termo de Cumprimento dos Objetivos do convênio, e Relatório Circunstanciado, considerando a Resolução 'n.º 028/2012 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.
- Indicar o DER para acompanhar a execução deste Convênio e dos recursos repassados.

### **II - O MUNICÍPIO compromete-se a:**

- 2.1 Apresentar, a título de contrapartida deste Termo de Convênio, o imóvel (terreno no qual será edificada a nova unidade, ou a Unidade a ser ampliada ou reformada) devidamente regularizado.
- 2.2 Colocar em funcionamento a respectiva Unidade construída, ou adequada (ampliada ou reformada), em função deste Termo de Convênio, imediatamente após a entrega definitiva da obra.
- 2.3 Abrir e manter conta bancária específica e exclusiva em banco oficial para o recebimento e movimentação dos recursos provenientes deste Convênio.
- 2.4 Aplicar os recursos financeiros recebidos da SESA/FUNSAÚDE, no objeto deste Termo e em conformidade com o Plano de Trabalho.
- 2.5 Executar, nos termos da legislação pertinente, o necessário para consecução do objeto de que trata este Convênio, observando sempre critérios de qualidade e custo.
- 2.6 Aderir ao Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), liberando suas equipes para participar das atividades de educação permanente ofertadas pela SESA, adotar medidas para a melhoria do acesso dos usuários às UBS e atender às orientações de ambiência para construção/ampliação e reforma de UBS, conforme definição SESA e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB-PR - em anexo). Assim como adotar a caracterização visual da UBS conforme definição da SESA.

- 2.7 Aderir a Rede Mãe Paranaense, adotando as medidas necessárias para a realização do pré-natal e acompanhamento das crianças em todas as UBS do município, implantando a classificação de risco e vinculando as gestantes ao hospital, conforme tipologia dos hospitais estabelecida pela SESA e aprovada na CIB-PR.
- 2.8 Arcar com quaisquer ônus de natureza fiscal, trabalhista, previdenciária ou social, decorrentes da execução deste Convênio.
- 2.9 Apresentar no prazo máximo de 60 dias a contar da assinatura deste termo de convênio:
- Projeto arquitetônico completo (com metragem construção/ampliação/reforma) aprovado pela Vigilância Sanitária, de acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada n.º 050/02, e demais regulamentações e leis que regem a matéria, aprovado pela Superintendência de Assistência à Saúde (SAS) em relação à ambiência pactuada, composto de: Implantação, Planta Baixa, Cortes/elevação, Planta cobertura - 02 (duas) cópias, Planilha de Serviços e Planilha de Execução da Obra (Cronograma Físico e Financeiro) e Folha Resumo para Fechamento do Orçamento, no padrão do Estado do Paraná (SEIL/DER). As planilhas deverão ser aprovadas pelo Departamento de Engenharia da SESA ou pela SEIL/DER.
- 2.10 Na forma dos parágrafos 4.º e 6.º do art. 116 da Lei Federal n.º 8.666 de 21.06.93, o município fica obrigado a:
- Aplicar o saldo do Convênio não utilizado em caderneta de poupança de instituição financeira oficial se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a utilização dos mesmos verificar-se em prazos menores que um mês;
  - As receitas financeiras auferidas na forma do item anterior serão obrigatoriamente computadas a crédito do convênio, e aplicadas exclusivamente no objeto de sua finalidade, devendo constar dos demonstrativos específicos que integrarão as prestações de contas do ajuste;
  - Devolver à Concedente, quando da conclusão, rescisão ou extinção deste convênio, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes de receitas obtidas das aplicações financeiras, no prazo improrrogável de (30) trinta dias do evento, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial.

2.11 Restituir o valor recebido atualizado monetariamente, desde a data do recebimento, acrescido de juros legais, na forma aplicável aos débitos para com o Tesouro do Estado, quando:

- Não for executado o objeto deste Convênio;
- Não for apresentado, no prazo estipulado, a respectiva Prestação de Contas parcial ou final;
- Os recursos forem utilizados em finalidade diversa do estabelecido neste Convênio.

2.12 Adotar práticas anticorrupção, devendo:

- Observar e fazer observar, em toda gestão do Sistema Municipal de Saúde, o mais alto padrão de ética, durante todo o processo de execução do presente Convênio, evitando práticas corruptas e fraudulentas.
- Impor sanções sobre uma empresa ou pessoa física, sob pena de inelegibilidade na forma da Lei, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pela gestão municipal se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa ou pessoa física, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar de licitação ou da execução de contratos financiados com recursos repassados pela SESA/FUNSAÚDE. Para os propósitos deste inciso, definem-se as seguintes práticas:
  - Prática corrupta: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no desempenho de suas atividades;
  - Prática fraudulenta: a falsificação ou omissão de fatos, com o objetivo de influenciar a execução dos recursos;
  - Prática colusiva: esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não competitivos;
  - Prática coercitiva: causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução de um contrato;
  - Prática obstrutiva: destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas, aos representantes da SESA, com o objetivo de impedir materialmente a fiscalização da execução do recurso.
- Concordar e autorizar a avaliação das despesas efetuadas, mantendo à disposição dos órgãos de controle interno e externo todos os documentos, contas e registros comprobatórios das despesas efetuadas.

- A Secretaria de Estado da Saúde declarará misprocurement (processo de aquisição viciado) e cancelará o repasse da parcela relativa ao convênio se, a qualquer momento, comprovar a prática corrupta, fraudulenta, colusiva ou coercitiva por parte dos representantes dos recebedores dos recursos, no decorrer da execução do convênio, sem que tenham sido tomadas as medidas necessárias, apropriadas e satisfatórias, para remediar a situação.
- O Conveniente, garantida a prévia defesa, aplicará as sanções administrativas pertinentes e previstas na legislação brasileira, se comprovar o envolvimento de representante da empresa ou da pessoa física contratada em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas ou coercitivas, no decorrer da licitação ou na execução do contrato, sem prejuízo das demais medidas administrativas, criminais e cíveis.

### **III - O DER compromete-se a:**

- Fiscalizar a execução do objeto do convênio, conforme disciplinado nas suas Condições Gerais de Contratos.
- Emitir Relatório de Vistoria de Obras e Serviços (RVO), demonstrando o percentual de execução da obra.
- Emitir Termo de Compatibilidade Físico-financeira ou Termo de Recebimento
- Provisório de Obra ou recebimento definitivo da obra.
- Analisar e adequar a planilha de serviços da obra aos padrões de serviços e valores estabelecidos pelo Estado do Paraná.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS**

A título de obrigações legais, fica estabelecido que:

- I **MUNICÍPIO** deverá observar as disposições da Lei Estadual n.º 15.608/07;
- II Conforme Resolução n.º 028/2011 - TCE/PR regulamentada pela Instrução

Normativa 61/2011, fica o MUNICÍPIO, dentre outras, obrigado a:

- Utilizar o Sistema Integrado de Transferências (SIT) do TCE-PR, onde deverá atualizar as informações de sua competência exigidas pelo sistema;
- Garantir o livre acesso de servidores do Sistema de Controle Interno ao qual esteja subordinada a entidade concedente, além dos servidores do Tribunal de Contas, a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização ou auditoria;

- Movimentar os recursos em conta específica, salvos os casos previstos em lei;
  - Prever a Unidade Gestora de Transferências (UGT);
- III É vedada a celebração de outros convênios com o mesmo objeto deste, exceto ações complementares;
- IV Não poderão ser pagos, em hipótese alguma, com recursos do Convênio, honorários a dirigentes da instituição beneficiada, bem como gratificações, representações e comissões, obedecidas às normas legais que regem a matéria, em especial o Decreto Estadual n.º 1.198/11 e LC n.º 101/2000;
- V Havendo contratação entre o MUNICÍPIO e terceiros, visando à execução de serviços vinculados ao objeto deste Convênio, tal contratação não implicará solidariedade jurídica à SESA/FUNSAÚDE, bem como não configurará vínculo funcional ou empregatício, nem solidariedade às parcelas de obrigações trabalhistas, contribuições previdenciárias ou assemelhados;
- VI Não poderão ser pagas, com os recursos transferidos, as despesas:
- Com pagamento a qualquer título, a servidor ou empregado público, integrantes do quadro de pessoal de órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta;
  - Relativas à taxa de administração, gerência ou similar;
  - Taxas bancárias, multas, juros ou atualização monetária, decorrentes de culpa de agente do tomador dos recursos ou pelo descumprimento de determinações legais ou convenientes;
  - Pagamento de profissionais não vinculados à execução do objeto do termo de transferência;
- VII É vedada aplicação dos recursos em finalidade diversa da estabelecida no termo, ainda que em caráter de emergência;
- VIII É vedada a realização de despesas em data anterior ou posterior à vigência deste Termo;
- IX É vedada a atribuição de vigência ou de efeitos financeiros retroativos.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS**

Para a execução deste Convênio, serão destinados recursos financeiros no montante de R\$ xxxxxxxxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx), sendo R\$ xxxxxxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxx) recursos financeiros da SESA/FUNSAÚDE que correrão à conta da Dotação Orçamentária específica, Recursos das fontes do Tesouro do Estado, e R\$ xxxxxxxx, será repassado pelo MUNICÍPIO a título de contrapartida. Os recursos serão repassados em parcelas, conforme anexo VI - Cronograma de Desembolso, constante do Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A 1.<sup>a</sup> parcela do anexo VI - Cronograma de Desembolso, constante do Plano de Trabalho, deverá ser repassada após assinatura e publicação do extrato do Convênio no Diário Oficial do Estado do Paraná e, após apresentação e aprovação da documentação solicitada no item 2.9 da Cláusula Segunda, item II - das Obrigações do MUNICÍPIO.

As demais parcelas serão repassadas sistematicamente, quando os percentuais físicos da obra atingirem o percentual acumulado de execução das parcelas anteriormente liberadas, e mediante apresentação do Relatório de Vistoria de Obras/Serviços emitidos pela fiscalização do DER.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Os rendimentos auferidos oriundos da aplicação financeira poderão ser utilizados na consecução do objeto deste Termo de Convênio.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Caso os recursos a serem repassados pela SESA/FUNSAÚDE, constante do *caput* desta cláusula, não sejam suficientes para consecução do objeto deste Termo de convênio, o MUNICÍPIO deverá complementar os recursos necessários, os quais serão aportados ao convênio como contrapartida do MUNICÍPIO.

