



1 **ATA DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2019.**

2 **Data: 05 de junho de 2019.**

3 **Local: Hotel Nacional Inn.**

4 **Participantes: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Cristiane Pantaleão (Ubiratã), Ângela Conceição Oliveira Pompeu
5 (Ponta Grossa), Mauro Sérgio de Araújo (Munhoz de Mello), João Carlos Strassacapa (Cândido de Abreu), Márcia
6 Huçulak (Curitiba), **SESA: Titulares SESA:** Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário de Estado da Saúde), Maria Goretti
7 David Lopes(DAV/SESA); Vinícius Filipak (DGS/SESA); Acácia Nars (SVS/SESA), Olga de Deus (DGS/SESA).

8 **Secretária Executiva da CIB: Liliam Cristina Brandalise**

9 **O Secretário de Estado da Saúde, Beto Preto,** cumprimentou os participantes da Reunião, destacando e
10 agradecendo a presença de Benedito, novo diretor do Núcleo do Ministério da Saúde em Curitiba. Saudou os
11 secretários municipais de saúde, os diretores de Regionais de Saúde e os membros e diretores executivos dos
12 Consórcios Intermunicipais de Saúde. Destacou a reunião ocorrida com os Consórcios na segunda-feira, dia
13 03/06/2019, aditivando todos os contratos do COMSUS existentes no mesmo valor para 2019 e 2020, e, indicando o
14 caminho a ser seguido – pactuado com Regionais e Municípios, de forma a ofertar serviços, através dos consórcios,
15 conforme o Processo de Regionalização Integrado (PRI). Agradeceu a participação dos secretários(as) de saúde nas
16 reuniões do PRI nas regiões de saúde, salientando que a partir da segunda quinzena de junho aconteceriam outras
17 reuniões, desta vez, macrorregionais, e por fim, reforçou a importância da participação de todos neste processo,
18 considerando tratar-se da construção de um plano diferente, que visa atualizar as demandas e necessidades dos
19 Municípios, das Regiões de Saúde e das Macrorregiões. O Secretário destacou, mesmo diante das dificuldades
20 herdadas junto ao SIAF, que é o Sistema Financeiro da Secretaria da Fazenda do Paraná, o esforço que tem sido feito
21 para manter os pagamentos em dia, apontando o êxito alcançado na tramitação de processos de pagamento aos
22 prestadores de serviços, dos incentivos aos municípios, e aos prestadores de serviços dos municípios de gestão plena.
23 Beto agradeceu às equipes municipais de saúde pelo esforço e trabalho feito para vacinação da população-alvo da
24 vacina da gripe. Salientou que inúmeras informações transversais vinham atrapalhando o processo do calendário de
25 vacinação, o que também interferia na campanha da vacina da gripe, dificultando o alcance da população mesmo com
26 todo o esforço despendido pelas equipes. Apontou a cobertura de 82% da população-alvo para vacinação da gripe e a
27 fragilidade da cobertura para o grupo de crianças e gestantes. Agradeceu, em nome do Governo do Paraná, o empenho
28 dos municípios na campanha. O Secretário relatou que na noite anterior tinha acontecido uma reunião com o COSEMS-
29 PR, em que havia sido alertado sobre situações que já estavam sendo verificadas pela Secretaria. Reforçou seu apreço
30 pelos programas já existentes e em execução no estado do Paraná, salientando a necessidade de se mensurar a
31 eficácia dos incentivos aos hospitais e a manutenção de algumas Redes. Falou da necessidade de se ter garantia da
32 aplicação correta dos recursos, para fazer o melhor com o dinheiro público dos paranaenses, independente do
33 município onde será aplicado, mas, de forma a tentar garantir o melhor atendimento possível a toda população. Então, o
34 Secretário cumprimentou a diretoria do COSEMS e a presidente Cristiane, agradeceu a presença da equipe da SESA-
35 PR: Vinícius Filipak, Goretti, Olga e Acácia, convidando para que mais alguém participasse da mesa, já que ele próprio
36 teria que se ausentar da reunião, e então, desejou boa reunião a todos. Por fim, reiterou o compromisso da SESA com a
37 regionalização e a transparência, reforçou a manutenção de todos os pagamentos de programas que já vinham sendo
38 realizados e informou que estavam sendo montadas algumas propostas diferentes, mas, que nada seria feito sem que
39 todos estivessem cientes e participando da decisão. Em seguida, passou a palavra para Cristiane. **Cristiane,**
40 **Presidente do COSEMS,** cumprimentou e agradeceu a presença de todos. Destacou a grande participação do estado
41 do Paraná e dos municípios (gestores e equipes técnicas) no Congresso do COSEMS, que aconteceu em Cascavel.
42 Lembrou ter sido um momento importante de troca de experiências, de aquisição de conhecimento, em que o Paraná



43 mostrou, mais uma vez, o compromisso em resolver os problemas de saúde do estado. Afirmou que as pessoas do
44 Ministério da Saúde que participaram do Congresso, assim como o Mauro, presidente do CONASEMS, ficaram
45 impressionadas com o Paraná, com a participação dos gestores, com a Mostra das Experiências Exitosas, com a força
46 do COSEMS no estado, reconhecendo que os municípios, em parceria com as Regionais de Saúde, tem desenvolvido
47 trabalhos de destaque nacional. Agradeceu a disponibilidade do estado em receber a diretoria do COSEMS na noite
48 anterior, para uma conversa em que se propôs rever o que fosse preciso a partir dos programas já existentes,
49 garantindo o apoio técnico e financeiro que os municípios vinham tendo e que faziam a diferença na execução dos
50 serviços, e pactuando de forma bipartite o que precisava ser revisado. Cristiane afirmou que o COSEMS também tinha
51 interesse em fazer com que as coisas funcionassem de maneira correta e o dinheiro da população do Paraná fosse bem
52 investido. Reforçou que o COSEMS estava junto com a SESA na luta para tornar a saúde do Paraná cada vez mais
53 qualificada. Então, passou a palavra para Goretti, que coordenaria a reunião. **Goretti, Diretora de Atenção e**
54 **Vigilância em Saúde**, saudou os participantes da reunião e deu sequência à pauta.

55 **1. Aprovação da Ata da 2ª Reunião Ordinária de 03/04/2019.** A ata foi aprovada pelo COSEMS-PR e pela SESA-PR.

56 **2. Homologações: SE – CIB/PR**

57 **2.1 Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência**

58 **Deliberação nº 046/2019 – Aprova “Ad referendum”** remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de
59 Média e Alta Complexidade, da **Competência maio/2019 – Parcela 06/2019** conforme abaixo:

Origem	Destino	Objetivo	Valor (R\$)
Gestão Estadual	Colorado	Referente pactuação de 05 AIH's de Clínica Geral de Munhoz de Melo para Colorado	2.094,00
	Guaíra	Referente pactuação de 27 AIH de Clínica Geral de Terra Roxa para Guaíra	12.829,05
	Campo Mourão	Referente estruturação da Rede de Urgência e Emergência e Rede Materno Infantil, para atendimento à população própria e referenciada do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão nas competências de maio a dezembro de 2019, com recomposição do Teto Estadual em janeiro de 2020.	550.000,00
	Umuarama	Referente a ações de alta complexidade em ortopedia do Hospital CEMIL, a partir da competência maio/2019	50.000,00
	Apucarana	Referente pagamento retroativo de AIH's de pacientes de Jandaia do Sul, atendidos no Hospital Providência e Hospital Materno Infantil de Apucarana, no período de maio a setembro, em parcela única – Processo 15.463.778-8	365.147,49
Mandaguari	Gestão Estadual	Referente repactuação de 01 AIH de Clínica Geral de Mandaguari para Munhoz de Melo	302,87
Goioerê	Campo Mourão	Referente repactuação de recursos ambulatoriais de Goioerê para Quarto Centenário e repactuação de Quarto Centenário para Campo Mourão	4.196,74

60 **Deliberação nº 056/2019 – Aprova “Ad referendum”** remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de
61 Média e Alta Complexidade, da **Competência junho/2019 – Parcela 07/2019** conforme abaixo:

Origem	Destino	Objetivo	Valor (R\$)
Gestão Estadual	Marialva	Referente recurso da Portaria GM/MS nº 844 de 28/03/2018, que estabelece recurso do bloco MAC para Marialva – recurso das parcelas creditadas no FES de 06/2018 a 06/2019, em parcela única.	1.083.333,29
	Marialva	Referente recurso da Portaria GM/MS nº 844 de 28/03/2018, que estabelece recurso do bloco MAC para Marialva a partir da parcela	83.333,33



07/2019.

62 **2.2 Habilitação/ Desabilitação/ Credenciamento de Serviços**

63 **Deliberação nº 047/2019 – Aprova “Ad referendum”** o pleito de habilitação do CAPS TATUQUARA, no município de
64 Curitiba – CNES 9695915.

