



1 **ATA DA 5ª REUNIÃO – REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA de 2019.**

2 **Data: 21 de agosto de 2019.**

3 **Local: Auditório SESA-PR**

4 **Participantes: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Cristiane Pantaleão (Ubiratã), Ângela Conceição Oliveira Pompeu
5 (Ponta Grossa), Ivoliciano Leonarchik (Mangueirinha), João Carlos Strassacapa (Cândido de Abreu), Márcia Huçulak
6 (Curitiba), **SESA: Titulares SESA:** Nestor Werner Junior (Diretor Geral), Maria Goretti David Lopes (DAV/SESA);
7 Vinícius Filipak (DGS/SESA).

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

9 **Liliam, Secretária Executiva da CIB-PR**, cumprimentou os participantes da reunião extraordinária e informou que a
10 condução seria da SESA-PR. **Nestor**, diretor geral, afirmou que esta primeira reunião extraordinária tinha sido proposta
11 para que se pudesse discutir a rede de oncologia. Lembrou que a discussão da referida Rede acontecia desde o
12 começo do ano de 2019 e que, apesar de já ter avançado bastante, precisava ainda ser debatido para que se chegasse
13 a um consenso naquilo que fosse possível. Disse que havia déficit em alguns serviços da oncologia e superavit para
14 outras ações e serviços, que resultavam em um deficit de 180 milhões de reais divididos entre o estado e os municípios
15 que tem a gestão dos serviços. Explicou que, por conta disso, a discussão sobre a rede de oncologia foi provocada no
16 GT de Atenção e Gestão em Saúde ao longo do ano e culminou em prévia pactuação com as CIRs, mas que, diante de
17 algumas divergências, precisou ser rediscutida nas Regionais e então, nesta reunião extraordinária poderia ser
18 deliberada. Passo a palavra para Juliana Eggers, para que ela pudesse apresentar os dados e para que construíssem a
19 proposta de pactuação em consenso. **Juliana** informou que não haviam recebido formalmente o documento com as
20 propostas de duas Regionais de Saúde – explicou que a 3ª Regional de Saúde tinha enviado por WhatsApp algumas
21 informações, a pactuação da 16ª Regional de Saúde ainda estava com alguns itens pendentes, e a 22ª Regional de
22 Saúde não tinha mandado a deliberação. Então, a 3ª Regional entregou pessoalmente a deliberação. Assim, Juliana
23 afirmou que para a proposta que apresentaria tinha sido considerado o pactuado nas Deliberações CIR e as pendências
24 tinham sido solicitadas às Regionais. Apresentou então como ficariam as referências para os municípios conforme as
25 deliberações regionais para oncologia clínica e cirúrgica: referência Curitiba – 1ª RS, 4ª RS, 6ª RS, 21ª RS, parte da 2ª
26 RS: Curitiba, Agudos do Sul, Araucária, Campo do Tenente, Campo Magro, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Piên,
27 Pinhais, Piraquara, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, Tijucas do Sul, São José dos Pinhais, Tunas do Paraná;
28 referência Angelina Caron – parte da 2ª RS: Adrianópolis, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Serro Azul, 50% de
29 Colombo, Doutor Ulysses e Quatro Barras; referência São Lucas de Campo Largo – Balsa Nova, 50% da população de
30 Campo Largo e 50% da população de Almirante Tamandaré; referência Hospital do Rocio de Campo Largo – Contenda,
31 Mandirituba, 50% da população de Almirante Tamandaré, 50% da população de Campo Largo, 50% da população de
32 Colombo, Palmeira, Porto Amazonas e São João do Triunfo; referência Santa Casa de Ponta Grossa – 3ª Regional
33 exceto Palmeira, Porto Amazonas e São João do Triunfo; referência Hospital São Vicente – Campina do Simão,
34 Goioxim, Guarapuava, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu e Turvo; referência Policlínica de Pato Branco – 7ª
35 Regional; referência CEONC de Francisco Beltrão – 8ª Regional; referência Hospital Costa Cavalcanti/Foz do Iguaçu –
36 Foz do Iguaçu, Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu; referência Cascavel – 10ª e 20ª Regionais, parte da 11ª Regional:
37 Campina da Lagoa, Goioerê, Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre e