PARÁGRAFO QUARTO: É obrigatória a restituição pelo MUNICÍPIO à SESA/FUNSAÚDE de eventual saldo de recursos, inclusive os rendimentos ainda não utilizados oriundos da aplicação financeira, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias após a conclusão ou extinção deste Convênio.

PARÁGRAFO QUINTO: Para se habilitar ao recebimento de recursos de que trata esta Cláusula, o MUNICÍPIO deverá apresentar as seguintes Certidões Negativas de Débito: do Tribunal de Contas do Estado, do INSS, da SEFA, da Receita Federal, do FGTS e de Débitos Trabalhistas.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

A SESA/FUNSAÚDE transferirá os recursos previstos na Cláusula Quarta em favor do MUNICÍPIO, em conta específica a ser aberta pelo MUNICÍPIO, vinculada ao presente instrumento, onde serão movimentados na forma da legislação específica.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Os recursos aportados pelo MUNICÍPIO, a título de contrapartida, deverão ser depositados e utilizados na mesma conta do convênio, aberta exclusivamente para esta finalidade.

PARÁGRAFO SEGUNDO: O MUNICÍPIO prestará contas dos recursos alocados pela SESA/FUNSAÚDE e dos rendimentos das aplicações financeiras, nos termos da legislação vigente.

## **CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA**

O presente Convênio terá vigência de um ano, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado ou alterado, por Termo Aditivo, celebrado de comum acordo entre as partes.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO**

O presente Convênio será rescindido em caso de:

- 1) inexecução das obrigações estipuladas, sujeitando a parte inadimplente a responder por perdas e danos, quer pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável;
- 2) expressa manifestação de qualquer das partes, por meio de denúncia espontânea a qual deverá ser obrigatoriamente formalizada com período mínimo de antecedência de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das obrigações assumidas até a data da extinção.

PARÁGRAFO ÚNICO - Em qualquer dos casos acima deverá ser lavrado "Termo de Encerramento" com as devidas justificativas administrativas.

## **CLÁUSULA OITAVA - DO FORO**

As partes signatárias elegem o Foro da Comarca de Curitiba para solução de qualquer contencioso a respeito do presente Instrumento.

Para validade do que ficou estipulado, lavrou-se este Termo de Convênio em três vias que depois de lido e achado conforme é assinado pelas partes e por duas testemunhas. Curitiba, de de 20\_\_.

MICHELE CAPUTO NETO  
**Secretário de Estado da Saúde/FUNSAÚDE**

ANIBAL EUMANN MESAS  
**Prefeito do Município de Santa Amélia**

ROBERTO MELANI  
**Diretor Geral do Departamento de  
Estradas de Rodagem**

Testemunhas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO 8**  
**MODELO DE TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA APSUS**

**ANEXO 8**  
**MODELO DE TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA APSUS**

TERMO DE ADESÃO N.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**INCENTIVO FINANCEIRO DE INVESTIMENTO DO PROGRAMA DE  
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (APSUS)**

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS, desenvolve-se como uma política do governo estadual, instituindo uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), com estreitamento das relações entre o Estado e os Municípios e fortalecimento das capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Com base nos objetivos de fortalecer a atenção primária à saúde em seu papel de ordenadora dos demais níveis de atenção dos sistemas; qualificar o acesso e a capacidade resolutiva dos sistemas municipais de saúde; articular e consolidar as Redes de Atenção à Saúde, com a finalidade de dar respostas às expectativas e necessidades da população na promoção e cuidado à saúde, estruturam-se os componentes do Programa APSUS: 1. Qualificação das Equipes da atenção primária e estratégia Saúde da Família; 2. Investimentos em custeio para as equipes da APS; e 3. Investimentos em infraestrutura de serviços por meio do repasse de recursos aos municípios para a construção e/ou ampliação de Unidades de Saúde da Família, e distribuição de equipamentos, que ampliem acesso e resolutividade da atenção à saúde.

O repasse de recursos para a construção ou ampliação, de que trata o Incentivo de Investimento do APSUS, para o ano de 2014, está regulamentado pelas Resoluções do Secretário de Estado da Saúde do Paraná - Resolução SESA n.º 453/2013 e Resolução n.º 426/2014, e, para fazer ao jus a esse recurso os municípios devem assinar ao Termo de Adesão.

**CLÁUSULA I - DA ADESÃO**

O Município de \_\_\_\_\_, por meio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE inscrito no CNPJ/MF n.º \_\_\_\_\_, ADERE ao Incentivo Financeiro de Investimento para a Construção de Unidade da Saúde da Família, do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS para o ano de \_\_\_\_\_, na modalidade de repasse Fundo a Fundo, sob o protocolo n.º \_\_\_\_\_.

## **CLÁUSULA II - DO OBJETO**

Constitui objeto deste TERMO DE ADESÃO a Construção de 01 (uma Unidade de Saúde da Família, do tipo \_\_\_\_\_).

## **CLÁUSULA III - DAS OBRIGACÇÕES DO MUNICÍPIO:**

1. Elaborar e apresentar o Planejamento Municipal de Estrutura de Atenção Primária em Saúde, devidamente aprovado e registrado em ata pelo Conselho Municipal de Saúde;
  2. Dispor de uma área desimpedida, no local indicado para a Construção da Unidade de Saúde da Família Tipo Apoio;
  3. Ter Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde instituído e em funcionamento;
  4. Ter Plano Municipal de Saúde vigente e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;
  5. Ter aderido a Rede Mãe Paranaense comprometendo-se a realizar as ações de estratificação de risco e vinculação do parto das gestantes do município;
  6. Comprometer-se á:
    - Adotar medidas para a melhoria do acesso da população as Unidades de Saúde da Família - USF, mantendo equipes e as condições de ambiência para a realização das ações;
    - Possibilitar a participação das equipes de atenção primárias nas capacitações técnicas promovidas pela SESA;
    - Manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos no Sistema de Informação estabelecido pelo Ministério da Saúde;
    - Manter atualizado o Cadastro das Unidades de Saúde da Família - USF e dos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
    - Investigar todos os óbitos maternos e infantis no âmbito do seu município;
    - Aplicar o projeto de identificação visual, conforme estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.
- 
1. Cumprir os prazos para a conclusão das obras das unidades, conforme abaixo:
    - I Prazo máximo de 90 dias, após o repasse da primeira parcela, para o início das obras.
    - II Prazo máximo de 12 meses, após o repasse da primeira parcela

2. Adotar práticas de anticorrupção, devendo:

I Observar e fazer observar, em toda gestão do Sistema Municipal de Saúde, o mais alto padrão de ética, durante todo o processo de execução dos recursos do incentivo evitando práticas corruptas e fraudulentas;

II Impor sanções sobre uma empresa ou pessoa física, sob pena de inelegibilidade na forma da Lei, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pela gestão municipal se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa ou pessoa física, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar de licitação ou da execução de contratos financiados com recursos repassados pela SESA. Para os propósitos deste inciso, definem-se as seguintes práticas:

- Prática corrupta: oferecer, entregar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com a intenção de influenciar de modo indevido a ação de terceiros;
- Prática fraudulenta: falsificação ou omissão de fatos que, de forma intencional ou irresponsável que induza ou tente induzir uma parte a erro, com o objetivo de obter benefício financeiro ou de qualquer outra ordem, ou com a intenção de evitar o cumprimento de uma obrigação;
- Prática colusiva: combinação entre duas ou mais partes visando alcançar um objetivo indevido, inclusive influenciar indevidamente as ações de outra parte;

Prática coercitiva: prejudicar ou causar dano, ou ameaçar prejudicar ou causar dano, direta ou indiretamente, a qualquer parte interessada ou à sua propriedade, para influenciar indevidamente as ações de uma parte;

Prática obstrutiva: deliberadamente destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em investigações ou fazer declarações falsas a investigadores, com o objetivo de impedir materialmente uma investigação da SESA.

1. Concordar e autorizar a avaliação das despesas efetuadas, mantendo a disposição dos órgãos de controle interno e externo, todos os documentos, contas e registros comprobatórios das despesas efetuadas.

## DA SESA

Repassar para o MUNICÍPIO os recursos financeiros para a consecução do constante no objeto da cláusula II do presente Termo, no Limite do abaixo discriminado:

- UFS-Tipo 01: até o limite de R\$ 600.000,00
- UFS-Tipo 02: até o limite de R\$ 650.000,00
- UFS-Tipo 03: até o limite de R\$ 750.000,00
- UFS de Apoio: até o limite de R\$ 200.000,00

Ampliação: até o limite de R\$ 250.000,00

#### CLÁUSULA IV - DOS RECURSOS

O município fará jus ao montante de \_\_\_\_\_, para a construção/ampliação de 01 Unidade Saúde da Família do Tipo \_\_\_\_\_, que correrão à conta da Dotação Orçamentária específica da Secretaria de Estado da Saúde, recursos da Fonte do Tesouro do Estado, e serão repassados em 03 parcelas conforme cronograma abaixo:

1. 1.<sup>a</sup> parcela no montante de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) correspondente a 20% do valor estabelecido no Artigo 6º da Resolução da SESA n.º 426/2014 mediante o atendimento de todos os requisitos elencados nas referidas Resoluções.
2. 2.<sup>a</sup> parcela será repassada no montante obtido por meio do calculado sobre o valor licitado, conforme abaixo descrito, e mediante a apresentação da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) OU Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU):
  - I Para as obras licitadas com valor igual ou superior ao valor estabelecido no artigo 5º será repassado o valor correspondente a 60% do valor estabelecido no artigo 6º;
  - II Para as licitadas com valor menor ao estabelecido 6º, será repassado 80% do valor correspondente a diferença entre o valor licitado e o valor recebido na primeira parcela.
3. 3.<sup>a</sup> parcela será repassada após a conclusão da edificação da unidade no valor obtido por meio do cálculo descrito abaixo, e mediante a apresentação dos documentos relacionados a seguir:
  - I A apresentação do respectivo relatório de cumprimento de objetivos emitido pela Regional de Saúde;
  - II Do envio de fotos correspondentes às etapas de execução da obra, para a Superintendência de Atenção à Saúde - SAS/SESA, localizada à Rua Piquiri 'n.º 170, CEP: 80.230.140 - Curitiba-PR; e
  - III A apresentação do Termo de Constatação de Execução de Obra, fornecido pelo Paraná Edificações - PRED/SEIL.
  1. Para as obras licitadas com valor igual ou superior ao valor estabelecido no artigo 6.º será repassado o valor correspondente a 20% do valor estabelecido no artigo 5º;
  2. Para as obras licitadas com valor menor ao estabelecido no artigo 6.º, será repassado 20% do valor correspondente a diferença entre o valor recebido na primeira parcela.