65 **2.3 Credenciamento das Equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Básica (eAB, de Agentes Comunitários**

66 **de Saúde (ACS), de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Consultório de Rua**

67 **(eCR).**

MUNICÍPIO	Deliberação nº	ESF	EAB	ACS	NASF AB			ESB		ECR		
					I	II	III	I	II	I	II	III
São Jorge do Ivaí	033/2018						01					
Marialva	034/2018	01		02								
Campo Largo	037/2019	03		14				01	01			
Tomazina	038/2019					01						
Teixeira Soares	039/2019					01						
Rancho Alegre	040/2019						01					
Almirante Tamandaré	041/2019					01						
Campo Largo	042/2019				01							
Perobal	044/2019						01					
São Jorge do Ivaí	048/2019	01		04								
Corumbataí do Sul	051/2019						01					
Cafelândia	053/2019								01			
Umuarama	055/2019	05						05				

68 **Alteração de Modalidade:** Município de Campo Largo-PR – alteração de Modalidade de **01 Equipe de Saúde Bucal**

69 de **Modalidade I para Modalidade II.**

70 **2.4 Emendas Parlamentares**

Município	Nº da Deliberação	Nº da Emenda	Nº da Proposta	Valor R\$	Objeto
Floresta	035/2019	30920007	08854.643000/1190-01	199.950,00	Aquisição de equipamentos e materiais permanentes
CISVALI	036/2019	20520006	900956/19-02	270.000,00	Aquisição de equipamentos e materiais permanentes

71 **2.5 Farmácia do Paraná – Entrega em Casa**

72 **Deliberação nº 043/2019 – Aprova “Ad referendum”:**



73 1. A ampliação do elenco de medicamentos do Serviço “Farmácia do Paraná – Entrega em Casa”, incluindo os
74 medicamentos budesonida 200 mcg; formoterol 12 mcg; formoterol 6 mcg + budesonida 200 mcg; formoterol 12 mcg +
75 budesonida 400 mcg, já padronizados e disponíveis no SUS;

76 2. A expansão do Serviço “Farmácia do Paraná – Entrega em Casa” aos usuários residentes no município sede da 2ª
77 Regional de Saúde que fazem uso exclusivamente de um ou mais medicamentos do elenco pactuado,
78 independentemente do critério idade;

79 **2.6 Repasse Fundo Estadual para cobertura de despesas de custeio em situação excepcional**

80 **Deliberação nº 052/2019 – Aprova “Ad Referendum”** o repasse financeiro no valor total de R\$ 1.500.000,00 (um
81 milhão e quinhentos mil reais), divididos em três parcelas no valor de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) cada uma,
82 como apoio financeiro para a cobertura de despesas essenciais de custeio destinadas a atender as atividades do
83 atendimento emergencial de saúde pública na parte assistencial do município de Cascavel/PR.

84 **2.7 Resolução SESA nº 018/18 – Estabelece Normas para a Celebração de Convênios**

85 **Deliberação nº 054/2019 – Aprova “Ad Referendum”** o convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde do
86 Paraná e a Fundação de Estudos das Doenças do Fígado Koutoulas Ribeiro – FUNEF, CNES 0015768, Curitiba/PR
87 para a reforma e ampliação do Hospital São Vicente do município de Curitiba/PR, com objetivo de melhorar as
88 condições de atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, no valor de R\$ 2.322.902,57 (dois
89 milhões, trezentos e vinte e dois mil, novecentos e dois reais e cinquenta e sete centavos) com repasse em 12 parcelas.

90 **Deliberação nº 058/2019 – Aprova “Ad Referendum”** a celebração de convênio entre a Secretaria de Estado da
91 Saúde – SESA/HEMEPAR e a Fundação Itaipuapy/Hemnúcleo de Foz do Iguaçu-PR para a realização de Assistência
92 Hemoterápica e Hematológica aos hospitais de abrangência da 9ª Regional de Saúde.

93 **2.8. Portaria GM/MS nº 930/2019 – Programa Saúde da Hora – Credenciamento de Gerentes de Atenção Básica**

94 **Deliberação nº 057/2019 – Aprova “Ad Referendum”** a solicitação do município de Curitiba-PR para credenciamento
95 de 111 (cento e onze) Gerentes de Atenção Básica, para as seguintes Unidades de Saúde:

UNIDADES DE SAÚDE	CNES	CBO
Bairro Novo	16934	131210
Coqueiros	7686625	131210
João Candido	16977	131210
Nossa Senhora Aparecida	16969	131210
Osternack	16942	131210
Parigot de Souza	17027	131210
Salvador Allende	17000	131210
Sambaqui	5446392	131210
São Joao Del Rey	16993	131210
Umbará	3862224	131210
Umbará II	3298949	131210
Xapinhai	2639394	131210
Erico Verissimo	17191	131210
Esmeralda	17124	131210
Eucaliptos	17132	131210
Irmã Tereza Araujo	17159	131210
Jardim Paranaense	17213	131210
Menonitas	5709512	131210
Moradias Belem	17140	131210
Pantanal	3507815	131210
São Pedro	17175	131210
Tapajós	17167	131210
Vila Hauer	17221	131210
Visitação	17248	131210
Waldemar Monastier	17205	131210



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR

3ª Reunião
Ordinária
05/06/2019

Xaxim	17183	131210
Abaete	17531	131210
Abranches	6724299	131210
Atuba	17523	131210
Bacacheri	17515	131210
Bairro Alto	2639378	131210
Barreirinha	17507	131210
Fernando de Noronha	17493	131210
UNIDADES DE SAÚDE	CNES	CBO
Higienópolis	5701104	131210
Jardim Aliança	9381015	131210
Medianeira	5932238	131210
Pilarzinho	17485	131210
Santa Candida	17477	131210
Santa Efigenia	17469	131210
Tarumã	17450	131210
Tingui	17442	131210
Vila Diana	17426	131210
Vila Esperança	17434	131210
Vila Leonice	17558	131210
Vista Alegre	17418	131210
Atenas	16918	131210
Augusta	16896	131210
Barigui	16632	131210
Caiuá	2639440	131210
Campo Alegre	9110402	131210
Candido Portinari	2639424	131210
Jardim Gabinete	16810	131210
Nossa Senhora da Luz	17272	131210
Oswaldo Cruz	17302	131210
Sabará	16683	131210
São José	16853	131210
São Miguel	16713	131210
Taís Viviane Machado	17388	131210
Tancredo Neves	16721	131210
Vila Sandra	5406617	131210
Vila Verde	17345	131210
Vitoria Régia	5406625	131210
Alvorada	5506115	131210
Cajuru	17108	131210
Camargo	17094	131210
Iracema	17035	131210
Lotiguaçu	17086	131210
Salgado Filho	2715899	131210
São Domingos	17078	131210
São Paulo	17116	131210
Solitude	17051	131210
Trindade	17043	131210
Trindade II	3359646	131210
Uberaba	2639408	131210
Capanema	15474	131210
Mãe Curitibana	3912698	131210
Ouvidor Pardini	2639572	131210
Aurora	16624	131210
Concórdia	17256	131210
Fanny Lindoia	16667	131210
Ipiranga	17299	131210



Maria Angélica	17280	131210
Nossa Senhora Sagrado Coração	17264	131210
Parque Industrial	17337	131210
Vila Clarice	16748	131210
Vila Feliz	16756	131210
Vila Leão	16772	131210
Vila Machado	17329	131210
Estrela	16659	131210
UNIDADES DE SAÚDE	CNES	CBO
Parolin	16675	131210
Santa Amélia	16691	131210
Santa Quitéria	16705	131210
Santa Quitéria II	5484456	131210
Santos Andrade	16799	131210
Vila Guaira	16764	131210
Bom Pastor	16802	131210
Butiatuvinha	16829	131210
Campina do Siqueira	16888	131210
Nova Orleans	16861	131210
Pinheiros	16837	131210
Santa Felicidade	16926	131210
São Braz	16845	131210
União da Vilas	16780	131210
Caximba	16950	131210
Dom Bosco	16985	131210
Monteiro Lobato	5196809	131210
Moradias da Ordem	17361	131210
Moradias Santa Rita	17353	131210
Palmeiras	17019	131210
Pompéia	17310	131210
Rio Bonito	5142725	131210

96 **2.9 Portaria GM/MS Nº 3583/2108 - Readequação da Rede Física do SUS**

97 **Deliberação nº 059/2019** – Aprova “Ad Referendum” o pleito do município de Ivaiporã-PR para readequação do
98 espaço físico do imóvel originalmente destinado à UPA para criação de um serviço de exames de imagem de
99 abrangência regional, que atenda igualmente a todos os 16 (dezesesseis) municípios da 22ª Regional de Saúde via
100 consórcio ou mediante pactuação, considerando a capacidade instalada e o financiamento de cada município.

101 **3. Apresentações**

102 **Goretti** justificou a ausência de Nestor, diretor geral da SESA, na reunião, que estava em viagem internacional
103 acompanhando a delegação do Paraná.

104 **3.1. Campanha Influenza – Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica-CVIE/SESA. Acácia, Coordenadora da**

105 **vigilância Epidemiológica**, cumprimentou os participantes da reunião e em seguida apresentou os dados da síndrome
106 respiratória aguda grave, caracterizada por tosse, febre, dor de garganta, dor no corpo e alteração respiratória. Acácia
107 relatou que os casos de Influenza 1 (H1N1) no ano de 2019 somavam 113 casos, com 32 óbitos, e, considerando os
108 casos de influenza somados aos vírus respiratórios não especificados, tinha-se o total de 1.622 casos, com 192 óbitos
109 no Paraná até aquele momento. Destacou que, embora ocorra no restante dos meses, a circulação dos vírus da gripe é
110 mais intensa no outono e inverno, e, a partir dos dados apresentados em tabelas e gráficos, afirmou que o maior
111 número de casos estava registrado na região metropolitana de Curitiba, devido à maior concentração populacional,
112 além das Regionais de Foz do Iguaçu, Cascavel e Paranavaí (com quatro óbitos até aquele momento). A partir dos
113 dados, afirmou ainda que os homens morrem mais que as mulheres devido à gripe, o que indica que as mulheres se
114 cuidam mais. Apontou o número de 74 casos de síndrome respiratória aguda grave por influenza em homens e 59 em