38 Ubiratã, parte da 5ª Regional: Boa Ventura de São Roque, Cândói, Cantagalo, Foz do Jordão, Laranjal, Laranjeiras do
39 Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pitanga, Porto Barreiro, Rio Bonito do Iguaçu, Virmond, e parte da 9ª
40 Regional: Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu;
41 referência Campo Mourão – restante da 11ª Regional: Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança,
42 Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Iretama, Janiópolis, Luiziana, Mamborê, Peabiru,



43 Roncador e Terra Boa; referência UOPECCAN Umuarama – 12ª Regional, parte da 13ª Regional: Cidade Gaúcha,
44 Tapejara e Tuneiras do Oeste, parte da 14ª Regional: Mirador e Santa Mônica; referência Maringá – 13ª Regional exceto
45 Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste, 14ª Regional exceto Mirador e Santa Mônica, e 15ª Regional; 16ª
46 Regional ficou pendente; referência Londrina – 17ª, 18ª e 19ª Regionais de Saúde, e parte da 22ª Regional (ainda a ser
47 especificada). Em seguida, Juliana apresentou as propostas das Regionais também para Radioterapia: referência
48 Curitiba – 1ª RS, 4ª RS, 6ª RS, 21ª RS, parte da 2ª RS: Curitiba, Agudos do Sul, Araucária, Balsa Nova, Campo do
49 Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Contenda, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais,
50 Piraquara, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, Tijucas do Sul, São José dos Pinhais, Tunas do Paraná;
51 referência Hospital Angelina Caron – parte da 2ª RS: Adrianópolis, Almirante Tamandaré, Bocaiuva do Sul, Campina
52 Grande do Sul, Cerro Azul, Colombo, Doutor Ulysses, Quatro Barras, parte da 5ª RS: Campina do Simão, Goioxim,
53 Guarapuava, Turvo; referência Ponta Grossa – 3ª Regional, Pinhão e Prudentópolis (5ª RS); referência Pato Branco – 7ª
54 Regional; referência Hospital Costa Cavalcanti – parte da 9ª Regional: Foz do Iguaçu, Medianeira e Santa Terezinha do
55 Itaipu; referência Cascavel – 8ª RS, 10ª RS, 20ª RS, parte da 11ª RS: Campina da Lagoa, Goioerê, Juranda, Moreira
56 Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Rancho Alegre, Roncador e Ubiratã, parte da 5ª RS: Boa Ventura de São
57 Roque, Candoi, Cantagalo, Foz do Jordão, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pitanga,
58 Porto Barreiro, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu, Virmond, parte da 9ª RS: Itaipulândia, Matelândia, Missal,
59 Ramilândia, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu; referência Santa Casa de Campo Mourão – parte da 11ª
60 RS: Altamira do Paraná, Araruna, Barboza Ferraz, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro
61 Beltrão, Farol, Fenix, Iretama, Janiópolis, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol e Terra Boa. Sobre a referência
62 UOPECCAN de Umuarama, Juliana explicou que apesar de o serviço não estar habilitado para radioterapia, contavam
63 com equipamento já em funcionamento e com a previsão de contrato na SESA, e assim, foi aberta a possibilidade de
64 que, evitando deslocamento, os pacientes possam fazer a radioterapia no município. Em seguida, destacou os
65 municípios que estariam sob esta referência: 12ª Regional, parte da 13ª: Cidade Gaúcha, Tapejara, Tuneiras do Oeste,
66 e Mirador e Santa Mônica da 14ª Regional; referência Maringá – 13ª Regional, 14ª Regional exceto Mirador e Santa
67 Mônica e 15ª Regional; referência Londrina – 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regionais de Saúde. Para Hematologia, Juliana
68 indicou as seguintes referências: referência Curitiba – 1ª RS, 4ª RS, 6ª RS, 21ª RS, parte da 2ª RS: Curitiba, Agudos do
69 Sul, Araucária, Balsa Nova, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Contenda, Fazenda Rio Grande,
70 Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, Tijucas do Sul, São
71 José dos Pinhais, Tunas do Paraná, e Prudentópolis (5ª RS); referência Hospital Angelina Caron – 3ª RS, parte da 2ª