Caso os recursos repassados pela Secretaria de/Estado da Saúde - SESA/FUNSAUDE, não sejam suficientes para a consecução do que trata o objeto deste termo, o MUNICÍPIO deverá complementar os recursos necessários.

**CLÁUSULA V - DOS PRAZOS**

Fica estabelecido o prazo de 12 meses, após o repasse da primeira parcela, para a conclusão da obra de que trata a cláusula II do presente Termo.

**CLÁUSULA VI - DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA**

Este Termo de Adesão poderá ser rescindido, no caso de inadimplência de quaisquer de suas Cláusulas, especialmente quando constatadas as seguintes situações:

- I Quando não for executado o objeto proposto na Cláusula II.
- II Quando do não cumprimento de qualquer cláusula deste Termo de Adesão.

**CLÁUSULA VII - DA ALTERAÇÃO**

Este Termo de Adesão poderá ser alterado, bem como seu prazo de vigência prorrogado, observado o limite previsto na legislação vigente, mediante Termo Aditivo, de comum acordo entre os partícipes, sendo vedada a mudança do objeto.

**CLÁUSULA VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Questões omissas a este documento deverão ser resolvidas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná.

**CLÁUSULA IX - DO FORO**

Fica eleito o Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, para dirimir qualquer dúvida ou litígio que porventura possa surgir da execução deste Termo de Adesão, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza do que foi pactuado, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seu jurídicos e legais efeitos.

Município, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

Secretário Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal

**ANEXO 9**  
**MODELO DE CONTRATO PARA EXECUÇÃO DAS**  
**OBRAS DAS UNIDADES BASICAS DE SAÚDE**

**ANEXO 9**  
**MODELO DE CONTRATO PARA EXECUÇÃO DAS**  
**OBRAS DAS UNIDADES BASICAS DE SAÚDE**

CONTRATO N.º \_\_\_\_/20\_\_

Identificador \_\_\_\_/20\_\_

O Município de \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob n.º \_\_\_\_\_, com sede à Rua \_\_\_\_\_ na, cidade \_\_\_\_\_, estado do Paraná, neste ato representado pelo senhor Fulano de Tal, Prefeito, portador do CPF 'n.º \_\_\_\_\_ e RG \_\_\_\_\_ SSP-PR, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, Estado do Paraná, no uso da atribuição que lhe confere a Ata de Transmissão e Posse, datado de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, designado simplesmente Contratante, e de outro lado, Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n.º \_\_\_\_\_ estabelecida na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, na Rua \_\_\_\_\_, 'n.º \_\_\_\_\_, que apresentou os documentos exigidos por Lei, neste ato representada pelo Sr. Fulano de Tal, portador da Carteira de Identidade 'n.º \_\_\_\_\_, CPF 'n.º \_\_\_\_\_, conforme Contrato Social em anexo ao processo licitatório, daqui por diante, denominada simplesmente Contratada, tem por si, justo e avençado e celebram, por força do presente instrumento, elaborado de acordo com a minuta examinada pela Assessoria Jurídica da Prefeitura de \_\_\_\_\_, "ex-vi" do disposto no parágrafo único, do artigo 38, da Lei 'n.º 8.666, de 21.06.93, alterada pela Lei 'n.º 8.883 de 08.06.94, de conformidade com o disposto no artigo 61, da Lei 8.666/93, mediante as seguintes cláusulas e condições, as quais prevalecerão entre as contratantes em tudo quantos se conformarem e não conflitarem com as prescrições legais, regulamentares e administrativas que regem a matéria.

**CLÁUSULA PRIMEIRO – OBJETO** - O presente contrato tem por objeto execução de obra para a construção de uma unidade básica de saúde porte \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> de edificação em alvenaria, conforme memoriais descritivos, planilhas, plantas, elementos gráficos, demais anexos e como segue abaixo.

§1.º - **ACRÉSCIMOS OU SUPRESSÕES** - A CONTRATADA obriga-se a aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos, ou supressões que se fizerem necessárias de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor do Contrato, até a efetiva liquidação da despesa.

§2.º - A execução da obra obedecerá ao estipulado neste contrato, bem como as disposições constantes dos documentos adiante enumerados, que independentemente de transcrição, fazem parte integrante e complementar deste Contrato, no que não o contrariem:

- a) Edital de Concorrência 'n.º \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.
- b) Proposta e documentos que a acompanham, firmados pela CONTRATADA em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

CLÁUSULA SEGUNDA: RECURSOS FINANCEIROS - O custeio das obras objeto do presente contrato será coberto com recursos concedidos pelo repasse do Fundo do Estado do Paraná ao Fundo Municipal de Saúde e contra partida do Município de \_\_\_\_\_ na rubrica orçamentária:\_\_\_\_\_.

CLÁUSULA TERCEIRA: PRAZO - O prazo de execução das obras é de \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias e terá início a partir do décimo dia útil após emissão da Ordem de Serviço e não o fazendo estará sujeita às sanções cabíveis, porém o prazo de execução será igual ao que foi estabelecido. O controle físico do andamento da obra será efetuado de acordo com os prazos de execução e marcos contratuais definidos no edital.

§1.º: VIGÊNCIA - A vigência do Contrato corresponde ao prazo de execução das obras e será de 240 (duzentos e quarenta) dias, acrescido de 90 dias. O prazo de vigência do contrato correspondente ao acréscimo de 90 dias será exclusivo para acertos, reparos e emissão de laudos.

CLÁUSULA QUARTA: PREÇO - Tomando-se como base as quantidades e preços constantes da proposta, o preço global da obra é de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

CLÁUSULA QUINTA: OBRIGAÇÕES - A **CONTRATADA** fica obrigada a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Edital de Licitação.

§1.º: A CONTRATADA principal, no prazo de \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas, a partir do momento em que for cientificada formalmente pela CONTRATANTE, deverá ressarcir-lhe o valor pago por multas impostas por órgão público ou de classe que exerçam fiscalização sobre a execução do objeto contratado. Nas despesas a que se refere o caput da presente cláusula também se incluem o seguinte: **1 - honorários profissionais** - dos advogados do seu próprio quadro, dos profissionais externos contratados a critério da área jurídica interna da CONTRATANTE e também os relativos a peritos judiciais, a prepostos e testemunhas necessárias à defesa, desde que comprovados; **2 - despesas comprovadas de transporte e locomoção** - passagens aéreas e terrestres, locação de veículos, utilização de ônibus, taxis e veículos próprios da CONTRATADA, bem como deslocamentos e diligências de peritos, oficiais de comprovadas; **4 - despesas judiciais e extrajudiciais comprovadas** - fotocópias, autenticação, reconhecimento de firmas, prepostos quotas de Oficiais de Justiça, citações, valores pagos em conciliações e acordos, protestos e certidões, necessárias à defesa, desde que comprovadas.

Em todas as ações trabalhistas, decorrentes da execução do contrato (contratadas, subcontratadas e terceirizadas) que diretamente ou indiretamente responsabilizem a Prefeitura deste Município em seus processos, terão os valores destas ações judiciais glosados dos pagamentos das faturas ou garantidos por meio de carta de fiança bancária, em nome da CONTRATADA e suas respectivas liberações somente ocorrerão quando, judicialmente ao Município de \_\_\_\_\_ for excluída da lide pela justiça desta responsabilidade.

CLÁUSULA SEXTA: MEDIÇÕES - As medições mensais serão baseadas nas avaliações dos serviços realmente realizados e serão feitas pelo engenheiro da Prefeitura do Município de \_\_\_\_\_ e o preposto fiscal da Secretaria de Estado do Paraná e acompanhadas por um representante designado pela CONTRATADA, baseadas nas avaliações dos serviços realmente realizados.

§1.º: Os nomes dos profissionais que efetivamente atuam na obra como representantes da CONTRATADA deverão constar nas medições mensais com a finalidade de registrar os períodos de atuação de cada um deles. Os representantes efetivamente credenciados pela CONTRATADA são aqueles explicitados na Declaração de Responsabilidade Técnica apresentada na licitação.

§2.º: As obras serão liberadas para a execução de acordo com o cronograma de execução, sendo que nova etapa (trecho) só se inicia após o cumprimento da etapa anterior.

§3.º: A medição será realizada em prazo tal, que permita a elaboração do processo de medição e faturamento para protocolo até o 5.º (quinto) dia útil do Mês subsequente ao da execução dos serviços que estão sendo medidos.

CLÁUSULA SÉTIMA: PROCESSO DE FATURAMENTO - O processo de medição e faturamento realizar-se-á conforme item \_\_\_\_ e subitens do Capítulo \_\_ do Edital, de modo a estabelecer condições que objetivam padronizar prazos, condições e forma de apresentação.

Medição e Faturamento a preços iniciais (Po) que se compõe de:

- Relação de Documentos do Processo de Faturamento;
- Notas(s) Fiscal(is);
- Resumo da medição;
- Medição (obra/serviço);

Demonstrativo de Dados Referente ao FGTS, relativo ao mês imediatamente anterior ao de execução dos serviços;

- Cópia da Guia de Recolhimento de Previdência Social - GRPS relativa ao mês anterior ao de execução do serviço, de conformidade com o "Demonstrativo de Dados Referente ao FGTS" do mesmo mês.
- Cópia da Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social - GFIP relativa ao mês anterior ao de execução dos serviços.
- Cópia da Guia de Recolhimento do PIS (Programa de Integração Social) referente ao mês anterior aos de execução do serviço.

No último mês de medição/ faturamento, além da guia do mês anterior, deverá ser apresentadas, também, a guia do próprio mês de faturamento.

