



1

1 **ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2020**

2 **Data: 01 de abril de 2020**

3 **Local: Auditório Anne Marie – SESA/PR / Reunião transmitida online em tempo real pelo canal da SESA-PR no**

4 **YouTube**

5 **Participantes: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Carlos Andrade (Presidente COSEMS), Flávia Quadros (Curitiba),

6 Dalva Aparecida (Tamarana), Cleide Terezinha dos Santos (Corbélia), **SESA: Titulares SESA:** Beto Preto (Secretário

7 de Estado da Saúde), Nestor Werner Junior (Diretor Geral/SESA), Geraldo Biesek (Chefe de Gabinete), Maria Goretti

8 David Lopes(SAS/SESA); Vinícius Filipak (SGS/SESA); Acácia Nasr (SVS/SESA).

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

10 O Secretário de Estado da Saúde, **Beto Preto**, deu início à 2ª Reunião Ordinária da CIB-PR cumprimentando os
11 participantes presenciais e aqueles que acompanhavam a reunião pela internet. Destacou que tratava-se de uma
12 reunião histórica, realizada ineditamente de forma virtual devido ao período de pandemia da Covid-19. Salientou que a
13 referida pandemia vinha levando a mudanças nas rotinas, nas atividades de saúde e econômicas no estado, e que tais
14 situações deveriam ser cuidadosamente pensadas e planejadas. Em seguida, elencou os temas que tratariam durante a
15 reunião, citando: leitos de UTI e enfermarias que estavam sendo contratados pelo Ministério da Saúde para
16 enfrentamento da Covid-19; uso de saldos de recursos financeiros; dengue e sarampo; e pactuação para o novo
17 programa de qualificação dos consórcios intermunicipais de saúde – proposta de aumento do incentivo financeiro para
18 os consórcios. O Secretário afirmou que naquele momento o Paraná tinha 185 casos confirmados de Covid-19, que
19 estavam observando as orientações do Ministério da Saúde para o enfrentamento à doença, acompanhando as
20 experiências de outros países, analisando os dados, para compreender as diferentes estratégias utilizadas por
21 diferentes regiões e definir aquela que melhor atendesse as demandas do Paraná. Reforçou a importância de que todos
22 os municípios caminhassem junto com o estado na divulgação de informações corretas para a população e os gestores
23 da saúde, destacando a necessidade do combate às *fake news*. Por fim, agradeceu a todos os gestores pelo empenho
24 no enfrentamento dos desafios da saúde no Paraná e passou a palavra ao coordenador da reunião para que fosse dada
25 sequência à pauta. **Nestor**, Diretor Geral da SESA-PR, deu continuidade à reunião cumprimentando os participantes e
26 convidando Geraldo Biesek, Diretor Executivo da SESA-PR, para sentar-se à mesa como suplente do Secretário, que
27 precisou se ausentar. Orientou que qualquer dúvida sobre as discussões da reunião poderia ser encaminhada para o
28 e-mail da CIB-PR: cib.pr@sesa.pr.gov.br. Em seguida, passou a palavra para **Carlos**, presidente do Cosems-PR, que
29 cumprimentou os participantes da reunião e reforçou que o momento delicado que o estado enfrentava exigia união,
30 discernimento, trabalho conjunto dos entes municipais e estadual, e, especialmente, muita disciplina – dos profissionais
31 e da população. Destacou a competência das equipes técnicas do estado e dos municípios, assim como, as boas
32 gestões municipais e estadual. Afirmou que o novo coronavírus ganhava proporções maiores a cada dia, exigindo
33 atenção e alerta das equipes, destacando o alinhamento preciso entre os municípios e o estado naquele momento da
34 gestão, com realização de videoconferências e reuniões entre os entes, mantendo, assim, franco diálogo entre eles.
35 Carlos lembrou que a saúde não tinha de lidar apenas com o coronavírus, já que as emergências continuavam com alta
36 demanda e as necessidades de atenção primária e secundária, assim como, de assistência farmacêutica, se
37 mantinham, e, portanto, recomendou que continuassem o trabalho de forma conjunta para manter o cuidado da saúde
38 da população paranaense. **Nestor** ressaltou que a saúde pública do estado do Paraná precisava estar preparada, em
39 todos os seus níveis, para conseguir atender a população em suas necessidades. Afirmou que frente a todos os
40 desafios daquele momento de enfrentamento à pandemia, o estado do Paraná trabalhava com o objetivo de preservar a
41 saúde da população, baseando suas decisões em evidências científicas e em experiências exitosas no mundo todo.
42 Nestor explicou que tinha sido definido o isolamento social, com recomendação de suspensão de alguns serviços,