72 RS: Adrianópolis, Almirante Tamandaré, Bocaiuva do Sul, Campina Grande do Sul, Cerro Azul, Colombo, Doutor
73 Ulysses, Quatro Barras, parte da 5ª RS: Campina do Simão, Goioxim, Guarapuava, Turvo; referência Foz do
74 Iguaçu/Hospital Costa Cavalcanti – parte da 9ª RS: Foz do Iguaçu, Medianeira, Santa Terezinha do Itaipu; referência
75 Cascavel – 7ª RS, 8ª RS, 10ª RS, 20ª RS, parte da 5ª RS: Boa Ventura de São Roque, Candoi, Cantagalo, Foz do
76 Jordão, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Barreiro, Reserva do
77 Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond, parte da 9ª RS: Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, São
78 Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pitanga, Porto Barreiro, Reserva do
79 Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond, parte da 11ª RS: Altamira do Paraná, Barboza Ferraz, Campina da Lagoa,
80 Goioerê, Iretama, Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre, Roncador e
81 Terra Boa, Ubiratã; referência UOPECCAN Umuarama – 12ª RS, 13ª RS e 14ª RS, parte da 11ª RS: Araruna, Boa
82 Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Farol, Fenix, Janiópolis, Luiziana, Mamborê, e Peabiru, parte da 13ª
83 RS: Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste; referência Maringá – 14ª RS, 15ª RS, Engenheiro Beltrão (11ª RS),
84 13ª RS exceto Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste; referência Arapongas – parte da 16ª RS (ainda em



85 definição), parte da 22ª RS: Jardim Alegre, Lidianópolis, Manoel Ribas, Mato Rico, Rosário do Ivaí; referência Londrina –
86 17ª RS, 18ª RS e 19ª RS, parte da 16ª RS (em definição), parte da 22ª RS: Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu,
87 Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Lunardelli, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do
88 Ivaí. Para oncologia pediátrica, Juliana apresentou as referências: referência Curitiba – 1ª RS, 2ª RS, 4ª RS, 6ª RS, 21ª
89 RS, parte da 5ª RS: Goioxim, Laranjal, Palmital, Prudentópolis; referência Hospital Angelina Caron – 3ª RS, parte da 5ª
90 RS: Campina do Simão, Guarapuava, Turvo; referência Cascavel – 7ª RS, 8ª RS, 9ª RS, 10ª RS, 11ª RS, 12ª RS, 20ª
91 RS, parte da 5ª RS: Boa Ventura de São Roque, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Laranjeiras do Sul, Marquinho,
92 Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Barreiro, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond, parte
93 da 13ª RS: Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste; referência Londrina – 14ª RS, 15ª RS, 16ª RS, 17ª RS, 18ª
94 RS, 19ª RS, 22ª RS e 13ª RS exceto Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste. Na sequência, Juliana apresentou
95 as referências para Braquiterapia: referência Curitiba, Hospital Angelina Caron e Hospital Santa Casa de Ponta Grossa
96 – 1ª RS, 2ª RS, 3ª RS, 4ª RS, 6ª RS e 21ª RS, parte da 5ª RS: Campina do Simão, Goioxim, Guarapuava, Turvo e
97 Prudentópolis; referência Cascavel e Foz do Iguaçu – 7ª RS, 8ª RS, 9ª RS, 10ª RS, 11ª RS, 12ª RS, 20ª RS, parte da 5ª
98 RS: Boa Ventura de São Roque, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova
99 Laranjeiras, Palmital, Pitanga, Porto Barreiro, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu e Virmond, e parte da 13ª RS:
100 Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste; referência Londrina – 14ª RS, 15ª RS, 16ª RS, 17ª RS, 18ª RS, 19ª RS,
101 22ª RS, e 13ª RS exceto Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do Oeste. Para iodoterapia: referência Curitiba e Hospital
102 Angelina Caron – 1ª RS, 2ª RS, 3ª RS, 4ª RS, 6ª RS, 21ª RS, parte da 5ª RS: Campina do Simão, Goioxim,
103 Guarapuava, Turvo e Prudentópolis; referência Londrina – 13ª RS exceto Cidade Gaúcha, Tapejara e Tuneiras do
104 Oeste, 14ª RS, 15ª RS, 16ª RS, 17ª RS, 18ª RS, 19ª RS, 22ª RS, e Roncador (11ª RS); referência Cascavel e Foz do
105 Iguaçu – 7ª RS, 8ª RS, 9ª RS, 10ª RS, 11ª RS, 12ª RS, 20ª RS, 22ª RS, parte da 13ª RS: Cidade Gaúcha, Tapejara e