Obs: As cópias das guias devidamente quitadas devem ser autenticadas em cartório ou por empregado da prefeitura Municipal responsável, mediante apresentação dos originais. As guias de recolhimento quitadas eletronicamente não necessitam de autenticação.

A(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s) de serviços/materiais/equipamentos deverão especificar o número da licitação, número da ordem de serviço, período de execução e recursos, indicando separadamente a parcela referente a serviços, a parcela referente a materiais.

§1.º: O processo será apresentado e protocolado em 03 (três) vias em local definido pela Fiscalização. A Nota Fiscal/Fatura será protocolada até o 5.º (quinto) dia útil do mês subsequente à execução dos serviços. O período da medição abrange os serviços realizados até o último dia útil de cada mês e a nota fiscal/fatura deverá ser emitida e apresentada na Prefeitura no mesmo dia. O processo será devolvido mediante cancelamento de protocolo, se houver incorreção e/ou falta de documentos, mesmo tendo sido apresentado e protocolado no prazo.

§2.º: A empresa contratada poderá reapresentar o processo, com nova nota fiscal e protocolar nas condições indicadas acima. O prazo utilizado para o procedimento de correção será dilatado em igual período para vencimento e pagamento, não cabendo neste período à aplicação de qualquer encargo financeiro. Serão retidos os impostos e contribuições sociais (INSS, COFINS, PIS, CSSL e IR), quando aplicável e de acordo com os critérios definidos na legislação pertinente. Caso seja aplicável, a empresa CONTRATADA deverá destacar os valores n(s) nota(s) fiscal(is).

CLÁUSULA OITAVA: RETENÇÃO/RECOLHIMENTO - A Guia para Recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), referente ao mês de execução do serviço, será devidamente preenchida pela CONTRATADA e a retenção na fonte ficará a cargo da Prefeitura de \_\_\_\_\_, que efetuará o recolhimento e, posteriormente, devolverá a guia devidamente quitada à CONTRATADA. A retenção incidirá sobre o valor bruto dos serviços contidos na nota fiscal, fatura ou recibo de prestação de serviços, obedecendo ao percentual de imposto praticado pelo município.

Na nota fiscal, fatura ou recibo, o valor do imposto será destacado, a título de Retenção para o município.

O destaque do valor retido será demonstrado, após a descrição dos serviços prestados, como parcela dedutível apenas para produzir efeito no ato da quitação da nota fiscal, fatura ou recibo, ou seja, não será deduzida do valor do respectivo documento, trata-se apenas um simples destaque a fim de que não se altere a base de cálculo de qualquer tributo que incida sobre o valor bruto.

CLÁUSULA NONA: PAGAMENTO - Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE depois de decorridos de decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação do processo de faturamento devidamente protocolado, correspondente aos serviços mensalmente pela CONTRATADA, de acordo com o estabelecido na Tabela de Medição e Faturamento. Os processos de faturamento dos serviços executados serão apresentados e protocolados na unidade da CONTRATANTE, com os documentos do processo de faturamento, devidamente preenchidos.

§1.º: A não apresentação ou apresentação incorreta dos documentos que compõem o processo de faturamento dos serviços executados ensejará a NÃO ACEITAÇÃO E/OU DEVOLUÇÃO, ficando por conta e risco da CONTRATADA a reentrada do processo dentro dos prazos previstos, para que não fique prejudicado o seu pagamento. No caso de devolução ou não aceitação do processo de faturamento, a liberação do pagamento ficará condicionada à regularização da situação da CONTRATADA junto à CONTRATANTE, não cabendo nesse período à atualização monetária ou qualquer outro reajuste das faturas devolvidas ou não aceitas.

§2.º: A CONTRATADA não fará apresentação da fatura para cobrança pela rede bancária. O pagamento das notas fiscais, serão efetuados por meio de crédito na conta corrente da CONTRATADA, quitando-se automaticamente. A CONTRATADA deverá informar à Prefeitura de \_\_\_\_\_, setor de Tesouraria, por correspondência o número de conta corrente onde deseja que o crédito seja efetuado, conforme Modelo K. A CONTRATANTE não endossará e nem dará aceite a eventuais títulos que forem apresentados por terceiros.

§3.º: Serão pagos encargos financeiros pelo atraso de pagamento, aplicando-se a TJLP - Taxa de Juros de Longo Prazo, quando requeridos, calculados "pro rata die", no período entre o vencimento e pagamento.

§4.º: A CONTRATANTE reserva-se o direito de efetuar a retenção de impostos e contribuições de acordo com a legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA: MATERIAIS/EQUIPAMENTOS - O fornecimento dos materiais/equipamentos e mão de obra necessários à execução da obra é de inteira responsabilidade da CONTRATADA.

§1.º: A CONTRATADA oferecerá garantia do contrato, de acordo com as condições e prazos estabelecidos no Edital.

§2.º: Somente serão pagos materiais e mão de obra aplicados nas obras a que se destinam.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: GARANTIA DE EXECUÇÃO DO CONTRATO - A CONTRATADA deverá apresentar à Prefeitura de \_\_\_\_\_ a garantia de execução do contrato, correspondente a 5% (cinco por cento) do valor total do contrato, em até 10 (dez) dias após a assinatura da Ordem de Serviço, e disposto a seguir:

§1.º: Caberá à CONTRATADA optar por uma das seguintes modalidades de garantia: caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, Seguro garantia: fiança bancária (Modelo M do Edital).

- a) No caso de garantia, a CONTRATADA, depositará na Tesouraria da Prefeitura de Medianeira, a importância correspondente que será aplicada em Instituição Financeira.
- b) No caso de Garantia em cheque, somente será aceito pela Tesouraria da Prefeitura de \_\_\_\_\_, a importância correspondente que será aplicada em Instituição Financeira.
- c) No caso de Garantia prestada na modalidade de seguro garantia, esta deverá vir acompanhada, obrigatoriamente, dos seguintes documentos:
  - c.1) Respectivo comprovante de quitação do prêmio do seguro;
  - c.2) Certidão de Regularidade Operacional junto à SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, em nome da Seguradora que emitir a apólice;
  - c.3) Certidão de Regularidade Operacional junto ao IRB - Instituto de Resseguros do Brasil ou outra resseguradora autorizada pela SUSEP, em nome da Seguradora que emitir a apólice;

- d) a garantia prestada em carta fiança (Modelo M do Edital) emitida por cooperativa de crédito deverá vir acompanhada da autorização de funcionamento emitida pelo Banco Central do Brasil.
- e) NO caso de garantia prestada em títulos da dívida pública, esta deverá vir acompanhada, obrigatoriamente, das seguintes comprovações:
  - e.1) origem/aquisição mediante documento respectivo e lançamento contábil através de registros no balanço patrimonial da CONTRATADA;
  - e.2) documento emitido por entidade ou organismo oficial, dotado de fé pública, demonstrando o valor do título atualizado monetariamente.

§2.º: A validade do seguro garantia e fiança bancária deverá ser igual ou superior ao prazo de vigência do Contrato.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: SANÇÕES ADMINISTRATIVAS/PENALIDADES

§1.º: Os motivos de força maior, caso justificados até 8.º (oitavo) posterior à ocorrência, a critério e juízo da CONTRATANTE, poderão leva-la a reconsiderar as multas aplicadas.

§2.º: A CONTRATADA ficará sujeita, em caso de inadimplemento de suas obrigações, às penalidades previstas na Lei Federal 'n.º 8.666/93.

§3.º: Estão previstas as seguintes multas, por atrasos no cumprimento dos prazos estabelecidos, desde que estes tenham ocorrido por culpa da CONTRATADA:

- a) No caso de inexecução parcial por atrasos no cumprimento dos prazos estabelecidos será cobrada multa na razão de 0,1% (um décimo por cento) do valor total da obra por dia que exercer os prazos dos marcos contratuais definidos no edital e contrato.
- b) Na razão de 5% (cinco por cento) do valor do Contrato no caso de subcontratação de serviços sem prévia aprovação pela Prefeitura \_\_\_\_\_ e/ou acima do limite permitido. A multa a que alude este artigo não impede que a Prefeitura rescinda unilateralmente o contrato e aplique as outras sanções previstas em lei.
- c) Na razão de 5% (cinco por cento) sobre o valor da fatura do mês, em que for constatada a ocorrência da falta de cumprimento das exigências relativas aos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual).
- d) O inadimplemento das obrigações ora estabelecidas, que venha ensejar a rescisão do contrato, sujeitará a parte que der causa à rescisão a multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do contrato e/ou OS, sem prejuízo das perdas e danos a que der causa.
- e) Antes da aplicação de qualquer das multas acima relacionadas à área gestora do Contrato, notificará formalmente a CONTRATADA garantindo sua defesa prévia, concedendo o prazo de 5 dias úteis para apresentar sua manifestação. Se indeferida a defesa apresentada, a importância devida correspondente à aplicação da multa deverá ser recolhida perante a Contratante, em até 5 dias úteis a partir da sua notificação de indeferimento da defesa. Caso a Contratada não efetue o pagamento da multa no prazo estipulado, a Contratante descontará a referida importância, de eventuais créditos a vencer da importância da multa a Contratante executará a Garantia do Contrato.
- f) F) No caso de inexecução dos serviços será instaurado processo administrativo para cobrança dos valores dos custos e suspensão do cadastro da CONTRATADA pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, conforme a gravidade da infração e dos danos decorrentes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: SUBCONTRATAÇÃO - Aplicar-se-á o disposto no Capítulo VIII do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: RESCISÃO CONTRATUAL - O contrato poderá ser rescindido caso ocorra o disposto no item \_\_\_\_ do Capítulo \_\_\_\_ do Edital de Licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS - A CONTRATADA obedecerá o disposto no item \_\_\_\_ do Edital de Licitação para a comprovação das obrigações trabalhistas, utilização da subcontratação e serviços especializados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - A CONTRATADA fornecerá a todos os trabalhadores o tipo adequado de equipamento de proteção individual - EPI, conforme o item \_\_\_\_ e seus subitens do Capítulo \_\_\_\_ do Edital de Licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: PROCEDIMENTOS GERAIS PARA A EXECUÇÃO DE OBRAS - A CONTRATANTE obriga-se a obedecer a todos os dispostos do Edital de Licitação, ficando a CONTRATADA, desde já autorizada a fiscalizar diretamente os trabalhos, nos termos constantes do Edital de Licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: REAJUSTES - Aplicar-se-á o disposto a seguir:

Os preços propostos para a execução do objeto desta Licitação poderão ser reajustados, desde que observado o disposto na Lei 'n.º 10.192 de 14/02/01, que estabelece:

“Parágrafo 1.º - É nula de pleno direito qualquer estipulação de reajuste ou correção monetária de periodicidade inferior a 01 (um) ano.”