2

43 entendendo que, mesmo não havendo grande número de casos, era a melhor decisão a ser tomada considerando as
44 experiências de países e estados que tinham conseguido conter o aumento da transmissão da doença. Esclareceu que
45 durante a reunião ainda seria feito um detalhamento da estratégia da SESA no enfrentamento da Covid-19 com relação
46 à infraestrutura hospitalar. Destacou o aporte imediato de mais de 100 milhões de reais no orçamento da SESA para
47 fazer frente a despesas com o enfrentamento da Covid-19 e o remanejamento dos saldos financeiros dos programas
48 estratégicos da SESA-PR que estavam disponíveis em contas correntes dos municípios, para que pudessem utilizar no
49 enfrentamento da doença. Informou também a contratação de bolsistas que integrariam a força de trabalho do SUS em
50 diversas frentes de trabalho; a nomeação de 256 novos servidores, que integrariam a equipe de trabalho da saúde; o
51 desenvolvimento de um aplicativo para acompanhar pessoas com sintomas e ajudar no combate à Covid-19; a
52 publicação de Resoluções que balizavam e orientavam o enfrentamento à doença; a instituição do Centro de Operações
53 de Emergência em Saúde Pública – COE logo no surgimento dos primeiros casos suspeitos no Brasil. Sobre os exames
54 diagnósticos para Covid-19, Nestor afirmou que mesmo sem ter a quantidade desejada, o Paraná era um dos estados
55 que mais estava testando no país. Disse que a partir da semana seguinte seria possível dobrar a capacidade de
56 processamento de exames no estado e que a capacidade instalada no Lacen e no Instituto de Biologia Molecular do
57 Paraná – IBM seria a maior capacidade instalada de exames do sul do país em laboratórios públicos – aumentando,
58 assim, o número de exames realizados. Sobre a dificuldade com a disponibilidade de Equipamentos de Proteção
59 Individual – EPI, afirmou que o estado estava organizando a compra dos equipamentos, concentrando os pedidos,
60 sabendo que, mesmo não sendo possível suprir totalmente a demanda, já que no mundo todo não havia EPIs em
61 quantidades disponíveis para atender as necessidades existentes, seria viável ajudar a todos, de alguma forma, na
62 medida do possível. Então, afirmou que a SESA assumia o compromisso de ajudar todos os municípios na medida em
63 que houvessem equipamentos disponíveis. Explicou que o dimensionamento de equipamentos que havia sido solicitado
64 no dia anterior seria utilizado para estratégia de compra centralizada. Alertou que estavam sendo oferecidos para venda
65 diversos tipos de testes, mas que a SESA-PR estava trabalhando na validação deles e todos avaliados até aquele
66 momento não tinham passado no controle de qualidade. Assim, orientou o cuidado para que os municípios avaliassem e
67 validassem os testes antes de comprá-los. **Geraldo** cumprimentou os participantes da reunião, e, complementando a
68 fala de Nestor, informou que havia recebido a informação do Ministério da Saúde de que tinham sido disponibilizados ao
69 Paraná 26.195 testes rápidos adquiridos pela companhia Vale do Rio Doce e disponibilizados ao governo e, que os
70 testes já estavam sendo trazidos ao estado. Disse que seriam discutidos no COE a distribuição, o fluxo e os critérios de
71 aplicação dos testes rápidos, e ressaltou que com estes testes seria possível melhor compreensão da expansão da
72 doença no estado. **Nestor** reforçou que a aplicação dos testes ajudaria com uma visão ampla do panorama estadual
73 para tomada de decisões adequadas posteriormente, já que o rastreamento epidemiológico auxiliaria na compreensão do
74 comportamento da doença, assim como, no manejo dos pacientes. Concluindo a fala, Nestor passou para o primeiro
75 ponto da pauta da reunião, a aprovação da Ata da 1ª Reunião Ordinária da CIB-PR: aprovada pela SESA-PR e pelo
76 COSEMS-PR. Em seguida, Nestor explicou que devido ao formato da reunião e à extensão da pauta, Liliam, Secretária
77 Executiva da CIB-PR faria a leitura de apenas alguns itens do Termo de Homologações, mas, que ele estaria disponível,
78 em seguida, na página da SESA-PR no link da CIB-PR, e reforçou que todas as dúvidas poderiam ser esclarecidas pelo
79 e-mail da CIB-PR. **Liliam** esclareceu que faria a leitura apenas das Deliberações referentes às Portarias GM/MS nº 395
80 e nº 480 de 2020 e que todo o Termo de Homologações estaria disponível no site da SESA.