106 Tuneiras do Oeste, parte da 5ª RS: Boa Ventura de São Roque, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Laranjal, Laranjeiras
107 do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pitanga, Porto Barreiro, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu e
108 Virmond. Juliana salientou que seria necessário ainda considerar as referências para os casos de cânceres raros,
109 apresentando a proposta de que tivessem como referência os CACONS – Hospital Erasto Gaertner, Hospital Angelina
110 Caron e Hospital Pequeno Príncipe. **Abel**, Secretário Municipal de Saúde de Boa Ventura de São Roque, presidente do
111 CRESEMS da 5ª Região, disse que estavam com grande dificuldade para habilitação do Hospital São Vicente de Paula
112 junto com o Hospital Erasto Gaertner em Guarapuava e o Hospital Regional, mas que a proposta de trabalho teria início
113 a partir de janeiro, e que, portanto, quando tivesse o serviço habilitado e funcionando adequadamente, poderiam
114 rediscutir a referência, porém, que naquele momento não poderiam contar com o serviço de referência em oncologia na
115 5ª Regional – Guarapuava. Assim, afirmou que a grande preocupação era de pactuar a referência naquele momento e
116 deixar de ter o hospital oncológico na Regional em 2020. **Celso**, Secretário Municipal de Saúde de Guarapuava, afirmou
117 que as obras do hospital do câncer, que será administrado pelo Hospital Erasto Gaertner, estavam bastante adiantadas,
118 com previsão de inauguração da radioterapia em 1º de janeiro de 2020. Afirmou que a preocupação dos municípios era
119 de que os pacientes que sempre contaram com a porta aberta do Hospital São Vicente de Guarapuava perdessem o
120 vínculo com a instituição. Ressaltou a dificuldade de assistência em saúde na Região. **Scarpari**, Secretário Municipal de
121 Saúde de Laranjeiras do Sul, afirmou que os municípios da 5ª Regional se dividiam, de forma que metade tinha como
122 referência Cascavel e a outra metade, Guarapuava, mas, salientou que Guarapuava ainda não contava com serviço de
123 radioterapia, mesmo que tivesse previsão a partir da inauguração do hospital oncológico. **Ivo**, Secretário Municipal de
124 Saúde de Manguaçu, contou que tinha acontecido reunião com o prestador da Policlínica de Pato Branco e que,
125 apesar de não ter havido grandes mudanças nos serviços de referência, tinha sido possível fazer algumas pactuações
126 para tentar dirimir as dificuldades que são enfrentadas: explicou que foi criada uma comissão permanente de avaliação



126 do serviço, definindo que caso não se observasse melhora, mudariam a referência. **Odileno**, Secretário Municipal de
127 Saúde de Antonina, representando o CRESEMS da 1ª Regional, contextualizou que a Regional contava com cinco
128 referências para oncologia e tiveram que optar por apenas uma, questionando como ficaria a situação daqueles
129 pacientes que já estavam em tratamento nos outros quatro serviços. Odileno disse tratar-se de uma regressão a
130 redução de cinco para uma referência de oncologia para a Região e explicou que a escolha pelo Hospital Erasto
131 Gaertner se deu pelo projeto do “Erastinho” em Paranaguá. **Antoninho**, Secretário Municipal de Saúde de Colombo,
132 defendeu proposta de que Colombo pudesse ter uma segunda opção de referência, e não, apenas uma. Entregou para
133 Nestor um relatório com os dados do município – número de pacientes em cada serviço, justificando a necessidade de
134 se ter esta segunda opção de serviço de referência. **Jair**, Secretário Municipal de Saúde de Maringá, questionou como
135 ficaria a questão do financiamento após a definição dos fluxos – se também seria redividido. Afirmou ter participado das
136 reuniões de CIR da 13ª RS, 14ª RS e 15ª RS, destacando que na 13ª RS e na 14ª RS, contaram com a participação dos
137 prestadores de gestão estadual que oferecem os serviços de portas abertas e referindo não ter problemas de recursos –
138 um contrasenso com as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios de gestão plena de seus prestadores.