115 mulheres, e destes, 21 óbitos em homens e 16 óbitos em mulheres. Com relação às faixas etárias mais acometidas,
116 Acácia apontou a população abaixo de 6 anos, que tem menor imunidade, e acima de 40 anos, que tem maior
117 comorbidade. Com relação aos óbitos, afirmou que o maior número estava na população acima de 40 anos. Em
118 seguida, apresentou a série histórica do estado do Paraná, com predomínio do vírus H1N1, e nos anos de 2015 e 2017,
119 o H3N2 com menor mortalidade. Ao mostrar os indicadores, apontou a cobertura vacinal de 82% para gripe, lembrando
120 que a cobertura preconizada é de 90%. Com relação à vacinação infantil, indicou a Macrorregião Noroeste com
121 cobertura maior que 90%. Sobre a vacinação em gestantes, lembrou que a vacina é segura e deve ser realizada
122 durante a gestação. Sobre a cobertura vacinal dos trabalhadores em saúde, parabenizou as Macrorregiões Noroeste e
123 Oeste, que tiveram bons resultados. Então, Acácia mostrou que com relação à cobertura vacinal total, a Macro Noroeste
124 também se destacou em comparação às outras Macrorregiões. Ainda, apresentou o número de 47 municípios com
125 cobertura maior que 90%. Explicou que alguns municípios que apresentam cobertura maior que 100% acabam
126 vacinando população das redondezas, por isso o número extrapola sua população. Ressaltou a necessidade de maior
127 atenção às regiões mais frias, reforçando a importância de a Macrorregião Leste melhorar sua cobertura vacinal –
128 destacou Bocaiúva do Sul com apenas 48% de cobertura. Afirmou a disponibilização de aproximadamente 3.300.000
129 doses e a realização de 2.600.000 vacinas, o que indica um restante de doses a serem realizadas. Informou que a partir
130 daquele momento a vacinação seria aberta à população geral até quando houvesse estoque da vacina. Pediu à Vera,
131 coordenadora dos Programa de Imunizações do Paraná, que analisasse junto a estes municípios as dificuldades
132 encontradas para alcance das metas e auxiliasse no processo para melhora da cobertura. **3.2. Situação atual da**
133 **Dengue – Coordenadoria de Vigilância Ambiental-CVIA/SESA. Ivana Belmonte**, coordenadora de Vigilância
134 Epidemiológica, informou, com relação ao fornecimento do Malation, com o qual muitos municípios e regionais estavam
135 encontrando dificuldades, que o desabastecimento era nacional e o produto não era encontrado nem para venda, e que
136 todos os municípios haviam sido orientados sobre a necessidade de mobilização social e remoção de criadouros,
137 entendendo que é muito mais fácil eliminar o mosquito enquanto ele é larva e está restrito ao criadouro do que quando
138 ele está voando e circulando. Salientou que o veneno, mesmo sendo 100% eficaz, elimina apenas 40% dos alados e
139 que o relatório de 2018 da Fio Cruz indicou início de resistência do mosquito ao Malation, e que, portanto, o Ministério
140 da Saúde estava avaliando a troca do inseticida. Sobre o Malation que estava para chegar, Ivana informou que ainda
141 havia um impasse sobre quem pagaria as despesas alfandegárias, e, então, estava sem previsão de entrega. Sobre a
142 série histórica, Ivana lembrou de períodos complicados nos anos de 2015 e 2016, seguidos por dois anos tranquilos, e,
143 naquele momento, novamente, aumento da epidemia, devido à mudança do sorotipo de circulação viral. Mostrou que a
144 dengue é cíclica, com períodos de redução da transmissão e períodos de pico, como em 2016 e novo pico agora, em
145 2019, com previsão de aumento da epidemia com o início de Den2. Com relação ao aumento do número de casos,
146 Ivana informou o número de 12.000 casos confirmados de Den2 em junho/2019, tendo, ainda, naquela última semana
147 um aumento de 20%, o que se mostrava motivo de preocupação. Indicou também o aumento, no período de uma
148 semana, de 44 para 60 municípios que atingiram patamar epidêmico de 300 casos/100.000 habitantes, e o total de 44
149 municípios em situação de alerta. Salientou preocupação com o litoral, onde muitas casas permanecem fechadas por
150 longos períodos, alertando para a necessidade de mobilização para o enfrentamento à dengue para o próximo verão.
151 Ivana apontou que a circulação viral do Den2 havia atingido 57% e ressaltou que o mosquito já estava adaptado à
152 mudança de temperatura, o que faz com que, mesmo com a diminuição da capacidade de transmissão – a baixa
153 temperatura afeta a replicação viral, ele sobreviva, assim como os ovos. Desta forma, concluiu que era necessário
154 trabalhar para eliminar os criadouros, ainda mais se considerando que 80% dos criadouros são removíveis e 40% deles
155 são lixo, evitando, assim, um próximo verão com epidemia. Com relação à Zika e Chikungunya, Ivana disse que o
156 volume de circulação viral não estava tão alto, o que trazia certa tranquilidade. Informou o número de 4 casos



157 autóctones de Chicungunya e 3 de Zica, mas, ressaltou a notícia de circulação do vírus Mayaro no Rio de Janeiro e no
158 interior do estado de São Paulo – vírus semelhante ao Chicungunya em relação às artroses, à longa duração dos
159 sintomas e à complexidade do tratamento. Explicou que no ano passado foram feitas pesquisas de 70 casos do Paraná
160 para diagnóstico, cujos resultados foram negativos para Mayaro, e que este ano novamente serão investigados os
161 casos com sintomas indicativos para verificar a circulação do vírus no estado. **Maria Goretti** pediu que Ivana explicasse
162 sobre a reivindicação já feita pelo Paraná ao Ministério da Saúde para controle biológico da Dengue. **Ivana**, então,
163 explicou que existem duas propostas: uma delas seria o trabalho de intensificação do controle biológico através da
164 pesquisa que a Fio Cruz desenvolveu para produção do mosquito com a bactéria Wolbachia – uma bactéria presente
165 em muitos insetos e que quando colocada no Aedes, impede a transmissão do vírus da Dengue. Continuou dizendo que
166 o mosquito com Wolbachia transmite a bactéria para geração seguinte, e, portanto, a soltura do mosquito com
167 Wolbachia na natureza faz com que ele replique e transmita para sua progênie, levando ao aumento do número de
168 mosquitos que não transmitem Dengue, com conseqüente redução da transmissão da doença. A outra proposta, Ivana
169 informou, trata-se do estudo já apresentado na CIB, pactuado em Deliberação CIB/PR nº 04/2019, e cujo trabalho, que
170 propõe análise de risco, será iniciado em 25 municípios no 2º semestre de 2019. Segundo Ivana, o Ministério da Saúde
171 informou na Câmara Técnica do CONAS que tem uma proposta semelhante, que será discutida com os estados em
172 Julho/2019. Por fim, disse que desde 2018 foi colocado no site da SESA e encaminhado para o COSEMS/PR, para os
173 municípios e Regionais de Saúde, a Nota Técnica nº 08/2018, que detalhava e esclarecia sobre o uso do teste rápido.
174 Relatou que muitos municípios entraram em contato porque houve falta de testes rápidos, mas esclareceu que não
175 houve falta para o uso ao que está preconizado na referida Nota Técnica – lembrou que ele não deve ser utilizado como
176 meio de diagnóstico, mas que, como o Lacen sempre disponibilizou grande quantidade, os municípios passaram a usá-
177 lo para diagnóstico individual, e na realidade, o que estava proposto é que o teste fosse usado para que a vigilância,
178 para detectar a circulação viral no município onde não está ocorrendo a doença. Explicou que a partir do momento que
179 o município já tem grande número de casos, já é conhecida a circulação da Dengue e então, o material pode ser
180 encaminhado para sorologia do Lacen, para PCR de acordo com o início dos sintomas. Recordou que o teste rápido é
181 preconizado também para grupos de risco: pacientes com sinais de alarme, casos graves, gestantes e crianças.
182 Reafirmou que a Nota Técnica estava disponível no site da SESA – Dengue e, que para as situações definidas na Nota,
183 não faltava teste rápido. Informou que uma porcentagem dos diagnósticos feitos são encaminhados para definição do
184 sorotipo viral, de forma a se manter conhecido o sorotipo circulante. **Goretti** agradeceu a apresentação feita e
185 cumprimentou Ivana e toda a equipe pelo trabalho realizado no enfrentamento à Dengue no Paraná. **3.3. Situação**
186 **atual do Sarampo – Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica-CVIE/SESA. Renato Lopes**, do setor de doenças
187 transmissíveis agudas, iniciou sua apresentação dizendo que não havia casos de sarampo no Paraná e o objetivo era
188 manter o estado sem casos, apontando para a necessidade de priorizar a prevenção da doença. Lembrou que os
189 últimos casos de sarampo no Paraná foram registrados por volta do ano 2000, e, da mesma forma, o Brasil esteve
190 muitos anos sem registro da doença. Em 2013 e 2015, continuou, houve casos no Ceará e na Paraíba, e depois disso,
191 o Brasil recebeu em 2015 o certificado de eliminação da Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita e, em setembro de
192 2016, o certificado de eliminação do Sarampo nas Américas – mas, já perderam este certificado, pois em Junho/2017
193 teve epidemia da doença na Venezuela. Então, relatou, em Fevereiro/2018 foi registrado em Roraima o primeiro caso
194 no Brasil: foi diagnosticada uma criança venezuelana de 1 ano. Renato explicou que a preocupação da SESA era de
195 que a maioria dos profissionais formados nos últimos 20 anos não havia conhecido o Sarampo clinicamente, e, por
196 conta disso, tinha dificuldade para o diagnóstico. Apresentou um resumo rápido sobre a doença, salientando os
197 sintomas (febre, tosse, coriza e conjuntivite seguidos do exantema céfalocaudal), que é uma doença altamente
198 transmissível via aerossóis, e, então, de fácil disseminação, que o diagnóstico é laboratorial e feito pelo Lacen (não