81 **2. Homologações: SE – CIB/PR.**

82 **2.1 Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência**

83 **Deliberação nº 025/2020 – Aprova “Ad referendum” remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção de**
84 **Média e Alta Complexidade, da Competência Março/2020 – Parcela 04/2020 conforme abaixo:**

Origem	Destino	Objetivo	Valor (R\$)
Gestão Estadual	Colorado	Referente pactuação de 02 AIH de São Carlos do Ivaí com Colorado	1.062,70
	Apucarana	Referente custeio de consultas médicas especializadas no período de março de 2020 a fevereiro de 2021, com recomposição do Teto MAC Estadual em março de 2021	12.000,00
	Foz Iguaçu	Referente repactuação de 40 AIH de Santa Terezinha de Itaipu para Foz do Iguaçu.	38.255,60

85 **Deliberação nº 026/2020 – Aprova “Ad referendum”** o remanejamento dos recursos do Teto da Média e Alta
86 Complexidade do Estado do Paraná conforme protocolo nº 241972842003, na data de 11 de março de 2020, às
87 14h30min32seg, referente a 4ª parcela de 2020.

88 **2.2 Habilitação/Desabilitação/Credenciamento de Serviços**

89 **Deliberação nº 015/2020 – Aprova “Ad referendum”** o convênio entre CISMEPAR e SESA para manutenção e
90 desenvolvimento de serviços assistenciais no âmbito da urgência e de nível secundário nos hospitais Dr. Anísio
91 Figueiredo (HDAF/HZNL) e Dr. Eulalino Ignácio de Andrade (HDEA/HZSL) de Londrina-PR, no valor de R\$
92 32.179.985,76 (trinta e dois milhões, cento e setenta e nove mil, novecentos e oitenta e cinco reais e setenta e seis
93 centavos), sendo R\$ 31.536.386,16 (trinta e um milhões, quinhentos e trinta e seis mil, trezentos e oitenta e seis reais e
94 dezesseis centavos) repassados pela SESA e R\$ 643.599,60 (seiscentos e quarenta e três mil, quinhentos e noventa e
95 nove reais e sessenta centavos) de contrapartida do CISMEPAR, com vigência por 24 meses.

96 **Deliberação nº 019/2020 – Aprova “Ad referendum”** a solicitação do Instituto Nossa Senhora Aparecida, CNPJ
97 05.961.193/0001-60, CNES 2594366, no município de Umuarama-PR, para desabilitação de 02 (dois) leitos de UTI
98 Neonatal Tipo II junto ao Ministério da Saúde.