“A aplicação do reajuste far-se-á a partir do 13.º mês após a data limite para a apresentação da proposta. Para a obtenção do índice de reajuste será utilizado como termo inicial o mês da apresentação da proposta e o termo final o mesmo mês do ano subsequente. A medição no mês do reajuste deve ser feita considerando a proporcionalidade dos dias com o direito ao reajuste calculado “pro rata die”.

§1.º: Todos os serviços, materiais e equipamentos inerentes à execução do objeto desta Licitação serão reajustados de acordo com a seguinte fórmula:

$$R(\%) = \{ [0,60(J1/J0) + 0,40(K1/k0)] - 1 \} \times 100$$

Sendo:

R = Índice de reajuste de preços procurado.

J1 = 'n.º índice da coluna 24 - Custo da Construção - Total - Curitiba, código A0161041, publicado na revista Conjuntura Econômica, editada pela Fundação Getúlio Vargas, referente ao mês do direito a reajuste.

J0 = Idem, referente ao mês de apresentação da proposta de preços.

K1 = 'n.º índice da coluna 26 - Custo da Construção - mão de obra - Curitiba, código A0161066, publicado na revista Conjuntura Econômica, editada pela Fundação Getúlio Vargas, referente ao mês do direito a reajuste.

K0 = Idem, referente ao mês de apresentação da proposta.

Os 'n.º índices J, K, L, M, O e Q adotados serão os oficialmente divulgados.

§2.º: Condições para Concessão de Reajuste:

- a) Os preços contratuais serão reajustados para mais ou para menos em consequência de suas variações.
- b) Havendo atraso ou antecipação na execução das obras relativamente à previsão do respectivo cronograma, que decorra da responsabilidade ou iniciativa da CONTRATADA, o reajustamento obedecerá às condições seguintes:
  - b.1) Quando houver atraso, sem prejuízo da aplicação das sanções contratuais devidas pela mora, se os preços aumentarem, prevalecerão os índices vigentes na data em que deveria ter sido cumprida a obrigação; se os preços diminuïrem, prevalecerão os índices vigentes na data do efetivo cumprimento da obrigação;
  - b.2) Quando houver antecipação, prevalecerá o índice da data do efetivo cumprimento da obrigação.

CLÁUSULA DECIMA NONA: RESPONSABILIDADE - Na execução das obras contratadas deverão ser rigorosamente observados os princípios básicos de engenharia, bem como as normas e sistemas adotados pela CONTRATANTE ou constante das normas e regulamentos em vigor no País. A CONTRATADA responderá pelas ações, omissões ou negligências que dêem causa, direta ou indiretamente, a desabamentos, desastres, incêndios ou quaisquer prejuïzos causados por ela própria ou por subcontratada à CONTRATANTE ou a terceiros. Responderá também pelos acidentes decorrentes do trabalho, no curso da execução do objeto, previsto no Decreto-Lei 7036 de 10/11/1944. Responsabilizar-se-á ainda, pelas multas que lhes forem impostas por infração de postura ou de Regulamento de Higiene e Segurança do Trabalho. Além da comunicação obrigatória a que está sujeita de acordo com o artigo 46 do aludido Decreto-Lei, deverá a CONTRATADA cientificar a CONTRATANTE do previsto nos seguintes parágrafos.

§1.º: Os atributos (impostos, taxas, emolumentos, fiscais, etc.) devidos em decorrência direta ou indireta do contrato ou de sua execução serão da exclusiva responsabilidade da CONTRATADA, assim definidos na norma tributária, sem direito a reembolso). A CONTRATADA procederá à matrícula dos serviços junto ao cadastro específico do INSS-CEI, e providenciará outras matrículas e/ou alvará que sejam necessários à execução dos serviços, apresentado as cópias desses documentos até 30 (trinta) dias, após o recebimento do Contrato.

§2.º: A CONTRATADA responderá pela garantia da obra, nos termos do artigo 618 do Código Civil Brasileiro, sem restrições. Responsabilizar-se-á também pelo bom andamento das mesmas, cuja execução será fiel ao projeto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA: CASOS OMISSOS - Os casos omissos deste contrato reger-se-ão pela Lei Federal 'n.º 8.666/93, em vigor no País, e pelos documentos integrantes do presente ajuste.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: FORO - Para a solução de pendências oriundas deste instrumento contratual, não resolvidas pela via administrativa, elegem as partes, de comum

acordo, o foro da Comarca de \_\_\_\_\_, Estado do Paraná, com renúncia de outro por mais privilegiado que seja..

E, para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, é lavrado o presente Contrato, de acordo com o artigo 60, da Lei 'n.º 8.666/93, o qual, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes interessadas e pelas testemunhas abaixo nomeadas, dele extraindo-se as cópias necessárias para a sua aprovação e execução.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO

§1.º: Os licitantes e o contratado devem observar e fazer observar por seus fornecedores e subcontratados, se admitida a subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, de contratação e de execução do objeto contratual.

§2.º: Para os propósitos desta cláusula, definem-se as seguintes práticas:

- a) “**prática corrupta**”: oferecer, dar, entregar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer coisa de valor com a intenção de influenciar de modo indevido a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução de contrato;
- b) “**prática fraudulenta**”: a falsificação ou omissão de fatos que, de forma intencional ou irresponsável que induza ou tente induzir uma parte a erro, com o objetivo de obter benefício financeiro ou de qualquer outra ordem, ou com a intenção de evitar o cumprimento de uma obrigação;
- c) “**prática colusiva**”: a combinação entre duas ou mais partes visando alcançar um objetivo indevido, inclusive influenciar indevidamente as ações de outra parte;
- d) “**prática coercitiva**”: prejudicar ou causar dano, direta ou indiretamente, a qualquer parte interessada ou à sua propriedade, para influenciar indevidamente as ações de uma parte;
- e) “**prática obstrutiva**”: (i) deliberadamente destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em investigações ou fazer declarações falsas a investigadores, com o objetivo de impedir materialmente uma investigação do Banco de alegações de prática corrupta, fraudulenta, coercitiva ou colusiva; e/ou ameaçar, perseguir ou intimidar qualquer parte interessada, para impedi-la de mostrar seu conhecimento sobre assuntos relevantes à investigação ou ao seu prosseguimento, ou (ii) atos que tenham como objetivo impedir materialmente o exercício dos direitos do organismo financeiro multilateral de promover inspeção ou auditori.

§3.º: Na hipótese de financiamento, parcial ou integral, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, este organismo imporá sanção sobre uma empresa ou pessoa física, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado, para outorga de contratos financiados pelo organismo se, em qualquer momento se determinar que o licitante recomendado para a outorga do contrato, ou qualquer do seu pessoal, ou seus agentes, subconsultores, subempreiteiros, prestadores de serviço, fornecedores e/ou funcionários, envolveu-se, direta ou indiretamente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao concorrer para o contrato em questão.

§3.º: Considerando os propósitos das cláusulas acima, o licitante, como condição para a contratação, deverá concordar e autorizar que, na hipótese de o contrato vir a ser financiado, em parte ou integralmente, por organismo financeiro, mediante adiantamento ou

reembolso, permitirá que o organismo financeiro e/ou pessoas por ele formalmente indicados possam inspecionar o local de execução do contrato e todos os documentos, contas e registros do licitante, fornecedores e empreiteiros, assim como seus subempreiteiros, agentes, pessoal, consultores, prestadores de serviço e fornecedores, deverão permitir que o organismo financeiro inspecione todas as contas e registros, além de outros documentos referentes à apresentação das propostas e à execução do contrato, e os submeta a auditoria por profissionais designados pelo organismo financeiro.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Fulano de Tal  
CONTRATANTE

---

Fulano de Tal  
CONTRATADA

**ANEXO 10**  
**MODELO DE CONVÊNIO PARA REPASSE DE RECURSOS**  
**AOS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**ANEXO 10**  
**MODELO DE CONVÊNIO PARA REPASSE DE RECURSOS**  
**AOS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**TERMO DE CONVÊNIO N.º 093/2012**

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNSAÚDE, E ASSOCIAÇÃO REGIONAL DA SAÚDE XXXX - ARXX, DO MUNICÍPIO DE XXXXXXXX-PR, COM VISTAS À EXECUÇÃO DO PROGRAMA COMSUS.

O Estado do Paraná, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNSAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF n.º 08.597.121/0001-74, com sede na Rua Piquiri, 170, Curitiba-Paraná, de ora em diante denominada **SESA/FUNSAÚDE**, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. Michele Caputo Neto, portador da carteira de identidade n.º 3.048.149-6 PR e CPF n.º 570.893.709-25, residente e domiciliado nesta capital, e, ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO XXXXXXXXXXXX, CNPJ/MF n.º xx.xxx.xxx/0001-xx, com sede na Rua Xxxxxxx, n.º xxx, do município de Xxxxxxxxxxx, de ora em diante denominado CONSÓRCIO, neste ato representado por seu Presidente, Xxxxxxxxxxx, Cédula de Identidade n.º x.xxx.xxx-x SSP/PR, CPF n.º xxx.xxx.xxx-xx, conforme processo n.º xx.xxx.xxx-x, e em consonância com: as Leis Estaduais n.º 15.608/07 e n.º 16.897/11, a Resolução 028/2011 e IN 61/2011 do TCE-PR, as disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei Orçamentária Anual do Estado, e no que couber as disposições da Lei n.º 8666, de 21 de junho de 1993, com as alterações impostas, e o Decreto Estadual n.º 1.198 de 02/05/2011, e Resolução SESA n.º 277 de 15/06/12, celebram o presente Termo de Convênio mediante as cláusulas a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Convênio tem por objeto auxiliar no custeio e implementação das ações e serviços públicos de saúde, diretamente relacionadas ao Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (COMSUS), que tem como propósito qualificar a atenção ambulatorial secundária e os sistemas de apoio e logísticos em todas as regiões de saúde, contribuindo para a organização das redes de atenção à saúde da população do Estado, conforme Plano de Trabalho, parte integrante do presente Convênio.

## CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

### **I - A SESA/FUNSAÚDE compromete-se a:**

1. Analisar, discutir e aprovar o Plano de Trabalho elaborado pelo CONSÓRCIO;
2. Instituir uma Comissão Estadual e Regional de Acompanhamento e Avaliação da execução das metas constantes do Plano de Trabalho;
3. Acompanhar, supervisionar, coordenar, fiscalizar e prestar assistência técnica na execução deste Convênio;
4. Monitorar e avaliar o desempenho do Convênio, conforme pontuações, referente aos Parâmetros para o Desempenho e Indicadores de Desempenho do COMSUS, as quais serão regulamentadas por meio da resolução do Sr. Secretário;
5. Realizar visitas técnicas aos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
6. Realizar capacitação de recursos humanos e a melhoria da qualidade da atenção e ampliação do acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde;
7. Repassar os recursos financeiros mensalmente, conforme o cronograma de desembolso constantes no Plano de Aplicação;
8. Realizar avaliação trimestral das metas, de acordo com a pontuação estabelecida constante do Plano do Trabalho;
9. Estabelecer mecanismos eficazes de regulação de acesso;
10. Implantar programa de capacitação permanente na área de gestão para os consórcios participantes do COMSUS;
11. Realizar anualmente seminário de avaliação do COMSUS;
12. Inserir as informações pertinentes a este Termo de Convênio e a sua execução no Sistema Integrado de Transferências (SIT) do TCE-PR;
13. Indicar o Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), para acompanhar e fiscalizar a execução deste Convênio e dos recursos repassados.

### **II - O CONSÓRCIO compromete-se a:**

1. Elaborar em conjunto com a SESA/FUNSAÚDE o Plano de Trabalho que fará parte integrante deste Convênio;
2. Realizar atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de risco intermediário e alto risco, conforme carteira de serviço preconizada pela SESA/FUNSAÚDE, com vistas a entender o pré-natal de alto risco e intermediário, quando couber, bem como o seguimento especializado para crianças de alto risco;
3. Disponibilizar os exames de apoio diagnóstico e terapêuticos padronizados na linha-guia e pactuados com a SESA, para as gestantes e crianças de alto risco e intermediário;

4. Implementar as casas de apoio às gestantes, puérperas e bebês nos municípios-sede de hospitais ou maternidades de referência para alto risco e intermediário, quando couber;
5. Estabelecer vínculo com o serviço de referência para parto de alto risco na sua região de abrangência;
6. Realizar atendimento ambulatorial especializado de saúde mental para transtornos mentais e dependência química, de médio e alto risco, inserindo-se na rede de atenção à saúde mental;
7. Gerenciar Centros de Apoio Psicossocial, quando for o caso;
8. Inserir-se na rede de atenção à saúde do idoso para realização de ações preventivas e de reabilitação;
9. Realizar atendimento ambulatorial especializado para pessoas com deficiência;
10. Inserir-se na rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência para realização de ações preventivas e de reabilitação;
11. Implementar sistema de transporte de urgência na região (SAMU), conforme as diretrizes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, quando for o caso;
12. Implementar sistema de transporte sanitário eletivo intermunicipal para os cidadãos que necessitam acessar os serviços de saúde especializados na Região, conforme as pactuações estabelecidas;
13. Gerenciar a Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue por meio de elaboração de convênio específico, quando for o caso;
14. Ter licença sanitária atualizada ou definição de cronograma junto ao Serviço de Vigilância Sanitária municipal ou regional para adequações necessárias, em prazo a ser pactuado;
15. Adequar as estruturas físicas atendendo às exigências sanitárias para a garantia da segurança assistencial dos usuários;
16. Manter identificação visual em área de circulação de usuários, informando a participação do CIS no Programa Estadual de apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) no formato apresentado pela SESA;
17. Indicar representante da direção do CIS para participar das oficinas para qualificação e do curso de especialização em gestão de saúde que será ofertado pela SESA/PR em parceria com a Associação dos Consórcios do Paraná (ACISPAR);
18. Ter, no prazo de dois anos, membros da direção do CIS com especialização em gestão de saúde, a contar da data da assinatura do Convênio e da data do início do curso;
19. Pactuar projeto de investimento com a SESA de acordo com o perfil assistencial do serviço que se espera para a região;
20. Disponibilizar a agenda diária de atendimento à Central de Regulação da SESA;

21. Participar da reunião trimestral do Comitê Regional de Avaliação e Acompanhamento do COMSUS e sempre que for solicitado, em eventos relacionados à Gestão da Saúde;
22. Participar do Seminário Anual de Avaliação do COMSUS;
23. Implantar e manter serviço para aferição do grau de satisfação dos usuários;
24. Apresentar Programação de Saúde Anual, com cronograma, no prazo de três meses após a assinatura do Termo de Adesão, aprovado na CIB Regional;
25. Adotar práticas anticorrupção, devendo:
  - I. Observar e fazer observar, em toda sua gestão de Sistema de Saúde, o mais alto padrão de ética, durante todo o processo de execução do presente Convênio, evitando práticas corruptas e fraudulentas.
  - II. Impor sanções sobre uma empresa ou pessoa física, sob pena de inelegibilidade na forma da Lei, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pela gestão municipal se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa ou pessoa física, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas, ou obstrutivas ao participar de licitação ou da execução de contratos financiados com recursos repassados pela SESA/FUNSAÚDE. Para os propósitos deste inciso, definem-se as seguintes práticas:
    - Prática corrupta: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no desempenho de suas atividades;
    - Prática fraudulenta: a falsificação ou omissão de fatos, com o objetivo de influenciar a execução dos recursos;
    - Prática colusiva: esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não competitivos;
    - Prática coercitiva: causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução de um contrato;
    - Prática obstrutiva: destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes da SESA, com o objetivo de impedir materialmente a fiscalização da execução do recurso.
  - III. Concordar e autorizar a avaliação das despesas efetuadas, mantendo à disposição dos órgãos de controle interno e externo, todos os documentos, contas e registros comprobatórios das despesas efetuadas.
  - IV. A Secretaria de Estado da Saúde declarará misprocurement (processo de aquisição viciado) e cancelará o repasse da parcela relativa ao convênio se, a qualquer momento, comprovar a prática corrupta, fraudulenta, colusiva ou

coercitiva, por parte dos representantes dos recebedores dos recursos, no decorrer da execução do Convênio, sem que tenham sido tomadas as medidas necessárias, apropriadas e satisfatórias, para remediar a situação.

- V. O Conveniente, garantida a prévia defesa, aplicará as sanções administrativas pertinentes e previstas na legislação brasileira, se comprovar o envolvimento de representante da empresa ou da pessoa física contratada em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas ou coercitivas, no decorrer da licitação ou na execução do contrato, sem prejuízo das demais medidas administrativas, criminais e cíveis.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS

A título de obrigações legais, fica estabelecido que:

- I. O CONSÓRCIO observará, dentre outras, a Lei Estadual n.º 15.608/07, o Decreto Estadual 1.198/11 e a Resolução 277/12 SESA/FUNSAÚDE;
- II Conforme Resolução n.º 028/2011 - TCE/PR regulamentada pela Instrução Normativa 61/2011, fica o CONSÓRCIO, dentre outras, obrigado a:
  - Utilizar o Sistema Integrado de Transferências (SIT) do TCE-PR, onde deverá atualizar as informações de sua competência exigidas pelo sistema;
  - Garantir o livre acesso de servidores do Sistema de Controle Interno da concedente, ou ao qual esteja subordinada a entidade concedente, além dos servidores do Tribunal de Contas; a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização ou auditoria;
  - Movimentar os recursos em conta específica, salvo os casos previstos em lei;
  - Prever a Unidade Gestora de Transferências (UGT);
- III. É vedada a celebração de outros convênios com o mesmo objeto deste, exceto ações complementares;
- IV. Não poderão ser pagos, em hipótese alguma, com recursos do Convênio, honorários a dirigentes da instituição beneficiada, bem como gratificações, representações e comissões, obedecidas as normas legais que regem a matéria;
- V. Havendo contratação entre o CONSÓRCIO e terceiros, visando a execução de serviços vinculados ao objeto deste Convênio, tal contratação não implicará solidariedade jurídica a SESA/FUNSAÚDE, bem como não configura vínculo funcional ou empregatício, nem solidariedade às parcelas de obrigações trabalhistas, contribuições previdenciárias ou assemelhados;
- VI. Não poderão ser pagas com os recursos transferidos as despesas:

- Com pagamento a qualquer título, a servidor ou empregado público, integrantes do quadro de pessoal de órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta;
- Relativas à taxa de administração, gerência ou similar;
- Decorrentes de multas, juros ou correção monetária, inclusive as relativas a pagamento ou recolhimento realizado fora dos respectivos prazos.

VII. Em atendimento à Lei 16.897/11 o CONSÓRCIO deverá:

Publicar mensalmente em página eletrônica própria (*Home Page*), na rede mundial de computadores, o demonstrativo das transferências realizadas pela SESA/FUNSAÚDE, e a respectiva prestação de contas, especificando as pessoas jurídicas ou físicas, com o respectivo CNPJ e CPF, sob pena de suspensão imediata dos repasses.

#### CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para rubrica de Custeio, o valor máximo a ser repassado por parcela no mês será de até R\$ 32.000,00 (trinta e dois mil reais), totalizando o valor máximo do Convênio nesta rubrica em até R\$ 768.000,00 (setecentos e sessenta e oito mil reais). Para a rubrica de Investimentos, será repassado o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), em parcela única. Os recursos serão provenientes das fontes do Tesouro do Estado, conforme dotação orçamentária específica para cada rubrica.