199 servindo o diagnóstico feito por laboratórios particulares), e que a prevenção de novos casos se dá por bloqueio e
200 isolamento do paciente por 7 dias. Sobre a situação do Sarampo no mundo, Renato afirmou que o mundo todo tem
201 casos da doença atualmente, principalmente por conta da dificuldade com relação à vacinação. No Brasil, apontou o
202 número de mais de 10.000 casos, concentrados principalmente no Pará, mas, também, casos diagnosticados em outros
203 estados, e um total de 12 óbitos – todos em crianças menores de 1 ano. Renato mostrou que em 2019 a situação
204 melhorou, porém, ainda foram registrados casos no país – citou os casos registrados em São Paulo e Santa Catarina,
205 reforçando a preocupação do Paraná devido à proximidade a estes dois estados e ao fluxo de pessoas entre os estados
206 brasileiros. Reforçou que apesar de a questão da higiene ajudar a diminuir a transmissão, não consegue resolver o
207 problema, e a vacinação é a única forma de evitar a doença. Diante da proximidade da doença, Renato, novamente,
208 falou da necessidade de vacinar a população, lembrando que a população-alvo não engloba só as crianças, mas,
209 também, adolescentes, jovens e adultos até 49 anos. **Goretti** agradeceu Renato e convidou a coordenadora de
210 Assistência Farmacêutica, Deise Pontarolli, para apresentar o próximo item da pauta. **3.4. Expansão do Programa**
211 **Entrega em Casa – Coordenadoria de Assistência Farmacêutica-COAF SESA. Deise** apresentou as estratégias que
212 já vinham sendo utilizadas para qualificar o acesso aos medicamentos do componente especializado e do elenco
213 complementar da SESA/PR – sob a gestão das farmácias regionais de saúde, mas que muitos municípios já integram o
214 ciclo fazendo a dispensação aos pacientes. Disse que a partir de estudo realizado em março/2019, foram
215 contabilizados, no estado do Paraná, 219.000 usuários cadastrados dentro de um sistema de informação que oferece
216 toda a possibilidade de gestão deste componente especializado e do elenco complementar. Deise afirmou que
217 atualmente o Paraná atende aos 83 protocolos clínicos do Ministério da Saúde, que definem a regra para que o
218 paciente tenha acesso a estes medicamentos e informou que a dispensação aos usuários se dá tanto nas farmácias
219 das 22 Regionais de Saúde (RS) como em farmácias das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O estudo feito
220 possibilitou o levantamento deste número de pacientes cadastrados sendo atendidos nas farmácias das SMS e nas
221 farmácias das RS da SESA, indicando que em março/2019 324 municípios já faziam a dispensação dos medicamentos
222 do componente especializado, atendendo uma população de quase 95.000 usuários. Deise apontou que este número
223 de usuários corresponde a 2% da população total destes municípios. A SESA, por sua vez, por meio das farmácias
224 regionais, atende 75 municípios. Destes, informou que 21 municípios são atendidos considerando os municípios sede
225 das Regionais (2ª Regional atendendo Curitiba, 14ª Regional atendendo Paranavaí, etc), e apenas 54 municípios que
226 não são o município sede. Nestes 54 municípios, explicou, se dividisse o número de usuários pela população total, o
227 acesso dos pacientes seria em torno de 1%, o que significa que o fato de o paciente ter acesso ao medicamento em seu
228 município de residência indica que é mais fácil ele conseguir esse medicamento, que a farmácia tem a informação e
229 consegue instruir esse processo de forma mais regular, com acesso ao sistema. Deise contou que com a oportunidade
230 de visitar alguns municípios, tem sido constatado que muitas vezes eles próprios compram os medicamentos que são
231 do elenco do componente especializado, ressaltando que é importante que o município conheça qual é este elenco,
232 saiba como se dá este acesso e que, portanto, o acesso seja facilitado no próprio município de residência do paciente.
233 Por este motivo, afirmou, ao longo dos últimos anos a Assistência Farmacêutica tem trabalhado em prol da
234 descentralização da dispensação dos medicamentos, e disse que entendia ser possível estabelecer como objetivo
235 conjunto, pela SESA e COSEMS, o acesso do usuário ao medicamento no município de residência, de forma que todo
236 município consiga oferecer acesso ao medicamento do componente especializado. Deise relatou que após o
237 levantamento dos dados em março/2019, foi feita reunião com 7 Regionais de Saúde para trabalhar a descentralização
238 da dispensação de medicamentos, e, como resultado, contou que as RS fizeram também esta sensibilização junto
239 àqueles 54 municípios e até junho/2019, 18 deles já haviam feito o trabalho de descentralização. Destacou o trabalho
240 da 22ª RS, que fez a abordagem com os municípios, levantou os dados e já conseguiu elaborar um plano para que até



241 o final de 2019 muitos deles já trabalhem desta forma. Cumprimentou, também, o trabalho da 16ª RS, de Apucarana,
242 que conseguiu fazer esta sensibilização com os municípios. Deise afirmou que 17 dos 18 municípios estavam nestas
243 duas Regionais de Saúde, e 1 deles era parte da 9ª RS, de Foz do Iguaçu. Afirmou que naquele momento o acesso aos
244 medicamentos já estava organizado em 363 municípios do estado, contando com a utilização do sistema de informação
245 e com tudo que era necessário para manutenção da compra dos medicamentos. Deise lembrou que em 2017 foi
246 lançado o Programa Entrega em Casa dos medicamentos deste componente, salientando que ele sofreu algumas
247 modificações em 2018 e em 2019, a partir de trabalho feito pela 2ª RS, pela equipe da farmácia regional, onde propõe-
248 se um elenco específico de medicamentos, que não estejam sob controle especial nem sejam refrigerados para
249 entregar na casa dos pacientes no município sede da RS. Contou que o Programa teve boa aceitação, ressaltando que
250 a Regional precisou se preparar com equipe exclusiva e qualificada para esta estratégia, com área exclusiva para
251 estoque dos medicamentos e preparo das embalagens. Explicou que os pacientes atendidos pelo Programa passam
252 por consulta com o farmacêutico, de forma a se garantir o uso correto e adequado da medicação, e, por fim, informou
253 que a adesão ao Programa é voluntária. Lembrou que inicialmente a população-alvo do Programa eram os usuários
254 acima de 60 anos, em seguida, a idade baixou para 50 anos, e que a partir daquele momento a proposta era de que
255 não fosse mais considerada a questão da idade, já que os idosos são os que mais gostam de ir à farmácia, pois a
256 atividade acaba sendo parte da rotina social e não tem custo, já que não pagam passagem de ônibus. Explicou que
257 adaptações ao Programa foram feitas neste sentido ao se perceber que mais pessoas poderiam ser beneficiadas. Por
258 fim, contou que a entrega da medicação é feita pelos Correios (por meio de contrato SESA-Correios), com Aviso de
259 Recebimento, e em quantidade para duração de 3 meses – de forma a otimizar o custo do processo. Salientou a
260 possibilidade de rastreio online da medicação, já que é utilizado o sistema informatizado dos Correios. Assim, Deise
261 apresentou a proposta de expansão do Programa para os municípios-sede das demais Regionais de Saúde, com
262 potencial de atendimento de quase 20 mil pacientes, e foco, principalmente, nos pacientes portadores de dislipidemia,
263 asma e doença pulmonar obstrutiva crônica, patologias em que o paciente utiliza também medicamentos da atenção
264 básica – seria feita essa análise para que o paciente não tivesse que se dirigir a dois locais. Deise explicou que para a
265 referida expansão seria necessário definir a forma de contratação, verificar junto à assessoria jurídica a possibilidade de
266 ampliação do contrato com os Correios, definir estrutura física e de recursos humanos, avaliar impacto orçamentário e
267 financeiro, e fazer a previsão junto ao CEMEPAR do estoque estratégico para o período de 3 meses – para que não
268 falte medicação. **Cristiane** agradeceu Deise e reforçou a importância da descentralização na distribuição de
269 medicamentos e, de as Regionais manterem boa comunicação com os municípios, para alimentação dos sistemas,
270 buscando garantir que não falte esta medicação na ponta e que não tenha problemas no abastecimento destas
271 medicações. Em seguida, pediu informação sobre o repasse do recurso federal, por meio do convênio, para o consórcio
272 Paraná Medicamentos, já que na semana anterior havia sido aberto para compra de medicamentos por meio do
273 consórcio, mas o recurso federal não estava garantido devido a problemas no convênio. Porém, sabendo que a SESA
274 estava acompanhando o processo, solicitou que Deise explicasse a situação. Pediu, ainda, para que comentasse sobre
275 o recurso da IOF, que alguns municípios relataram não ter recebido, mas que por conta do não funcionamento do
276 sistema de informação dos depósitos da SESA, muitos municípios não haviam verificado o recebimento do recurso.
277 Reforçando o que Cristiane disse, **Deise** falou que a informação no sistema e a dispensação em tempo real eram
278 fundamentais para as compras de medicações, tanto para o CEMEPAR como para o Ministério da Saúde, de forma
279 regular. Com relação ao Consórcio Paraná Saúde, explicou que a cada 2 anos é necessário renovar os convênios –
280 tanto o convênio que faz o repasse da contrapartida estadual como o que faz a contrapartida federal, e que o convênio
281 da contrapartida federal estava se encerrando, mas, que o Consórcio já havia protocolado o novo convênio. Ressaltou,
282 porém, que, como já orientado pelos órgãos de controle, não era possível coexistirem dois convênios com o mesmo