99 **Deliberação nº 021/2020 – 1. Revoga** a Deliberação CIB/PR nº 009/2019, que aprova a habilitação do Hospital de
100 Clínicas – UFPR, CNES 2384299, CNPJ 75.095.679/0002-20, no município de Curitiba-PR, na Atenção Especializada
101 em Doença Renal Crônica – DCR com Diálise Peritoneal, código 15.05, conforme normas definidas pela Portaria
102 GM/MS nº 1.675, de 07/06/2018, e cujo impacto financeiro é de R\$ 143.520,35/mês (cento e quarenta e três mil,
103 quinhentos e vinte reais e trinta e cinco centavos ao mês) e R\$ 1.722.244,18/ano (um milhão, setecentos e vinte e dois
104 mil, duzentos e quarenta e quatro reais e dezoito centavos ao ano), a ser assumido pelo Ministério da Saúde, e,
105 **2. Aprova** a solicitação do Hospital de Clínicas, CNES 2384299, CNPJ 75.095.679/0002-20, no município de Curitiba-
106 PR, para **habilitação na Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal** (código 15.05), cujo impacto
107 financeiro será de R\$ 152.127,74/mês (cento e cinquenta e dois mil, cento e vinte e sete reais e setenta e quatro
108 centavos ao mês) e R\$ 1.825.532,82/ano (um milhão, oitocentos e vinte e cinco mil, quinhentos e trinta e dois reais e
109 oitenta e dois centavos ao ano), a ser assumido pelo Ministério da Saúde, sendo que no período entre a análise do
110 processo e a publicação da respectiva portaria a SESA não assumirá o custeio dessa solicitação de habilitação.

111 **Deliberação nº 022/2020 – Aprova “Ad referendum”** a solicitação do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo,
112 CNPJ 77.893469/0001-21, CNES 2741989, no município de Guarapuava-PR, para habilitação de 02 (dois) leitos de UTI
113 Geral Adulto Tipo II, cujo impacto financeiro será de R\$ 26.209,92 (vinte e seis mil, duzentos e nove reais e noventa e
114 dois centavos) ao mês e R\$ 314.519,04 (trezentos e quatorze mil, quinhentos e dezenove reais e quatro centavos) ao
115 ano **a ser assumido pelo Ministério da Saúde**, sendo que no período entre a análise do processo e a publicação da
116 respectiva portaria a SESA não assumirá o custeio dessa solicitação de habilitação.

117 **Deliberação nº 023/2020 – Aprova “Ad referendum”** a solicitação do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo,
118 CNPJ 77.893469/0001-21, CNES 2741989, no município de Guarapuava-PR, para habilitação de 06 (seis) leitos de
119 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronariana Tipo II, cujo impacto financeiro será de R\$ 78.629,76 (setenta e oito mil,
120 seiscentos e vinte e nove reais e setenta e seis centavos) ao mês e R\$ 943.557,12 (novecentos e quarenta e três mil e

4

121 quinhentos e cinquenta e sete reais e doze centavos) ao ano **a ser assumido pelo Ministério da Saúde**, sendo que no
 122 período entre a análise do processo e a publicação da respectiva portaria a SESA não assumirá o custeio dessa
 123 solicitação de habilitação.

124 **Deliberação nº 024/2020 – Aprova “Ad referendum”** a solicitação do Hospital Regional Cristo Rei, CNES 2733579,
 125 CNPJ 75.349.795/0001-47, do município de Astorga-PR/15ª Regional de Saúde, para habilitação de 25 (vinte e cinco)
 126 leitos como Unidade de Internação em Cuidados Prolongados – UCP (Código 09.08), cujo impacto financeiro será de
 127 R\$ 148.661,46 (cento e quarenta e oito mil, seiscentos e sessenta e um reais e quarenta e seis centavos) ao mês, e de
 128 R\$ 1.783.937,50 (um milhão, setecentos e oitenta e três mil, novecentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos) ao
 129 ano, a ser assumido pelo Ministério da Saúde, sendo que no período entre a análise do processo e a publicação da
 130 respectiva portaria a SESA não assumirá o custeio dessa solicitação de habilitação.