139 Contou que o UOPECCAN nas duas reuniões de CIR (13ª e 14ª RS) afirmou não ter dificuldades financeiras e poder
140 executar os atendimentos, o que fazia com que os municípios não quisessem, por exemplo, ter Maringá como serviços
141 de referência já que o município apontava capacidade de atendimento, porém, mostrando deficit financeiro anual de 18
142 milhões. Sugeriu que fosse conversado com o prestador que dizia, em nome do estado, ter capacidade de atendimento
143 sem qualquer dificuldade de recursos, porque da forma como estava sendo feito, os municípios iam querer ter duas ou
144 três referências de atendimento. Jair destacou que o referido prestador, nestas reuniões, levou carta assinada pelo
145 conselho de saúde local do município, afirmando ter “porta aberta”(SIC). Falou, ainda, que tinha preocupação com a
146 forma como o processo acontecia, pensando apenas municípios, sem considerar as regionais de saúde/territorialização
147 e prestadores, ainda mais se considerando que a discussão futuramente poderia se estender para rede de cardiologia,
148 de ortopedia. Afirmou entender as necessidades apontadas pelos municípios de se ter várias referências, mas, que
149 entendia ser mais adequado e funcional trabalhar junto ao prestador, criar comissões de monitoramento e avaliação e
150 aprimorar o processo. Por fim, Jair salientou a diferença na forma da regulação entre os municípios de gestão plena e
151 de gestão estadual, onde o uso do MV facilita o acesso a diferentes referências. **Cristiane**, presidente do COSEMS,
152 cumprimentou a todos e destacou a importância da discussão sobre a rede de oncologia para as regiões, tendo
153 possibilitado maior articulação entre municípios e prestadores, focando no aprimoramento do processo de trabalho e em
154 busca da garantia da qualidade dos serviços de saúde – destacou como exemplo a experiência relatada por Ivo,
155 indicando tratar-se de uma prática que poderia ser adotada também por outros municípios e regiões. Retomou a
156 preocupação apontada por Jair com relação à divisão dos municípios entre as regiões, apontando que a situação era
157 também uma oportunidade para se avaliar se as regiões estão atendendo as necessidades da população – citou o
158 exemplo de seu município, Ubitatã, localizado na regional de Campo Mourão, levantando a reflexão se seria melhor o
159 paciente fazer quimioterapia em Cascavel, município que está localizado a 75km de Ubitatã, ou em Campo Mourão, que
160 está a 100km de distância. Cristiane mostrou como esta discussão contribuiria também para o PRI – Planejamento
161 Regional Integrado: questionou se seria necessário ficar limitado à região/macrorregião de saúde ou poderia ser
162 pensado prioritariamente na facilidade de acesso para o paciente. Retomou a situação discutida do Hospital de
163 Oncologia de Guarapuava, lembrando que tanto Guarapuava como Cascavel são municípios sob a gestão estadual, e
164 perguntando se haveria problema em após o hospital estar pronto, os municípios voltarem a ter como referência o
165 município de Guarapuava, já que, estando os dois sob gestão do estado, talvez fosse possível e mais fácil remanejar o
166 recurso de um para outro município. Então, Cristiane perguntou se a proposta apresentada, elaborada a partir das
167 definições dos municípios em reuniões regionais, seria viável de ser executada. E por fim, ressaltou que a escolha de

168 um município como referência não significaria necessariamente um único serviço – citou o exemplo de Curitiba, que
169 conta com mais de um serviço. **Jair** disse concordar com Cristiane, que não se deve pensar apenas em regionalização,
170 mas, também, na facilidade do acesso aos serviços. Entretanto, ressaltou que das três Regionais de Saúde – 13ª, 14ª e
171 15ª, cinco municípios haviam optado por ter como referência o UOPECCAN: Tapejaras, Tuneiras do Oeste, Cidade
172 Gaúcha, Mirador e Santa Mônica, afirmando que eles já eram atendidos pelo referido serviço anteriormente, com
173 financiamento da gestão estadual. Falou, ainda, que Maringá já apresentava deficit de orçamento e a ideia era de que
174 não fosse retirado mais nenhum recurso do Fundo Municipal de Saúde. Questionou como se daria o remanejamento
175 dos recursos – se considerando série histórica de utilização, se por população ou se não seria retirado recurso de
176 Maringá pois os municípios citados já eram atendidos anteriormente por prestador da gestão estadual. Na oncologia