283 objeto, sendo necessário encerrar um convênio para que o outro fosse aberto, e, salientou que o convênio atual ainda
284 não estava encerrado. Mas, afirmou que o novo convênio já estava minutado e confirmou o compromisso da SESA de
285 acompanhar e dar celeridade ao processo. Sobre o incentivo, Deise disse que a SESA fez o pagamento de custeio em
286 dezembro/2018 no valor de R\$ 5.000,00 para os municípios contemplados, e o recurso de capital foi pago em
287 abril/2019. Falou que na semana anterior o departamento havia enviado para todas as Regionais uma planilha
288 solicitando que checassem com suas assistências farmacêuticas o controle deste repasse. **Goretti** agradeceu a
289 apresentação de Deise, parabenizou pelo trabalho realizado e desejou sucesso ao Programa Entrega em Casa.
290 Convidou, então, Tânia Mascarenhas para apresentar o próximo item. **3.5. Programa Vida no Trânsito –**
291 **Planejamento de 04/2019 a 04/2020 – Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica-CVIE/SESA.** Tânia
292 cumprimentou os participantes da reunião e disse que apresentaria o planejamento anual do Programa Vida no Trânsito.
293 Informou que o Programa estava presente em 12 municípios, que, embora parecesse um número pequeno em meio aos
294 399 municípios do estado, somavam 46% da frota de veículos e 51% da população do Paraná. Apresentou em um
295 mapa as próximas regiões a serem contempladas pelo Programa. Mostrou os dados que indicavam que no período de
296 2010 a 2018 houve queda no número de óbitos, na taxa de mortalidade (número de óbitos/100.000 habitantes) e na
297 razão de mortes/10.000 veículos por acidentes de trânsito. Afirmou que os custos de internação vinham aumentando,
298 embora fosse um dado a ser analisado, já que a frota, assim como a população, também tem aumentado. Mostrou que
299 no estado observava-se uma queda de 8% nas mortes por Acidente de Transporte Terrestre (ATT) em geral, aumento
300 de 3% para motociclistas e 47% para ciclistas. Já nos 12 municípios onde foi implantado o Programa, observou-se
301 queda de 5,5% nas mortes por ATT em geral, aumento de 17,7% para motociclistas e de 37% para ciclistas. Apontou a
302 taxa de mortalidade por ATT maior que a taxa do estado nos municípios de Campo Mourão, Foz do Iguaçu, Francisco
303 Beltrão e Paranavaí, ressaltando que estes números eram relativos, já que, Campo Mourão, por exemplo, apresentava
304 taxa maior, porém, número absoluto de óbitos em queda. Sobre as internações, afirmou que 52% do total do estado
305 concentram-se nos municípios onde o Programa Vida no Trânsito está implantado. Em seguida, Tânia mostrou a
306 homenagem que o Paraná recebeu, junto com mais 3 estados, do Ministério da Saúde e da Polícia Rodoviária Federal,
307 pela expansão do Programa no estado. Contou que no Brasil são 50 os municípios contemplados pelo Programa e 12
308 deles estão no Paraná. Então, apresentou as ações estratégicas planejadas: fomentar nas demais Regionais de Saúde
309 do estado ações de prevenção em ATT; elaborar regimento interno da Comissão Estadual do Programa Vida no
310 Trânsito(PVT); promover ações de integração dos Programas municipais (PR) e estaduais; gerar processo de trabalho
311 da Subcomissão de Dados Estadual. Salientou que o Paraná conseguiu integração dos 3 principais sistemas de
312 registros de acidentes e de óbitos: da Polícia Rodoviária Estadual, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Rodoviária
313 Federal. Sobre as atividades que estavam sendo desenvolvidas, Tânia citou: as campanhas nacionais educativas nas
314 22 RS; videoconferências, utilizando a estrutura física do DETRAN, para acompanhamento das ações dos planos
315 municipais; a vigilância do banco SIM em relação aos motoristas profissionais, considerando que este segmento, que
316 inclui motoristas de vans escolares e Uber, precisa ser trabalhado com urgência; a realização de um Seminário Estadual
317 do Programa, em Londrina/PR, com a participação dos 12 municípios e do Ministério da Saúde, para troca de
318 experiências; a promoção do Fórum Nacional, com previsão para acontecer em novembro/2019 em Foz do Iguaçu; e,
319 por fim, como missão fundamental, destacou o planejamento da, por meio da unificação dos dados do estado por meio
320 de um boletim estadual, para que seja a referência de dados no Paraná. **Goretti** agradeceu a apresentação e passou
321 ao item seguinte da pauta. **3.6. Portaria GM/MS nº 930/2019 – Institui o Programa Saúde na Hora – Diretoria de**
322 **Atenção e Vigilância em Saúde-DAV/SESA.** **Goretti** lembrou que no Congresso do COSEMS, realizado em Cascavel,
323 já havia sido feita a apresentação do Programa Saúde na Hora pelo representante do Ministério da Saúde, porém,
324 sabendo que nem todos haviam participado do evento, afirmou que faria nova apresentação. Informou que, por meio de



325 memorando circular, havia sido entregue a todos os Diretores de Regionais de Saúde, no dia anterior, as orientações
326 sobre o Programa, para que estivessem preparados para, junto com a equipe da Diretoria de Atenção e Vigilância em
327 Saúde, orientar os municípios. Goretti lembrou que a Portaria GM/MS nº 930 foi publicada em 15 de maio de 2019,
328 instituindo o Programa Saúde na Hora e dispondo sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde
329 da Família e alterando a Política Nacional de Atenção Básica. Afirmou que todas as Unidades que aderissem ao
330 Programa deveriam ser identificadas com o totem “Saúde na Hora”. Explicou que todos os municípios que se
331 enquadram nos critérios definidos pela portaria poderiam solicitar a adesão ao programa, que ela tem caráter voluntário
332 e ocorrerá mediante anuência do Termo de Compromisso. Dos requisitos para adesão, citou: UBS cadastrada no
333 SCNES para o trabalho das equipes de Saúde; quantitativo de equipes de saúde exigido para o formato de
334 funcionamento almejado, conforme o disposto no art. 3º da Portaria; cumprir os requisitos de horário de funcionamento,
335 equipes de Saúde e carga horária; possuir Gerente de Atenção Básica, em conformidade com o estabelecido na PNAB
336 e com os requisitos previstos no art. 85-B da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017; utilizar prontuário
337 eletrônico que atenda ao modelo de informação definido pelo Ministério da Saúde, preferencialmente o e-SUS-AB/PEC;
338 identificar a UBS com a identidade visual do Programa "Saúde na Hora", conforme manual instrutivo. Sobre os
339 requisitos para adesão ao novo horário, Goretti apontou a necessidade de a Unidade abrir na hora do almoço, abrir a
340 noite e, se quiser, aos finais de semana, possuir o Gerente de Unidade de Saúde da Família, manter atualizado o
341 prontuário eletrônico, e, possuir estrutura adequada para comportar as equipes. Além disso, de forma a ampliar a oferta
342 de serviços à população, Goretti elencou o acolhimento com classificação de risco; a entrega de medicamentos na
343 Unidade de Saúde da Família (USF) em 75 horas; existência de consultas médicas e de enfermagem nos três turnos;
344 realização de consultas de pré-natal; oferta de vacinação; coleta de exames laboratoriais nas USF 75 horas;
345 rastreamento de recém-nascidos, gestação, infecções sexualmente transmissíveis; realização de pequenos
346 procedimentos: injetáveis, curativos, pequenas cirurgias, sutura, etc. Disse que a USF receberá incentivo em parcela
347 única para iniciar o funcionamento em horário ampliado, com os valores instituídos pela Portaria conforme definido pelo
348 município para a Unidade. Informou, ainda, que, conforme já definido em Portaria, de acordo com as especificidades da
349 Unidade, as USF receberão incentivo de custeio mensal. De acordo com o que já havia sido orientado inicialmente,
350 reforçou que as unidades deverão ser caracterizadas com placa, totem na calçada, cartaz na sala de espera com
351 orientações de horário e telefone da Ouvidoria. Em seguida, orientou sobre como solicitar a adesão ao Programa: 1º
352 Acessar o sistema de adesão via site: egestorab.saude.gov.br; 2º Fazer o login através do CNPJ e senha do Fundo
353 Municipal de Saúde (FMS); 3º Selecionar a UBS, o formato de funcionamento desejado, e as equipes que participarão
354 do programa; 4º Ler e concordar com o Termo de Compromisso, lembrando que o Termo de Compromisso representa a
355 concordância e responsabilidades dos gestores quanto ao pleito, tendo fé pública; 5º Após a publicação de portaria, a
356 gestão municipal terá até quatro competências do CNES subsequentes a essa publicação, para atender as
357 condicionalidades estabelecidas na normativa que instituiu o programa, sob pena de cancelamento de adesão, por meio
358 de portaria. Para os casos em que a UBS tiver número de equipes inferior ao parâmetro mínimo do formato de
359 funcionamento escolhido, Goretti explicou que o gestor municipal poderá indicar intenção de adesão no sistema e
360 deverá anexar Resolução de CIB de credenciamento no sistema de adesão no “egestorab.saude.gov.br” para sua
361 priorização pelo Ministério da Saúde, lembrando que serão priorizadas as equipes já solicitadas para credenciamento
362 ao Ministério da Saúde; cadastrar a nova equipe no CNES após publicação de Portaria de credenciamento; selecionar a
363 nova equipe no sistema de adesão; ler e concordar com o Termo de Compromisso para concluir a adesão. Sobre a
364 solicitação de habilitação do gerente de atenção básica, orientou que o gestor deverá anexar a Resolução CIB de
365 habilitação do Gerente de Atenção Básica no sistema após leitura e aceite do Termo de Compromisso e conclusão da
366 adesão ao Programa Saúde na Hora; e para os demais casos de solicitação de habilitação de gerentes mantém-se