131 **2.3 Expansão SAMU Regional Campos Gerais**

132 **Deliberação nº 013/2020 – Aprova “Ad Referendum”** a expansão do SAMU Regional Campos Gerais com
 133 implantação de uma base descentralizada nos municípios de Ortigueira-PR e de Ventania-PR, conforme quadro abaixo:

MUNICÍPIO	USB
Ortigueira	01
Ventania	01
Total	02

134 **2.4 Readequação da Rede Física – Portaria GM/MS nº 3.583/2018**

135 **Deliberação nº 016/2020 – Aprova “Ad Referendum”** o pleito do município de Santo Antônio do Sudoeste-PR para
 136 readequação do espaço físico do imóvel originalmente destinado à Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h para
 137 Centro Municipal de Especialidades – Farmácia Municipal e Centro de Educação Permanente em Saúde.

138 **2.5 Comissões de Acompanhamento dos Serviços Habilitados em Oncologia**

139 **Deliberação nº 017/2020 – Aprova** a retificação da Deliberação CIB/PR nº 179 de 13/12/2019, conforme segue:

140 **Onde se lê:**

141 4. O monitoramento será realizado quadrimestralmente, pelo período de 12 meses, nos seguintes meses, da seguinte
 142 forma:

Mês de avaliação	Meses a serem avaliados
Março	Novembro, dezembro/2019, janeiro, fevereiro/2020
Julho	Março, abril, maio, junho/2020
Novembro	Julho, agosto, setembro, outubro/2020

143 **Leia-se:**

144 4. O monitoramento será realizado quadrimestralmente, pelo período de 12 meses, nos seguintes meses, da seguinte
 145 forma:

Mês de avaliação	Meses a serem avaliados
Abril	Dezembro/2019, Janeiro/2020, Fevereiro/2020 e Março/2020
Agosto	Abril, Maio, Junho e Julho de 2020
Dezembro	Agosto, Setembro, Outubro e Novembro de 2020

146 **2.6 Retificação de informação do Plano de Ação Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

147 **Deliberação nº 020/2020 – Aprova “Ad Referendum”** a retificação da informação que consta no Plano de Ação
 148 Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Paraná no que diz respeito a natureza jurídica da **Associação**
 149 **Franciscana de Educação ao Cidadão Especial – AFECE**, na cidade de Curitiba, de natureza jurídica pública **para**
 150 **natureza jurídica Entidade Sem Fins Lucrativos, conforme SCNES.**

151 **2.7 Retificação da Deliberação CIB/PR nº 151/2019 – Piso Fixo de Vigilância em Saúde**

152 **Deliberação nº 018/2020** – Aprova “*Ad Referendum*” a retificação da Deliberação CIB/PR nº 151 de 07/11/2019,
153 conforme abaixo:

154 **ONDE SE LÊ**

155 1- Os valores para o novo Piso Fixo de Vigilância em Saúde, para o Estado do Paraná, no valor de R\$ 37.923.120,26,
156 (Trinta e sete milhões novecentos e vinte e três mil cento e vinte reais e vinte e seis centavos), conforme ANEXO I;

157 a- R\$ 7.621.064,94 (Sete milhões seiscentos e vinte e um mil sessenta e quatro reais e noventa e quatro centavos) a
158 serem repassados do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde;

159 b- R\$ 30.302.055,30 (Trinta milhões, trezentos e dois mil cincoenta e cinco reais e trinta centavos), a serem repassados
160 do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

161 2 – Que os 29 (vinte e nove) municípios que não possuem ACE cadastrados no SCNES recebam 100% do Piso
162 Fixo de Vigilância em Saúde, conforme valor no ANEXO I.

163 Os municípios são: Adrianópolis, Agudos do Sul, Antonina, Bandeirantes, Bocaiuva do Sul, Cafeara, Carlópolis,
164 Cerro Azul, Contenda, Coronel Domingos Soares, Cruz Machado, Doutor Ulysses, Farol, Fernandes Pinheiro,
165 Formosa do Oeste, Iracema do Oeste, Londrina, Nova Fátima, Paranapoema, Paulo Frontin, Quatro Barras,
166 Querência do Norte, Quitandinha, Rancho Alegre, Reserva do Iguaçu, Rio Branco do Sul, Rondon, Sulina e
167 Tunas do Paraná.