**Parágrafo primeiro:** Os valores serão repassados conforme cronograma de desembolso constante do Plano de Trabalho, observando-se para a rubrica de custeio os critérios definidos na Resolução SESA n.º 277/12, sendo que, para as 4 (quatro) primeiras parcelas, será repassado o valor integral (100%), e, a partir da 5.ª parcela até o final da vigência do Convênio, será repassado o valor de 50% do valor da parcela como parte fixa, e, para os outros 50% de cada parcela, o valor poderá ser variável, considerando o resultado da análise e parecer emitido pela Comissão instituída para avaliar a execução das metas pactuadas neste Termo de Convênio.

**Parágrafo segundo:** É obrigatória a restituição pelo CONSÓRCIO à SESA/FUNSAÚDE de eventual saldo de recursos, inclusive os rendimentos da aplicação financeira, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias após a conclusão ou extinção deste Convênio.

**Parágrafo terceiro:** Para se habilitar ao recebimento de recursos de que trata esta Cláusula, a CONSÓRCIO deverá apresentar as seguintes Certidões Negativas de Débito: do Tribunal de Contas do Estado, do INSS, da SEFA, da Receita Federal, do Município, do FGTS e de Débitos Trabalhistas.

**Parágrafo quarto:** Serão aplicados obrigatoriamente no mercado financeiro os recursos recebidos da SESA/FUNSAÚDE, enquanto não forem empregados em sua finalidade, conforme a seguir:

Em caderneta de poupança de instituição oficial, se a previsão de seu uso for

- igual ou superior a um mês;
- Em fundo de aplicação financeira de curto prazo, em operação de mercado aberto lastreada em título de dívida pública federal, quando sua utilização estiver prevista para prazos menores que um mês.

**Parágrafo quinto:** A SESA/FUNSAÚDE transferirá os recursos previstos nesta cláusula em favor do CONSÓRCIO, em conta específica a ser aberta pelo CONSÓRCIO, vinculada ao presente instrumento, onde estes serão movimentados na forma da legislação específica.

**Parágrafo sexto:** O CONSÓRCIO utilizará e prestará contas dos recursos alocados pela SESA/FUNSAÚDE e dos rendimentos das aplicações financeiras, nos termos da legislação vigente.

#### CLÁUSULA QUINTA - DO CONTROLE DO ACOMPANHAMENTO DAS METAS DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

A Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação deverá reunir-se trimestralmente para apreciar se foram cumpridos os compromissos e metas constantes neste Convênio no tocante ao Plano de Trabalho, devendo ser composta pelos seguintes membros:

- I. Dois representantes da SESA/Regional de Saúde; II. Dois representantes do Consórcio;
- II. Dois representantes do CRESEMS, sendo um deles o Secretário Municipal de Saúde do município-sede da região;
- III. Um representante do Conselho Municipal de Saúde, segmento dos usuários.

#### CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio vigorará pelo prazo de 02 (dois) anos, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado ou alterado, por meio de Termo Aditivo celebrado de comum acordo entre as partes.

**Parágrafo Primeiro:** Quando necessária a prorrogação de vigência do Convênio original, a solicitação neste sentido deverá ser apresentada com antecedência de 60 (sessenta) dias para o seu término, acompanhada da devida justificativa.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

O presente Convênio será rescindido em caso de:

- inexecução das obrigações estipuladas, sujeitando a parte inadimplente a responder por perdas e danos, quer pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível;
- expressa manifestação de qualquer das partes, através de denúncia espontânea, a qual deverá ser obrigatoriamente formalizada e devidamente justificada, com período mínimo de antecedência de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo das obrigações assumidas até a data da extinção.

Em qualquer dos casos acima deverá ser lavrado “Termo de Encerramento” com as devidas justificativas administrativas.

## CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir questões sobre a execução do presente Convênio e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes.

Curitiba, de \_\_\_\_\_ de 2012.

MICHELE CAPUTO NETO  
**Secretário de Estado da Saúde/FUNSAÚDE**

XXXXXXXXXXXXX CONSÓRCIO XXXXXXXXXXXX  
**Presidente**

ROBERTO MELANI  
**Diretor Geral do Departamento de Estradas de Rodagem**

Testemunhas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO 11**

**TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE SESA E PARANÁ EDIFICAÇÕES**

**ANEXO 11**  
**TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE SESA E PARANÁ EDIFICAÇÕES**

Publicado no DIJCE  
 Nº: 9703 em 23/05/16  
 Página: 16



TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA 032/2016

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI  
 CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ POR MEIO DA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E A PARANÁ  
 EDIFICAÇÕES-PRED



O Estado do Paraná, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 76.416.866/0001-40, representada por seu Secretário de Estado Michele Caputo Neto, com sede na Rua Piquiri, 170 Bairro Rebouças – Curitiba - Pr, portador de Cédula de Identidade nº 3.048.149-6/PR e CPF nº 570.893.709-25, de ora em diante denominada SESA e a Paraná Edificações, inscrita no CNPJ/MF nº 17.433.037/0001-06, na cidade de Curitiba, de ora em diante denominada simplesmente PRED, neste ato representado por seu Diretor Geral Luiz Fernando de Souza Jamur, portador da Cédula de Identidade RG nº 2.097.956-9 SSP/PR, e CPF nº 393.179.359-15, com base na Lei nº 8666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações impostas, Lei Complementar Federal 101/2000, Lei Estadual nº 15.608/07, Lei Orçamentária Anual do Estado, Lei nº 4.320 de 17 de março de 1.964, celebram o presente Termo de Cooperação Técnica mediante as Cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

O presente Termo de Cooperação Técnica tem por objeto dar suporte à SESA, na execução das obras realizadas por meio de Transferências Voluntárias.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

**I. Obrigações da Sesa:**

- a. Fiscalizar a gestão do repasse a qual será atribuída a servidor público designada pelo Secretário de Estado da Saúde por meio de Resolução.
- b. Encaminhar o Kit do convênio/termo contendo:
  - i. Projeto arquitetônico de engenharia; Cópia do Termo de pactuação, publicação e Autorização Governamental, bem como seus Aditivos.
  - ii. Cópia do Plano de Trabalho.
  - iii. Folha Resumo para fechamento de orçamento.
  - iv. Cópia da planilha de serviços;
  - v. Cronograma físico financeiro.

**II. Obrigações da PRED:**

- a. Prestar suporte e acompanhamento nas obras e serviços de edificações da Secretaria de Estado da Saúde a serem executados por meio de parcerias voluntárias, convênios, termos de fomento, termos de colaboração, repasse fundo a fundo e/ou instrumentos congêneres, celebrados pela Secretaria de Estado da Saúde;
- b. Emitir termo de constatação da execução da obra e manifestações técnicas nos processos referentes às obras listadas no Anexo I do plano de trabalho, parte integrante deste termo.
- c. Admitir o apostilamento do presente termo, quando da necessidade de inclusão de novas obras no anexo I do plano de trabalho, por parte da SESA.
- d. Indicar o engenheiro para acompanhar a execução da obra, na forma da legislação orientadora da matéria.
- e. Cuidar para que a documentação do convênio/termo, no que se refere à obra, esteja em conformidade com a legislação aplicada.



- f. Ensejar as ações técnicas necessárias, com a emissão do termo de constatação, para subsidiar a SESA na execução física e financeira do convênio, para que esta ocorra conforme previsto no Plano de Trabalho.
- g. Prestar empre que solicitado informações sobre a execução das obras dos convênios/termos sob sua responsabilidade.
- h. Emitir termo de conclusão atestado e término do Convênio.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

- I. O presente Termo vigorará pelo prazo de 24(vinte e quatro) meses a partir da data da assinatura.
- II. Entretanto, a vigência do plano de trabalho parte integrante do presente termo de cooperação é até 31/12/2016, assim, para a operacionalização do presente termo no exercício orçamentário e financeiro de 2017, deverá ser juntado ao presente termo, novo plano de trabalho.

#### CLÁUSULA QUARTA – DA DESCENTRALIZAÇÃO DO ORÇAMENTO

- I. O repasse da Secretaria de Estado da Saúde – SESA para a Paraná Edificações ocorrerá mediante descentralização do orçamento, ficando a execução orçamentária e financeira sob responsabilidade da Paraná Edificações.
- II. O repasse ocorrerá em uma única parcela no valor de R\$ 545.000,00. (quinhentos e quarenta e cinco mil reais).

#### CLÁUSULA QUINTA – RESCISÃO OU ENCERRAMENTO

- I. O presente Termo de Cooperação Técnica será rescindido em caso de:
  - a. Inexecução das obrigações estipuladas, sujeitando a parte inadimplente a responder por perdas e danos, quer pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.
  - b. Expressa manifestação de qualquer das partes, através de denúncia espontânea a qual devesse ser obrigatoriamente formalizada com período mínimo de antecedência de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das obrigações assumidas até a data da extinção.

II. Em qualquer dos casos dos incisos I, deverá ser lavrado "Termo de Rescisão ou Encerramento" com as devidas justificativas administrativas.

#### CLÁUSULA QUARTA – DOS SERVIDORES RESPONSÁVEIS PELA FISCALIZAÇÃO DO TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

- I. Servidor responsável pela fiscalização do presente termo de cooperação técnica por parte da SESA: Carlos Alexandre Vieira. Email: engenhariasesa@gmail.com Telefone: 3263-1512
- II. Servidor responsável pela fiscalização do presente termo de cooperação técnica por parte da PRED: Paulo Yoshihiro Nakano. Email: pauloynakano@pred.pr.gov.br. Telefone: 41 – 3304-8251.

#### CLÁUSULA QUINTA – DO ACRÉSCIMO DE NOVAS OBRAS

Até o final da vigência do plano de trabalho parte integrante deste termo de cooperação técnica, a SESA poderá acrescentar novas obras para suporte e acompanhamento técnico, mediante termo de apostilamento ao protocolado.

#### CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A cada período de três meses a partir da assinatura do presente termo, a PRED encaminhará relatório à SESA demonstrando as obras vistoriadas, os termos de constatação emitidos e o custo dependido para as diligências.

#### CLÁUSULA SÉTIMA- DO FORO

Elege-se o foro da Comarca de Curitiba para dirimir quaisquer dúvidas fundadas neste Termo.



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

E, por estarem de acordo, firmam o presente Termo, em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais foram lidas e assinadas pelas partes, na presença das testemunhas abaixo.



Curitiba, 20 de maio 2016.