177 pediátrica, Jair lembrou que Maringá contava com duas referências – Curitiba e Londrina, afirmando não saber o que
178 isso representava financeiramente, e não saber, portanto, como ficaria o remanejamento de recursos a partir do
179 momento em que Maringá ficasse com a referência apenas do município de Londrina. Rosilene, do município de
180 **Londrina**, afirmou que de acordo com a lógica do PDR, usada anteriormente, o município já atendia a Macrorregião
181 Norte, explicando que alguns municípios passaram a buscar outras referências talvez por demanda reprimida/demora
182 do atendimento. Disse que a partir da proposta apresentada, haviam sido acrescidos ao município de Londrina os
183 atendimentos em oncologia pediátrica dos pacientes provenientes de Maringá e os atendimentos de braquiterapia dos
184 pacientes provenientes da 13ª e da 14ª Regional de Saúde – acréscimo que ainda não havia sido medido. Reforçou a
185 fala de Jair de que na atual situação já falta recurso para os municípios, portando, com a nova proposta de fluxo, seria
186 necessário avaliar também a redistribuição dos recursos. **Márcia Huçulak**, Secretária Municipal de Saúde de Curitiba,
187 lembrou que considerando o proposto no PDR, Curitiba já atendia mais municípios que o previsto (citou, por exemplo, o
188 acréscimo da 1ª, 4ª e 21ª Regional de Saúde). Márcia destacou a questão já apontada por Jair de os prestadores sob
189 gestão estadual terem contratos mais flexíveis, salientando que os custos médios dos serviços que fazem, por exemplo,
190 cânceres raros, são muito menores do que serviços de gestão estadual. Citou ainda a situação de municípios que
191 contam com prestadores em sua área, mas querem ter como referência o município de Curitiba porque estes
192 prestadores não fazem a linha de cuidado integral. Márcia disse saber que se trata de uma situação difícil, porém,
193 reafirmou que Curitiba não tem mais como arcar com estes custos e apontou a fragilidade da rede, que conta com
194 prestadores que trabalham com protocolos clínicos pautados muito mais na melhor rentabilidade para o serviço e não
195 na clínica do paciente. Citou, ainda, a demora dos serviços do Paraná no diagnóstico do câncer e na definição de
196 tratamentos adequados. **Adriane**, Secretária Municipal de Saúde de Pinhais, levantou a questão da solicitação dos
197 próprios usuários, que por vezes querem ser atendidos por outros serviços que não aqueles pactuados para referência
198 e acabam conseguindo acesso por outras vias, e depois, passam a exigir do município a continuidade do atendimento
199 com tais serviços. Salientou que definindo apenas uma referência para o município, por um lado, a possibilidade de
200 escolha não existiria e por outro, considerando o uso de vias alternativas para acesso aos serviços, seria um
201 monitoramento e controle muito difícil de ser feito. Por fim, levantou o questionamento do motivo de a 1ª, 4ª, 6ª e a 21ª
202 Regional de Saúde quererem usar os serviços de Curitiba, trazendo novamente a reflexão sobre a linha do cuidado
203 oferecida e a resolutividade dos casos pelos serviços. **Cristiane** disse que, entendendo que muitos municípios estavam
204 optando por ter Curitiba como referência, cabia ao estado decidir qual seria a possibilidade de repassar o recurso que
205 era destinado aos prestadores de gestão estadual para atender esses municípios para o município de Curitiba. **Nestor**
206 concordou que a definição de referências e fluxos da oncologia não era algo fácil e afirmou que a proposição de novas
207 referências, diferentes daquelas estabelecidas anteriormente, inviabilizaria qualquer pactuação naquele momento da
208 reunião, já que seria necessária também a discussão dos recursos financeiros envolvidos, ainda mais se considerando
209 que a ideia de reduzir o número de municípios com referência em Curitiba não tinha se efetivado, tendo, contrariamente,



210 aumentado. Afirmou que a partir das propostas feitas seria necessário analisar a linha de cuidados e os contratos.
211 Salientou que a SESA já havia iniciado processo para redução da flexibilidade percebida nos contratos com prestadores
212 sob gestão estadual. Nestor lembrou que não havia recurso novo para solucionar o deficit financeiro existente,
213 explicando que seria preciso encontrar uma estratégia para dividir este deficit, contando com a contribuição de todos.