168 **LEIA-SE**

169 1- Os valores para o novo Piso Fixo de Vigilância em Saúde, para o Estado do Paraná, no valor de R\$ 37.923.120,26,
170 (Trinta e sete milhões novecentos e vinte e três mil cento e vinte reais e vinte e seis centavos), conforme ANEXO I;

171 a- R\$ 7.615.471,34 (Sete milhões seiscentos e quinze mil quatrocentos e setenta e um reais e trinta quatro centavos) a
172 serem repassados do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde;

173 b- R\$ 30.307.648,92 (Trinta milhões, trezentos e sete mil seiscentos e quarenta e oito reais e noventa e dois centavos),
174 a serem repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

175 2 – Que os 29 (vinte e nove) municípios que não possuem ACE cadastrados no SCNES recebam 100% do Piso Fixo de
176 Vigilância em Saúde, conforme valor no ANEXO I.

177 Os municípios são: Adrianópolis, Agudos do Sul, Antonina, Bandeirantes, Bocaiuva do Sul, Cafeara, Carlópolis, Cerro
178 Azul, Contenda, Coronel Domingos Soares, Cruz Machado, Doutor Ulysses, Farol, Fernandes Pinheiro, Formosa do
179 Oeste, Iracema do Oeste, Londrina, Nova Fátima, Paranapoema, Paulo Frontin, Quatro Barras, Querência do Norte,
180 Quitandinha, Rancho Alegre, Reserva do Iguaçu, Rio Branco do Sul, Rondon, Sulina e Tunas do Paraná.

181 3 – Que os municípios que não possuem ACE cadastrados no SCNES, se, ou quando vierem a fazê-lo, a CIB Estadual
182 realizará nova pactuação dos valores do Piso Fixo de Vigilância em Saúde.

183 **2.8 Saldos dos Recursos Financeiros FES para despesas relacionadas ao atual estado de emergência pública**
184 **no Paraná**

185 **Deliberação nº 027/2020** – Aprova “*Ad Referendum*” que os saldos dos recursos financeiros depositados pelo Fundo
186 Estadual de Saúde na Conta Corrente Única de Custeio, oriundos dos Programas Estratégicos da Secretaria de Estado
187 da Saúde, poderão ser aplicados para custear as despesas relacionadas ao enfrentamento do atual estado de
188 Emergência de Saúde Pública no Paraná.

- 189 • Caso haja necessidade de ampliar a força de trabalho em função da situação emergencial que o Paraná se
190 encontra, esta despesa, também poderá ser realizada, com os recursos, respeitando o Art. 16 da Lei Federal
191 12.994/2014, que assim dispõe: “É vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de

192 Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma da lei
193 aplicável”.

- 194 • Os saldos remanescentes são para dar cobertura às despesas correlatas a atual situação de emergência em saúde
195 pública que o Paraná está passando neste atual momento, sendo vedada pagamentos de despesas administrativas
196 da Secretaria Municipal de Saúde, assim como remuneração do pessoal ativo incluindo os encargos sociais.

197 **2.9 Recursos Federais destinados às ações de saúde para enfrentamento do Coronavírus - COVID-19**

198 **Deliberação nº 028/2020 – Aprova “Ad Referendum”:**

199 1. A distribuição do valor de R\$ 23.077.036,00 (Vinte e três milhões e setenta e sete mil e trinta e seis reais), sendo R\$
200 8.578.184,72 (Oito milhões quinhentos e setenta e oito mil cento e oitenta e quatro reais e setenta e dois centavos) para
201 os municípios com a gestão total dos recursos federais do MAC e R\$ 14.498.851,28(Quatorze milhões quatrocentos e
202 noventa e oito mil oito oitocentos e cinquenta e um reais e vinte e oito centavos) ao Teto MAC Estadual, para realização
203 do fortalecimento dos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS para responder à situação emergencial para
204 enfrentamento do coronavírus;

205 2. Para a distribuição do recurso foi considerada a estimativa populacional per capita por município, conforme projeção
206 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2020, conforme Anexo I;

207 3. Para a definição dos municípios contemplados com repasse foi utilizado como critério possuir a gestão total dos
208 recursos federais de média e alta complexidade – teto MAC, a utilização dos recursos está condicionada ao plano de
209 contingência dos municípios;