367 conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica. Com relação ao fluxo a ser seguido para Deliberação em
368 CIB/PR, Goretti orientou que seria necessário ofício do Gestor solicitando o credenciamento do gerente de UBS;
369 aprovação do Conselho Municipal de Saúde do número de gerentes de UBS a ser credenciado; e, após o recebimento
370 da documentação descrita no item I e II, a Regional de Saúde deverá abrir um protocolo digital e encaminhar ao
371 Departamento de Atenção Primária da SESA, para os trâmites necessários. **Cristiane** lembrou que muitos ficaram
372 preocupados com a divulgação de uma lista que contemplava apenas alguns municípios, porém, explicou que a lista se
373 referia a municípios que contavam com 3 ou mais equipes de saúde da família e que, portanto, poderiam fazer a adesão
374 imediatamente, mas, reforçou que qualquer município poderia solicitar adesão. Citou o caso de municípios que tem
375 hospital de pequeno porte e estão optando por fechar o hospital, colocar mais uma equipe de saúde da família na
376 unidade que já conta com duas equipes, estender o horário de atendimento e substituir o atendimento do hospital por
377 Unidades que aderem ao Programa, já que são hospitais que atendem poucos pacientes/mês e tem alto custo.
378 Resumiu, então, que qualquer município poderia solicitar adesão, sendo necessário apenas adequar a unidade. Sobre a
379 destinação do Programa ser mais para municípios maiores, Cristiane explicou que estes municípios tem mais Unidades
380 com 3 ou mais equipes de saúde da família e, desta maneira, acabam conseguindo maior adesão, mas, reafirmou, isso
381 não exclui a possibilidade de os municípios menores pedirem adesão. Entretanto, Cristiane salientou que o Ministério da
382 Saúde (MS) estava fazendo um Programa de cada vez e que neste momento era destinado a estas Unidades com mais
383 equipes, mas, que em breve o MS lançaria outros programas que atenderiam as necessidades dos municípios menores.
384 Sobre o credenciamento do Gerente, Cristiane informou que todos os municípios que tenham gerente podem solicitar o
385 credenciamento, lembrando que a Portaria que trata do assunto já havia sido publicada há vários meses. Destacou que,
386 apesar de ter sido publicada anteriormente, só mais recentemente que o sistema para cadastro do gerente no SCNES
387 foi liberado, orientando, então, que os municípios que tivessem dificuldade com tal registro, procurassem os apoiadores
388 do COSEMS. Cristiane disse, ainda, que no dia anterior, em reunião do COSEMS, já haviam apresentado o Plano
389 Nacional de Fortalecimento da Atenção Básica elaborado pelo CONASEMS (por meio de um grupo de
390 representatividade nacional). Informou que o Plano seria publicado oficialmente no Congresso Nacional de Secretários
391 de Saúde, que aconteceria em julho em Brasília. Aproveitou para fazer o convite a todos para participar do Congresso,
392 reforçando a importância da participação da SESA. Informou que aconteceria neste Congresso uma reunião com os
393 deputados, a bancada federal do Paraná, para conversar sobre articulações conjuntas de propostas de vinculação das
394 emendas parlamentares federais para o estado do Paraná. Contou, ainda, que seria lançado, no ano corrente, pelo
395 CONASEMS, um Curso para Gerentes de Atenção Básica, entendendo que o cargo de gerente é diferente do cargo de
396 coordenador e isso ainda causa muita confusão. **Goretti**, lembrando que o Secretário de Estado da Saúde era
397 municipalista, afirmou que a SESA teria um estande no Congresso e contaria com a participação da equipe da
398 Secretaria, e sugeriu a discussão de uma oficina, nos moldes daquela que seria realizada no Congresso, para o estado
399 do Paraná. Em seguida, Goretti convidou a Coordenadora de Contratualização de Cuidados em Saúde, da Diretoria de
400 Gestão em Saúde (DGS), Juliana Eggers, para apresentação do item 4.3 da pauta para pactuação, informando que
401 seria o único item de pactuação da reunião. **4. Pactuação. 4.3. Campanha Cirurgias Eletivas 2019 – execução dos**
402 **recursos – Diretoria de Gestão em Saúde-DGS/SESA.** **Juliana** disse que o retorno do tema à pauta da CIB se devia
403 a uma preocupação da SESA com relação à execução dos recursos. Inicialmente apresentou breve histórico da
404 campanha do ano anterior, de agosto a dezembro de 2018, em que se tinha um recurso de 13 milhões para ser
405 utilizado, mas foram usados 17 milhões, e explicou que como era um recurso do FAEC, o Ministério da Saúde estava
406 repassando aos poucos para os municípios e que todos receberiam conforme foi executado. Mostrou que em 2018 o
407 procedimento mais realizado foi a cirurgia oftalmológica para cataratas. Para a campanha de 2019, em relação à
408 Portaria nº 195, de 06 de fevereiro de 2019, apontou o limite de 8 milhões para o estado do Paraná para serem gastos



409 de janeiro a julho de 2019. Informou que da mesma forma como pactuado anteriormente, o recurso foi dividido *per*
410 *capita* entre os municípios, e o combinado foi de que cada município pactuaria com sua Regional de Saúde para definir
411 o que faria com seu recurso – quais procedimentos seriam realizados, quais prestadores, etc. Afirmou que do total de
412 R\$ 8.177.435,25, foi distribuído um quantitativo de AIH's e APAC's 23% maior que este valor, tendo em vista que na
413 última campanha foi utilizado apenas 60% do total distribuído. De acordo com Juliana, a preocupação é que das mais
414 de 10.000 numerações distribuídas, tinham sido executadas apenas 2.000 até aquele momento, o que levava a um
415 saldo de quase 6 milhões de reais para ser executado até dia 31 de julho de 2019. Por conta disso, explicou, o assunto
416 tinha sido discutido na Câmara Técnica no dia anterior e estava sendo tratado naquele momento para que fosse
417 definido em CIB o que seria feito para evitar que o recurso não fosse utilizado. **Vinicius**, Diretor de Gestão em Saúde,
418 destacou que estavam há menos de 60 dias do final da campanha e que havia sido executado apenas 30% do recurso,
419 afirmando que não seria possível protelar o processo iniciado se ele não estava sendo efetivo. Lembrou que no início do
420 ano havia sido pactuado em CIB que os municípios identificariam suas necessidades e, a partir disso, as AIH's seriam
421 distribuídas, para que se pudesse disponibilizar o recurso. No entanto, a dificuldade de agendamento dos pacientes que
422 os municípios tinham em fila e a disponibilidade do prestador em fazer a cirurgia, assim como a sua capacidade
423 operacional, indicavam que não havia se conseguido avançar o suficiente, e, portanto, há menos de 60 dias do término
424 da campanha, Vinicius disse que entendia ser necessário tomar alguma medida para agilizar o processo, reforçando
425 que seria muito ruim para o Paraná, perante o Ministério da Saúde, não executar o recurso, ainda mais considerando
426 que nas últimas campanhas o recurso tinha sido extrapolado. Vinicius relatou que após conversa com os Diretores das
427 Regionais de Saúde no dia anterior, todos ficaram com a incumbência de resgatar, no prazo de 3 dias, a listagem que
428 os municípios ainda tivessem de pacientes em condição de serem operados – com diagnóstico definido e condição pré-
429 operatória minimamente encaminhada, e que, portanto, as Regionais precisariam receber dos municípios que tinham
430 fila, esta identificação dos pacientes, para então, articular com todos os prestadores possível, para verificar a
431 possibilidade de alocação dos pacientes. Afirmou, porém, que, se isso não fosse possível nos 15 dias seguintes, seria
432 necessário adotar estratégia emergencial para execução do recurso. **Cristiane** lembrou que tratava-se de um dinheiro
433 extra, de campanha federal, para realização de cirurgias eletivas e que se não executado até julho/2019, deveria ser
434 devolvido. Afirmou que o maior número de uma cirurgia específica, como, por exemplo, para cataratas, devia-se ao fato
435 de existir prestador para tal procedimento, ao passo que, a dificuldade para realização de cirurgias ortopédicas tinha
436 relação com a não disponibilidade de prestadores para realização do procedimento no valor pactuado, mesmo com a
437 oferta do Ministério da Saúde (MS) de 100% a mais do valor de tabela. Disse que a necessidade de revisão dos valores
438 de algumas cirurgias havia sido discutida na CIT na semana anterior e que o MS tinha se mostrado aberto para
439 repensar essa questão para próxima campanha. Sugeriu que fosse encaminhado ao MS um documento Bipartite
440 solicitando a revisão pontual de algumas cirurgias. Relatou a experiência exitosa do município de Curitiba na
441 contratação de cirurgias ortopédicas com valores diferenciados, com recurso próprio, mas apontou que isso precisaria
442 ser pensado de forma estadual e federal. Sugeriu que fosse feita uma força tarefa para atualizar e encaminhar para as
443 Regionais de Saúde as listas de pacientes para cirurgias eletivas dos municípios, para que as Regionais junto com a
444 DGS tentassem organizar as cirurgias eletivas nas regiões, ou em casos de indisponibilidade, encaminhar para as
445 regiões contratualizadas, e caso não fosse suficiente para execução de todo recurso, seria pensado na redistribuição
446 dos valores nas regiões em que o prestador tivesse a fila de pacientes “pronta”(SIC). Cristiane afirmou não ver
447 problema na redistribuição do recurso, desde que aconteça após todo este trabalho feito e registrado. **Goretti** deu
448 sequência à pauta, passando para os informes. **5. Informes. 5.4. Atividades do GT do e-Saúde sobre a Rede de**
449 **Atenção Estadual Oncológica - Diretoria de Gestão em Saúde-DGS/SESA.** **Juliana** contextualizou sobre a
450 existência do grupo de trabalho, que conta com a participação da SESA e do COSEMS, e discute a questão dos Tetos