214 Propôs uma reflexão sobre a situação dos municípios que contavam com serviços de referência, aprovados em CIR, e
215 mesmo assim solicitavam como referência serviços localizados em outros municípios. Destacou que era preciso pensar
216 regionalmente na estruturação da saúde do Paraná, reforçando não existir nenhuma possibilidade de se trabalhar com
217 as necessidades individuais de cada município. Por fim, Nestor propôs que fossem recolhidas todas as sugestões feitas
218 pelas Regionais de Saúde, e a situação fosse reavaliada junto à proposta apresentada na semana anterior, para que se
219 pudesse chegar a uma terceira possibilidade de fluxos e referências na oncologia. **Juliana**, ressaltando que Curitiba não
220 teria capacidade para atender todos os municípios que solicitaram a referência, propôs que chamassem os prestadores
221 da região metropolitana, que fosse apresentado para eles a escolha dos municípios de não ir para estes serviços, para
222 que então, pactuassem novo contrato, como uma possibilidade de melhora do serviço, definindo que, caso não
223 houvesse melhora, o prestador perderia recurso. Houve alguns questionamentos, dentre eles, como ficaria a região de
224 Guarapuava ao longo do período de revisão dos fluxos e referências, se estaria contemplada com toda estrutura de
225 oncologia. **Cristiane** falou que a dificuldade em definir a pactuação naquele momento se devia à questão de Curitiba,
226 propondo, então, que a discussão deveria se dar com os municípios que pleiteavam Curitiba como referência e o
227 próprio município de Curitiba, sem que fosse necessário articular toda a CIB-PR. **Márcia Huçulak** disse que em conta
228 rápida, feita a partir das propostas apresentadas, o deficit de Curitiba que era de 800 mil tinha subido para 1 milhão e
229 200 mil. Afirmou que o município, com seus prestadores, tinha capacidade para atender a demanda apresentada, e,
230 portanto, a questão a ser discutida era financeira. Sabendo que não havia recurso para cobrir tal deficit, Márcia propôs
231 que fosse pactuado o PDR 2015, segundo o qual Curitiba atendia apenas a 2ª Regional de Saúde, e que os prestadores
232 sob gestão estadual fossem chamados para se discutir a linha de cuidado e a manutenção da qualidade dos serviços.
233 **Antoninho**, do município de Colombo, concordou com Nestor que o deficit financeiro da saúde precisaria ser dividido
234 entre os entes, corroborou a fala de Márcia e então, reforçou que Colombo não aceitava a proposta de que 50% de
235 seus usuários tivessem como referência o Hospital Angelina Caron e 50%, o Hospital do Rocio, porque entendia que os
236 municípios deveriam ter a possibilidade de escolha dos serviços. Outro secretário disse não concordar com a proposta
237 feita por Márcia Huçulak, entendendo que ela levaria a uma situação caótica, e sugerindo que buscassem outra
238 solução. **Carlos**, Secretário Municipal de Saúde de Araucária, propôs que fosse conversado com os prestadores da
239 região metropolitana que não estavam fazendo toda a linha de cuidado, para que compreendessem os motivos – se
240 problema de pactuação, de contratualização, de equilíbrio financeiro, e encontrassem soluções, de forma que os
241 serviços pudessem bem atender os municípios que estavam sob sua referência. **Daniele**, do município de Campo
242 Largo, reforçou que a pactuação não deveria estar pautada apenas em questões técnicas, mas, que deveria considerar
243 a parte financeira, principalmente porque não seria possível remanejar mais atendimentos para o município de Curitiba
244 se não houvesse recurso a ser repassado. **Jair** concordou que a discussão deveria começar pelo recurso, questionou a
245 retirada de recurso do município de Maringá sem que a situação fosse discutida com o município e pediu que a questão
246 financeira e “dos números”(SIC) fosse transparente – lembrando o que já havia citado anteriormente sobre a diferença
247 de custos entre os prestadores sob gestão municipal e os prestadores sob gestão estadual. **Nestor** explicou que os
248 prestadores não falavam em nome da SESA-PR ou do estado do Paraná, já que os únicos que poderiam fazê-lo eram o
249 Secretário e o próprio Governador. Afirmou que durante os nove meses da nova gestão na SESA-PR, vinham tentando
250 reorganizar os processos de melhor forma e salientou que não tinha visto anteriormente uma discussão transparente,
251 aberta à participação dos municípios, como acontecia naquele momento. Sobre a transparência dos números, afirmou