210 4. Os recursos alocados sob gestão estadual serão utilizados para custeio de atendimentos de média e alta
211 complexidade hospitalar por meio de custeio de leitos de UTI e de retaguarda clínica;

212 5. Tendo em vista que a próxima parcela dos recursos federais de média e alta complexidade – teto MAC será
213 depositada aos gestores municipais e estadual somente na primeira semana de maio/2020 e, devido a situação de
214 emergência para enfrentamento do coronavírus, o repasse se dará por meio de resolução SESA específica na
215 modalidade fundo a fundo.

216 **Deliberação nº 029/2020 – Aprova “Ad Referendum”**

217 1. A distribuição do valor de R\$ 32.665.541,83 (Trinta e dois milhões e seiscentos e sessenta e cinco mil e quinhentos e
218 quarenta e um reais e oitenta e três centavos) para realização do fortalecimento dos serviços ambulatoriais e
219 hospitalares do SUS para responder à situação emergencial para enfrentamento do Coronavírus – COVID 19;

220 2. Para a distribuição do recurso foi considerada a estimativa populacional per capita por município, conforme estimativa
221 populacional segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2018,

222 3. Será realizado repasse do valor de R\$ 2,00 per capita para os 399 municípios do Paraná, perfazendo o total de R\$
223 22.697.874,00 (Vinte e dois milhões, seiscentos e noventa e sete mil e oitocentos e setenta e quatro reais) e o valor res-
224 tante de R\$ 9.967.667,83 (Nove milhões, novecentos e sessenta e sete mil, seiscentos e sessenta e sete reais e oitenta
225 e três centavos), para a Gestão Estadual, conforme ANEXO I.

226 **Carlos** aproveitou o assunto da Covid-19 para pedir que a SESA esclarecesse sobre os testes para Covid-19 que esta-
227 vam aprovados, de forma a orientar os municípios, e reforçou aos municípios o cuidado na compra destes testes para
228 que não houvesse problemas na sequência, com gasto indevido de recursos ou mesmo uso de testes não validados.
229 Esclareceu que os testes enviados pelo Ministério da Saúde para os municípios primeiro chegavam ao estado para de-
230 pois serem distribuídos aos municípios. **Nestor** sugeriu que os municípios encaminhassem para SESA as marcas dos
231 testes que estavam recebendo para que a Secretaria pudesse se posicionar sobre a validação ou não deles. Em segui-
232 da, esclareceu que haviam dois tipos de testes: sorológico e molecular (PCR), e explicou que ambos poderiam ou não
233 ser testes rápidos – o que estava relacionado com o tempo para se ter o resultado. Explicou que os testes rápidos for-