451 dos municípios, do acesso via e-saúde, do acesso de municípios a prestadores dentro de Curitiba e outros municípios
452 que tem a gestão do Teto. Contou que o grupo vinha se reunindo desde fevereiro/2019, discutindo teto de município,
453 valor, acesso, movimento dos pacientes, etc. Disse que das discussões feitas, o último encaminhamento havia definido
454 que seria trabalhado com uma rede de atenção prioritariamente – a rede de atenção oncológica, já que é a rede que
455 mais tem impacto financeiro no teto dos municípios. Neste estudo da rede de oncologia, verificou-se que no estado do
456 Paraná há hoje um deficit financeiro de recurso em relação às habilitações dos prestadores. Explicou que se fossem
457 fazer tudo o que a Portaria preconiza para a oncologia (consulta, exame diagnóstico, cirurgia oncológica, quimioterapia,
458 radioterapia) seria necessário 232 milhões/ano, e foi identificado no teto o valor de 118 milhões/ano, o que comprovava
459 a existência de deficit de financiamento. Juliana disse que, considerando que o deficit financeiro é também dos
460 municípios, e que mesmo com a habilitação dos serviços de oncologia pelo MS, não há recurso novo para isso, foi
461 elaborada pelo grupo uma proposta de redefinição de referências para os pacientes dentro dos serviços já habilitados
462 no estado. Ela contou que havia enviado para as Regionais a proposta de revisão das referências e que, então, era
463 necessário que as regiões de saúde em suas CIB Regionais conversassem sobre as propostas e analisassem se
464 estavam adequadas para a região (com relação à questão geográfica, ao acesso do paciente), e então, dessem o
465 parecer sobre as propostas para que se pudesse definir a rede no estado. Juliana contou, ainda, que o grupo havia
466 observado que alguns prestadores não tinham produção conforme os parâmetros da Portaria ministerial, e que,
467 portanto, tinha sido definido que estes prestadores seriam auditados prioritariamente, de forma a se avaliar a qualidade
468 destes serviços. Informou que a auditoria seria iniciada pela Santa Casa de Campo Mourão, Hospital Nossa Senhora
469 das Graças de Apucarana, Hospital São Lucas de Campo Largo, Costa Cavalcanti e UOPECAN. Falou que também
470 estava definido que seria concluído o estudo para avaliar o deficit do Teto MAC estadual, para que então fosse feito um
471 Ofício Bipartite solicitando recurso para o Ministério da Saúde para recomposição do Teto. E, por fim, considerando que
472 há deslocamento de pacientes de uma região para outra, mesmo existindo serviços nos territórios de origem, relatou
473 que tinha sido pactuado o fechamento de acesso de novos pacientes adultos para oncologia clínica e cirúrgica
474 provenientes das Regionais de Jacarezinho, Campo Mourão, Londrina e Maringá para o município de Curitiba,
475 considerando que estas Regionais contavam com serviços que ofereciam o tratamento necessário. **Vinicius** lembrou
476 que a cada vez que se faz uma mudança de fluxo de pacientes, tem-se um impacto assistencial. Disse que de imediato
477 seria feita a correção dos fluxos conforme explicado pela Juliana, que a proposta de redefinição de acesso tinha a data
478 de 30 de junho como prazo limite, considerando que na próxima reunião da CIB o fluxo deveria ser repactuado. Desta
479 forma, concluiu, o estudo regional deveria ser feito nas CIB Regionais e encaminhado à DGS até o dia 30 de junho de
480 2019. Sobre o Teto Financeiro, Vinicius reafirmou o deficit de 100 milhões anuais na oncologia do estado, dividido entre
481 SESA e municípios de gestão plena dos prestadores. Lembrando que dificilmente há recurso financeiro ideal, pontuou a
482 necessidade de se tomar medidas que viabilizem a assistência sem prejuízo aos tratamentos. Falou que seria preciso
483 revisar alguns processos em andamento, como por exemplo, as propostas de unidades de captação de doentes em
484 municípios que não tem prestadores, especificamente as unidades que estavam sendo discutidas em Paranaguá,
485 Telêmaco Borba e Medianeira. Pediu cautela dos gestores neste processo, salientando que a Portaria de habilitação de
486 serviços de oncologia esclarecia que não era possível realizar atendimentos de pacientes com procedimentos de
487 quimioterapia, radioterapia, avaliação especializada, cirurgia e internação fora do ambiente do prestador que já estava
488 habilitado. Continuou afirmando que, conforme a referida Portaria, era vedada a habilitação de serviços fora da região
489 de saúde, e, ainda, que a estrutura que realizava o procedimento deveria prover o cuidado de forma integral. Ou seja,
490 Vinicius esclareceu que não era possível a habilitação de serviços isolados, como por exemplo, para realização apenas
491 de quimioterapia, já que, apesar de a medida parecer inicialmente facilitar o acesso dos pacientes, ao longo do
492 processo poderia gerar um contencioso não administrável legalmente. **Cristiane** reforçou a fala de Vinicius, afirmando



493 que não era possível pactuar a habilitação de serviços de oncologia que não oferecessem cuidado de forma integral, e
494 que assim como o estado, os municípios, que contavam com serviços de qualidade para tratamento oncológico,
495 também apresentavam deficit no teto financeiro, e que, portanto, era função dos gestores discutir e realocar os recursos
496 da oncologia para os serviços que fossem resolutivos. Esclareceu que a situação do fechamento de acesso de novos
497 pacientes adultos para oncologia clínica e cirúrgica provenientes das Regionais de Jacarezinho, Campo Mourão,
498 Londrina e Maringá para o município de Curitiba, não se tratava de uma recusa do atendimento destes pacientes, mas
499 da impossibilidade do município de custear esses tratamentos, por isso, a necessidade de realocar os pacientes em
500 suas regiões, evitando gerar despesas desnecessárias em Curitiba. **Márcia Huçulak, Secretária Municipal de Saúde**
501 **de Curitiba**, afirmou que os cânceres são as doenças com maior tendência de crescimento nos próximos anos, devido
502 ao envelhecimento da população, e, que a prevenção da doença se dá pelo estilo de vida – o que indica a importância
503 de se trabalhar o tabagismo, a alimentação, a atividade física, que são fatores protetores. Márcia retomou alguns dados
504 apresentados por Juliana Eggers na reunião da câmara técnica realizada no dia anterior, afirmando que o Paraná faz
505 quatro vezes mais quimioterapia do que o preconizado, isso porque o estado conseguiu alcançar um patamar em que o
506 acesso aos serviços é garantido, o que, portanto, colocava a necessidade de se buscar a qualidade dos serviços
507 oferecidos: disse que se era feito quatro vezes mais quimioterapia do que o que está preconizado, algo estava errado.
508 Márcia salientou que era necessário separar os bons dos maus serviços – exemplificou que existem serviços que
509 indicam quimioterapia para o paciente mesmo quando o indicado seria a radioterapia, porém, por conta de não terem tal
510 serviço disponível, oferecem como tratamento aquilo que tem: a quimioterapia. Explicou que este era um dos motivos
511 de o estado realizar mais quimioterapia que o indicado. Contextualizou que diante de serviços que não ofereciam o
512 tratamento de forma integral, a população acabava buscando melhor atenção, e com isso houve migração dos
513 pacientes de oncologia para os serviços de Londrina, Maringá, e Curitiba – citou uma extrapolação de 870 mil reais por
514 mês de uma população que não estava pactuada com o município de Curitiba. Afirmou que Curitiba queria atender a
515 todos, mas que não era possível devido à extrapolação dos recursos e conseqüente inviabilidade econômica. Márcia
516 sugeriu que fosse feita com urgência uma análise mais aprofundada das terapias que os serviços ofereciam, porque o
517 recurso era alto e estava sendo mal gasto. Disse que em Curitiba vinha-se trabalhado com a linha de cuidado integral e
518 que por isso os serviços no município acabavam absorvendo mais pacientes. Mostrou que 75% dos cânceres infantis do
519 Paraná eram atendidos em Curitiba e que 60% dos atendimentos no Hospital Erasto Gaetner eram de pacientes de fora
520 de Curitiba. Explicou que os serviços acabaram por se organizar para atender esta demanda, inclusive com apoio do
521 governo do estado, mas que chegou-se a uma situação em que não se conseguia mais garantir o custeio disso. Márcia
522 relatou que já havia conversado sobre o assunto com o Ministro da Saúde e tinha se articulado com a bancada dos
523 deputados federais do Paraná, buscando recursos para Curitiba, de forma a não onerar os prestadores. **Vinícius** disse
524 que a situação vinha sendo discutida desde fevereiro/2019, concordando que os encaminhamentos necessários deviam
525 ser agilizados, mas, salientou que o atual cenário era fruto de uma postura antiga dos gestores de certa permissividade
526 com a habilitação de serviços na expectativa equivocada de melhora da qualidade para os pacientes. Disse que, como
527 solicitado pela Márcia para apresentação na próxima reunião da CIB, já tinham sido iniciados processos de auditoria
528 nos serviços de oncologia, que seria proposto um processo de validação de procedimentos nas auditorias, sugerindo
529 que todos os municípios plenos e o estado usassem o mesmo protocolo para autorização de procedimentos, para que a
530 indicação se desse de maneira uniforme no estado, protegendo o paciente de uma eventual má prática. Pactuou-se,
531 então, que até 10 de julho de 2019 a SESA apresentaria a avaliação inicial das auditorias, a proposição de uma
532 avaliação de auditoria uniforme de todos os serviços, sem variabilidade entre municípios e estado. Disse, ainda, que já
533 estava pactuado com o COSEMS-PR que seria feito um expediente da CIB/PR ao Ministro da Saúde para solicitar
534 imediata revisão do teto financeiro, demonstrando a defasagem financeira existente. **Márcia** falou que era necessário