  
Micheli Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde

  
Luiz Fernando de Souza Jamur  
Diretor Geral

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO 12**  
**RESOLUÇÃO N.º 276/2012 DA SESA QUE INSTITUI**  
**INCENTIVO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS ATRAVÉS DO APSUS**

**ANEXO 12**  
**RESOLUÇÃO N.º 276/2012 DA SESA QUE INSTITUI**  
**INCENTIVO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS ATRAVÉS DO APSUS**

**RESOLUÇÃO SESA N.º 276/2012**  
**(Publicada no Diário Oficial do Estado N.º 8736, de 19/06/12)**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 45, XIV, da Lei n.º 8.485, de 03 de junho de 1987, os artigos 18 a 23 da Lei Estadual n.º 13.331, de 26 de novembro de 2001, os artigos 48 a 54 do Decreto n.º 5.711, de 05 de maio de 2002, e

- considerando as diretrizes e princípios para a consolidação do Sistema Único de Saúde, Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e controle social;
- considerando a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, e, em seu artigo 19, combinado com o Artigo 20, dispõe que o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do §3.º do art. 198 da Constituição Federal, devendo as transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde, serem realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde;
- considerando a Portaria GM/MS n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, e, no que diz respeito às competências das Secretarias Estaduais de Saúde, inciso II, dispõe que devem ser destinados recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;
- considerando a Lei Estadual 13.331/2001, em seu artigo 12 - inciso XVI, dispõe que o Estado deve exercer, com equidade, o papel redistributivo de meios e instrumentos para os municípios realizarem adequada política de saúde;

- considerando Resolução SESA n.º 237/2012, que estabelece a utilização do Fator de Redução das Desigualdades Regionais, para definição da alocação dos recursos estaduais da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná;
- considerando o Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, que tem a reorganização da Atenção Primária como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde;
- considerando Deliberação CIB-PR n.º 052/2012 que aprova o Incentivo Financeiro de custeio visando ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no Estado do Paraná,

#### RESOLVE:

Artigo 1.º - Instituir o Incentivo Financeiro de custeio do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), na modalidade “Fundo a Fundo”, utilizando os critérios estabelecidos pelo Fator de Redução das Desigualdades Regionais.

Artigo 2.º - Farão jus ao Incentivo Financeiro de Custeio, de que trata o artigo 1.º, os municípios que apresentarem pontuação no Fator de Redução das Desigualdades Regionais abaixo de 7,5 e população até 250.000 habitantes, totalizando 391 municípios do Estado, constante do Anexo I desta Resolução.

Artigo 3.º - O Incentivo Financeiro de Custeio terá valor mensal mínimo de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) e máximo de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais).

Parágrafo Único - Para os municípios que já recebiam recursos do Estado, pelo número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, pela Resolução SESA n.º 283/2004, e/ou, pela Resolução SESA n.º 317/2006, que trata das Unidades de Saúde para Atenção Integral da Mulher e da Criança, e/ou, pela Resolução SESA n.º 037/2011 que trata das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família, e que, pela aplicação do Fator de Redução das Desigualdades passariam a receber menos, fica mantido o valor que recebem atualmente, até que, pela aplicação dos critérios estabelecidos pelo Fator de Redução das Desigualdades Regionais, seja necessária a sua readequação.

Artigo 4.º - Para receber o Incentivo Financeiro de Custeio do APSUS, os municípios deverão:

- I. aderir à Rede Mãe Paranaense: organizando as ações de pré-natal e puerpério, e o acompanhamento das crianças;
- II. implantar a classificação de risco, conforme protocolo estabelecido pela SESA, para as gestantes e crianças menores de 1 ano;
- III. vincular as gestantes ao hospital, conforme classificação de risco;
- IV. adotar medidas para a melhoria do acesso da população as Unidades Básicas de Saúde, mantendo equipes e as condições de ambiência para a realização das ações;
- V. aderir ao Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde do SUS-APSUS, no Paraná;

- VI. manter o número de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal existentes atualmente e apresentar proposta de expansão do número de equipes, de forma a ter no mínimo 70% da população coberta;
- VII. realizar a avaliação das equipes de saúde, por meio do instrumento de Avaliação da Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde;
- VIII. manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Ministério da Saúde;
- IX. manter atualizado o Cadastro das Unidades Básicas de Saúde e dos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- X. investigar todos os óbitos infantis e maternos;
- XI. ter Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde instituído e em funcionamento;
- XII. ter Plano Municipal de Saúde atualizado.

Parágrafo Único - Os municípios que não têm cobertura mínima de 70% da população por Equipe de Saúde da Família, conforme inciso VI deste artigo, deverão, no prazo de 60 (sessenta) dias após a Adesão ao Incentivo de que trata a presente Resolução, apresentar cronograma de expansão do número de equipes de forma a atingir 70% de cobertura da população.

Artigo 5.º - A adesão será formalizada por meio da assinatura do Termo de Adesão ao Incentivo Financeiro de Custeio do APSUS (Anexo II desta Resolução).

Parágrafo Único - O Termo de Adesão ao Incentivo deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 6.º - Os municípios que aderirem ao incentivo de que trata a presente Resolução deverão adotar práticas de anticorrupção, devendo:

- I. observar e fazer observar, em toda gestão do Sistema Municipal de Saúde, o mais alto padrão de ética, durante todo o processo de execução dos recursos do incentivo, evitando práticas corruptas e fraudulentas;
- II. impor sanções sobre uma empresa ou pessoa física, sob pena de inelegibilidade na forma da Lei, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pela gestão municipal se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa ou pessoa física, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar de licitação ou da execução de contratos financiados com recursos repassados pela SESA. Para os propósitos deste inciso, definem-se as seguintes práticas:

- Prática corrupta: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no desempenho de suas atividades;
  - Prática fraudulenta: a falsificação ou omissão de fatos, com o objetivo de influenciar a execução dos recursos;
  - Prática colusiva: esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não competitivos;
  - Prática coercitiva: causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução de um contrato;
  - Prática obstrutiva: destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas, aos representantes da SESA, com o objetivo de impedir materialmente a fiscalização da execução do recurso;
- III. concordar e autorizar a avaliação das despesas efetuadas, mantendo à disposição dos órgãos de controle interno e externo todos os documentos, contas e registros comprobatórios das despesas efetuadas.

Artigo 7.º - Os municípios que já recebem recurso estadual pelo número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, conforme instituído pela Resolução SESA n.º 283/2004, e/ou, das Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família, conforme Resolução SESA n.º 037/2011, devem formalizar a habilitação ao Incentivo Financeiro de Custeio para a Atenção Primária à Saúde, por meio da assinatura do Termo de Adesão ao Incentivo, de que trata o Artigo 5.º, até o dia 31/05/2012.

Parágrafo Único - Os municípios de que trata o Artigo 7.º, que não tiverem formalizado a adesão ao recebimento do Incentivo Financeiro de Custeio para a Atenção Primária à Saúde até 31/05/2012, terão suspensos o repasse dos incentivos alocados atualmente pela SESA, nos respectivos Fundos Municipais, referentes às Resoluções SESA n.º 283/2004, n.º 317/2006 e n.º 037/2011, a partir da competência de junho de 2012.

Artigo 8.º - A cada quadrimestre a SESA, por meio das Regionais de Saúde fará o monitoramento do estabelecido no artigo 4.º, dessa Resolução.

§1.º - No caso de constatadas irregularidades no monitoramento, ou por meio de supervisões ou auditorias realizadas no município:

- I. serão comunicados aos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde;
- II. será concedido prazo de 60 (sessenta) dias para a regularização, sob a penalidade de suspensão do repasse do incentivo estadual.

§2.º - Comprovadas as irregularidades e finalizado o prazo para a sua regularização, o incentivo financeiro estadual será suspenso e o repasse somente será restabelecido quando sanada a irregularidade, não sendo passível de pagamento retroativo;

§3.º - Os gestores responsáveis ficarão sujeitos às penalidades previstas nas leis específicas.

Artigo 9.º - Os municípios deverão manter atualizado o cadastro das equipes (Saúde da Família, Saúde Bucal, ACS e Atenção Primária) e das famílias e dos indivíduos, no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e o cadastro das unidades básicas de saúde e dos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Parágrafo Único - No caso da não alimentação regular desses sistemas, o município terá suspenso o incentivo até a sua regularização, não sendo passível o pagamento retroativo, quando ocorrer a regularização.

Artigo 10.º - Os municípios que fizerem jus ao incentivo estadual de custeio de que trata esta Resolução, deverão cumprir as obrigações previstas no artigo 53 do Anexo ao Decreto 5.711/02, Código Estadual de Saúde:

- I. Receber o incentivo financeiro estadual em conta bancária específica, do Fundo Municipal de Saúde;
- II. Apresentar ao Conselho Municipal de Saúde os resultados da avaliação das metas pactuadas, a prestação de contas dos recursos e as planilhas de receitas e despesas, conforme regularidade estabelecida no seu Regimento.

Artigo 11.º - O incentivo financeiro estadual previsto nesta Resolução correrá por conta do Tesouro do Estado, mediante prévia dotação orçamentária.

§1.º - Os documentos comprobatórios das despesas efetuadas, bem como os outros documentos que derem origem ao Relatório de Gestão, deverão ser mantidos à disposição dos órgãos de controle interno e externo, por um período de 05 (cinco) anos, a contar da data das respectivas prestações de contas;

§2.º - O incentivo de que trata a presente Resolução não poderá ser utilizado na forma de investimentos.

Artigo 12.º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da autorização do Senhor Governador, conforme previsto no Decreto n.º 1.198/2011, ficando revogadas as Resoluções SESA números 0283/2004, 0317/2006, 0268/2009, 0037/2011, 248/2012 e 250/2012.

Curitiba, 15 de junho de 2012.

Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**



**Banco  
Mundial**



**PARANÁ**  
SECRETARIA DO PLANEJAMENTO  
E COORDENAÇÃO GERAL  
SECRETARIA DA SAÚDE

Palácio das Araucárias  
Rua Jacy Loureiro de Campos s/n - 4º andar - Ala D  
80530-915 Centro Cívico Curitiba - Paraná  
41 3313-6833 [www.sepl.pr.gov.br](http://www.sepl.pr.gov.br)

---