252 que tinha sido feito levantamento dos dados dos últimos seis meses e os números estavam sendo apresentados ao
253 longo de toda a discussão. Reforçou que a proposta da SESA era rever o que havia sido apresentado, buscando
254 conciliar a retirada de recursos dos prestadores que estavam anteriormente como referência com o repasse para o
255 município de Curitiba, que concentrava os serviços naquele momento demandados, e, então, levar a proposta para
256 discussão com Curitiba – assim, se o valor atendesse o município, e se isso fosse também a decisão dos municípios
257 que tem a gestão do prestador, poderia ser pactuado, seguindo-se com a retirada de recurso dos prestadores para ser
258 repassado para Curitiba. O Cosems pediu um espaço para que pudessem discutir as propostas e foi decidido por um
259 intervalo na reunião. No retorno do intervalo, **Cristiane** ressaltou que a necessidade de mostrar e discutir os dados
260 vinha sendo apontada pelos próprios gestores, com o apoio do COSEMS, e a ciência de que seria necessário levar a
261 discussão até os prestadores – o que imputava a necessidade de que se fortalecessem para possível enfrentamento,
262 inclusive com apoio político dos prefeitos e secretários de saúde. Sugeriu que a discussão feita fosse apresentada
263 também para a AMP – Associação dos Municípios do Paraná, para que tivessem ciência do processo que acontecia na
264 saúde, de forma que os discursos de todos os entes estivessem consoantes. Considerando a proposta feita pelo estado
265 e em acordo com ela, Cristiane apresentou as sugestões do COSEMS: 1. apresentar, até dia 06/09/2019, o custo médio
266 de todos os prestadores do estado do Paraná (AIH e APAC), para que pudesse ser avaliado o valor do serviço dos
267 prestadores de gestão plena em cada município e dos prestadores sob gestão estadual – sob responsabilidade dos
268 membros do GT e-Saúde; 2. conhecer os incentivos da SESA para os prestadores MAC sob gestão do Estado; 3.
269 compreender como acontece a Regulação do acesso (Fluxos de encaminhamento, sistema de informação utilizado, tipo
270 de habilitação de cada prestador) – **Vinicius** disse que a percepção era de que os prestadores captavam o paciente à
271 revelia da gestão, diferente do município de Curitiba, que tinha a regulação do acesso mais estruturada, mas, que a
272 SESA vinha tomando providências para melhorar sua regulação, de forma que todos os pagamentos da SESA já
273 estavam vinculados a contratos (já publicados ou em trânsito para publicação), não devendo mais existir na SESA
274 prestadores sem contratos; 4. apresentar os valores pactuados no teto do Estado dos prestadores sob gestão estadual,
275 com base na nova proposta de referência apresentada nesta reunião, para que pudesse ser avaliado o remanejamento
276 dos recursos – **Cristiane** sugeriu que a SESA fizesse a discussão deste remanejamento diretamente com o município
277 de Curitiba, levando para reunião do dia 06/09/2019 a proposta já alinhada. Ficou definido, ainda, que todos os
278 municípios que tinham gestão dos prestadores, enviariam até 23/08/2019 os seus contratos, para que também
279 pudessem ser avaliados e conseguissem, com isso, chegar em propostas de valores comuns a todos; 5. a SESA deverá
280 convocar, antes do dia 06/09/2019, os prestadores sob gestão estadual para reunião, com representatividade do
281 Cosems-PR, para discutir os problemas relacionados aos contratos e responsabilidades frente a saúde da população.
282 **Vinicius** afirmou que ao se fazer o encontro de contas, haveria uma mudança de população e de valores, sendo
283 necessário, portanto, a criação de um critério para pactuação – pediu apoio para que conseguissem definir um critério
284 que fosse razoável, explicando que quando da habilitação de um prestador, tinha-se valor X, e o rateio populacional
285 pelo valor que estava no teto não era igual para todos os prestadores, então haveria dificuldade em analisar qual critério
286 deveria ser definido para pactuação. **Cristiane** ressaltou que apesar da dificuldade, o processo era necessário, pois o
287 Ministério da Saúde já havia informado que não teria dinheiro novo, e sabia-se que existia dinheiro mal utilizado. Por
288 fim, agradeceu o empenho de todos nesta discussão. **Nestor** disse que por parte da SESA estava bem encaminhado,
289 afirmou ficar contente em saber que a discussão tinha como perspectiva um horizonte igual para todos, e encerrou a
290 reunião.