535 rapidamente expandir o trabalho para a rede da cardiologia, considerando que Curitiba era a única referência para
536 implante de marcapasso e que não havia pactuação para atendimento de todo o estado. **Vinicius** afirmou que existiam
537 outros prestadores que realizavam o procedimento, citando como exemplo o Hospital Angelina Caron, mas, que todas
538 as defasagens do sistema de saúde eram conhecidas e que a negociação com o prestador era obrigatória, mas que
539 todo mundo que fazia negociação direta com o prestador sabia que se tratava de um processo difícil. Falou que a SESA
540 agia com transparência e buscava a correção dos processos que fossem necessários, e que a direção de trabalho seria
541 mantida tanto com a cardiologia como com outras linhas de cuidado, contando com a colaboração dos municípios que
542 tinham a gestão destes prestadores, de forma a adotar medidas uniformes. **5.3. Estabelecimentos sem contrato**
543 **vigente com a SESA – Diretoria de Gestão em Saúde-DGS/SESA.** Na sequência, Vinicius contextualizou que na
544 história da evolução do SUS no país, migrou-se de um processo em que não havia aparente necessidade de contrato
545 com prestadores adequados para uma forma de funcionamento em que o prestador apresentava a produção e recebia
546 por ela, o que era incorreto. Afirmou que a SESA contava com 1.200 prestadores contratualizados com contrato vigente
547 – contrato público, onde constavam metas assistenciais, existência de incentivos ou não, e eram usados para definição
548 dos pagamentos destes prestadores, e que, portanto, eram auditáveis. Afirmou que era a partir desta programação,
549 baseada nos contratos, que se poderia oferecer cobertura o mais homogênea possível para as necessidades da
550 população. No entanto, apontou que a Secretaria contava ainda com 304 prestadores que não tinham instrumento
551 contratual vigente com a SESA, o que representava 20% dos prestadores. Salientou que, conforme apontado pelo
552 Tribunal de Contas no ano anterior, o pagamento de prestador sem contrato vigente caracterizava improbidade
553 administrativa. Disse que estes 304 prestadores estavam nos municípios, prestando assistência de laboratório,
554 ambulatório e hospital, e que 28 deles eram hospitais públicos sem contrato. Diante da situação, Vinicius indicou dois
555 caminhos possíveis: 1. contratualizar o prestador que já executava os serviços e recebia por eles, lembrando que o
556 prestador tinha que se dispor a ser contratualizado, concordar com os valores habituais da habilitação/contratação, e
557 tinha que ter capacidade legal de ser contratado; 2. para os casos dos prestadores que não tinham instrumento de
558 contratualização em vigor ou pelo menos encaminhado/instruído adequadamente até 30 de junho de 2019, não seria
559 possível continuar o pagamento. Informou que os 304 prestadores são remunerados em aproximadamente 4 milhões e
560 200 mil reais/mês pelo estado, tendo cada prestador um valor médio 13.700 reais. Por fim, Vinicius contou que no dia
561 anterior as Regionais de Saúde haviam recebido a relação dos prestadores de sua abrangência que não tinham
562 contrato vigente com a SESA, e que, então, tinham o prazo até 30/06/2019 para retornar à Secretaria a informação
563 sobre a possibilidade ou não de contratualizar o prestador. Afirmou que a intenção era contratualizar todos, porém, que
564 para aqueles que não pudessem instruir processo, a SESA não poderia continuar honrando o pagamento.
565 Complementando a fala de Vinicius, **Juliana Eggers** disse que destes 304 prestadores sem contrato com a SESA, a
566 maioria era ambulatório ou laboratório, e muitos deles não aderiram aos editais de chamamento público da SESA, e,
567 disse que estes prestadores não poderão ser contratados. Reafirmou que não havia qualquer interesse em causar
568 desassistência à população, e que, por isso, estava sendo solicitado às Regionais de Saúde que, em conjunto com os
569 municípios, a partir de uma análise da importância ou não do prestador no município, propusessem as repactuações
570 necessárias dos atendimentos, que deveriam ser encaminhadas à DGS. **Cristiane** disse que, independente de se ter
571 serviço contratualizado pelo estado ou pelo município, a responsabilidade do gestor é a mesma. Explicou que no caso
572 dos municípios que tem os serviços sob gestão estadual (quando o recurso vai para a conta do estado e ele deposita
573 direto ao prestador), quem responde, por exemplo, pela não execução de um serviço que deveria ser oferecido e cujo
574 prestador não tem contrato, é o estado, mas, também, o município. Falou que reforçariam, a partir daquele momento, a
575 discussão para que os gestores municipais assumissem a gestão de todos os recursos. Lembrando o prazo
576 estabelecido de 30/06/2019, pediu às Regionais que oficializassem a orientação de que ou o prestador fazia o contrato



577 com a SESA ou deixaria de receber o pagamento, de forma a evitar que houvessem prestadores reclamando de não
578 terem sido avisados da situação. De forma complementar, **Vinicius** informou que dos 304 prestadores, 60 tinham
579 processo em instrução – ressaltando que estes processos precisariam ser concluídos e os contratos, firmados. **Goretti**
580 agradeceu às informações e convidou Sandra, do Núcleo de Gestão Estratégica da SESA para falar do SargSUS e
581 DigiSUS. **5.1. SARGSUS e DIGISUS – NGE/SESA.** **Sandra** disse que como tem sido feito em todas as reuniões da
582 CIB/PR, passaria informações sobre a situação da alimentação do SargSUS, e que nesta reunião também falaria sobre
583 o DIGISUS. Explicou que até o ano de 2017 os municípios inseriam as pactuações no sistema SISPACTO e os
584 Relatórios Anuais e Quadrimestrais no sistema SargSUS, mas que o Ministério da Saúde havia criado um novo sistema,
585 o DigiSUS, onde os municípios podem inserir as pactuações, o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de
586 Saúde, os Relatórios Quadrimestrais e o Relatório Anual. Continuou dizendo que como o SargSUS não seria mais
587 utilizado, tinha-se até o dia 31 de dezembro de 2019 para atualizá-lo, então, os municípios que ainda não haviam
588 inserido os Relatórios Anuais de Gestão, deveriam fazê-lo até a data citada, assim como a aprovação do Conselho
589 deveria ser inserida. Mostrou que da última reunião da CIB até aquele momento havia pouca diferença no número de
590 municípios que já tinham inserido seus relatórios. Apontou pendências desde o ano de 2011, com 4 municípios que
591 ainda não haviam colocado os relatórios do referido ano no sistema. Ao mostrar o quadro explicativo da situação,
592 explicou que haviam municípios com os seguintes status: “sem informação”, ou seja, não inseriu o relatório no sistema;
593 “enviado e não apreciado pelo Conselho”: inseriu o relatório, enviou para o Conselho, mas, o Conselho não
594 apreciou/não inseriu o parecer; “enviado, apreciado e solicitado ajuste”: inseriu o relatório, o Conselho analisou e achou
595 que precisaria de algum ajuste, foi feita a readequação e aguarda novo parecer do Conselho. Sandra solicitou a
596 contribuição de todos para conseguirem concluir a inserção dos dados no sistema até o final de dezembro. Explicou que
597 a Portaria GM nº 750, de 29 de Abril de 2019, alterava a Portaria nº 1 de 28 de setembro de 2017, e instituiu o Sistema
598 DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Em seguida, apresentou
599 os passos para uso do DigiSUS: 1º Cadastramento dos usuários no SCPA e liberação, com prioridade para os técnicos
600 e gestores municipais; 2º registro dos instrumentos de gestão no ambiente de produção, seguindo a ordem: Plano
601 Municipal de Saúde – PMS, depois, a Programação Anual de Saúde; 3º inserir Relatório Anual de Gestão – RAG; 4º
602 inserir Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores – RDQA. Ressaltou que anteriormente a inserção do
603 Relatório Quadrimestral era opcional, mas, que com o DigiSUS se tornava obrigatório. Então, apresentou tabela com o
604 status do cadastramento dos gestores e técnicos no sistema DigiSUS por Regional de Saúde. Explicou que cada
605 município podia cadastrar 01 gestor e 02 técnicos. Por fim, informou que o NGE estava organizando, junto com o
606 Ministério da Saúde, uma capacitação para uso do sistema para as Regionais de Saúde. **Natália**, da Superintendência
607 Estadual do Ministério da Saúde, disse que estavam trabalhando ativamente junto com a equipe da SESA com relação
608 ao DigiSUS. Com relação à atualização dos sistemas de gestão, contou que em 2018 a equipe de apoio institucional
609 havia feito uma análise dos 399 municípios do estado e conseguiu-se entregar para o estado e para o COSEMS quais
610 eram os status dos municípios com a entrega dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e aprovação do Conselho, e
611 disse que há duas semanas haviam feito novamente este levantamento e que este novo monitoramento seria enviado à
612 SESA e ao COSEMS. Falou que foi possível observar melhora neste quadro, tendo diminuído o número de municípios
613 que não apresentaram o RAG. **Natália** aproveitou para apresentar **Benedito**, o novo Superintendente Estadual do
614 Ministério da Saúde. **Cristiane** deu as boas vindas ao novo superintendente e falou da importância da participação do
615 Ministério da Saúde no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), inclusive pela necessidade de revisão do
616 financiamento do estado e dos municípios a partir do PRI. **Goretti** informou que a próxima reunião da CIB/PR
617 aconteceria em 07/08/2019, explicando que em julho não haveria reunião por conta da realização do Congresso do
618 CONASEMS, e agradeceu a participação de todos, encerrando a reunião.-----