234 neciam resultado entre 10 e 15 minutos após a coleta. Relatou que no Paraná havia sido desenvolvido, pela FioCruz em
235 parceria com o IBM e seguindo o protocolo de Berlim, um teste molecular, ou seja, que detectava a presença do vírus
236 na amostra coletada. Sobre o tipo sorológico, explicou que utilizando coleta de sangue, analisava a passagem da doen-
237 ça pelo indivíduo – rastro sorológico que o vírus deixa. Salientou, porém, que estes testes só tinham resultados precisos
238 após 9 dias do início dos sintomas. Desta forma, concluiu que o teste sorológico era mais eficaz para um rastreamento epide-
239 miológico e o PCR servia para detecção do vírus no período em que o paciente estava infectado e transmitindo a doen-
240 ça. Nestor afirmou que havia perspectiva de o estado receber grande quantidade de testes e, assim, orientou que os
241 municípios não tomassem decisões isoladas de compra, já que poderiam juntos pactuar e distribuir os testes conforme
242 as demandas e situações epidemiológicas em cada região. Sobre os EPIs, lembrou que a atenção à saúde acontecia
243 nos municípios e que, portanto, os equipamentos eram distribuídos para os municípios. Explicou que a quantidade res-
244 trita enviada se devia à própria restrição de disponibilidade deles, reforçando que, na medida do possível, da disponibili-
245 dade, o estado encaminharia equipamentos para as regiões. **Carlos** disse que os municípios sabiam da dificuldade para
246 se conseguir equipamentos, mas, solicitavam celeridade aos processos de compra, já que os profissionais da assistên-
247 cia estavam expostos e alguns já adoecendo. Passando para as apresentações, **Nestor** pediu a inclusão de dois pontos
248 de pauta – “uso da cloroquina” e “Projeto de Lei nº 232/2019, que trata dos recursos remanescentes nas contas dos
249 Fundos Estaduais e Municipais de Saúde referentes às transferências do governo federal”. **Carlos** concordou e em se-
250 guida deram sequência aos itens da pauta. **3. Apresentações. 3.2. Novo Coronavírus – Covid-19 – Situação Epide-
251 miológica e Estratégias do Estado – SESA/DAV/DGS. Maria Goretti** cumprimentou os participantes da reunião, falou
252 de sua satisfação em coordenar o COE, que contava com apoio de áreas técnicas da SESA-PR, COSEMS, represen-
253 tantes dos consórcios intermunicipais de saúde, Defesa Civil e, ainda, em algumas reuniões, convidados da Universida-
254 de Federal do Paraná. Disse que o COE se reunia diariamente às 15 horas na SESA-PR. Avisou que devido a algumas
255 dificuldades de comunicação, o número do CIEVS tinha sido alterado para (41) 99117-0444, e, que a Ouvidoria da
256 SESA tinha sido ampliada e estava atendendo 24 horas pelo número 0800-6444414. Na sequência, seguiu com a apre-
257 sentação da situação da Covid-19 no mundo e no estado. Mostrou que a doença já atingia todos os cinco continentes,
258 tendo alcançado mais de 803.000 casos confirmados, 39.014 óbitos e 172.657 recuperados até aquele momento. Des-
259 tacou que 80% dos casos confirmados eram casos leves da doença, 20% eram casos moderados a graves e destes,
260 5% eram casos graves com rápida evolução dos sintomas e necessidade de internação em Unidades de Terapia Inten-
261 siva (UTI). Informou que no Brasil haviam 4.579 casos confirmados e 159 óbitos por Covid-19, o que representava uma
262 taxa de letalidade de 3,5%. Apresentou mapa do Paraná com a concentração de casos da doença, mostrando que a do-
263 ença estava já pulverizada no estado, e, pediu o apoio dos diretores das Regionais de Saúde e das equipes de vigilân-
264 cia e de assistência à saúde das Regionais e dos municípios para trabalharem conjuntamente no acompanhamento dos
265 casos, definição de tratamento e bloqueio, assim como, de estratégias de prevenção. Frente a inúmeros questionamen-
266 tos que a SESA havia recebido sobre os dados publicados nos boletins, Goretti explicou que desde a semana anterior ti-
267 nham começado a utilizar a informação do GAL – Gerenciador do Ambiente Laboratorial, o sistema alimentado na coleta
268 de exames enviados ao Lacen. Contextualizou que as notificações anteriormente feitas no REDCap passariam a ser fei-
269 tas no E-SUS VE (Vigilância Epidemiológica), que estava em sua primeira etapa de implantação em todo o país, porém,
270 ainda com algumas dificuldades no funcionamento. Desta forma, afirmou que foi feita a opção de uso do GAL a fim de
271 monitorar os casos processados no Lacen. E disse que as divergências nos dados se davam porque os serviços de
272 saúde ou municípios não notificavam os casos ou notificavam e não coletavam amostras. Destacou que Giórgia –
273 Cosems havia feito um vídeo para orientar os municípios sobre o assunto e reforçou a importância da correta notifica-
274 ção e coleta de amostras. Informou que o Núcleo de Informática da SESA-PR estava concluindo a elaboração de um
275 sistema próprio para integração das informações do E-SUS VE, do SIVEP-Gripe e do GAL, conseguindo, assim, maior

276 fidedignidade dos dados. Apontou o total de 185 casos confirmados de Covid-19 no Paraná, sendo que 6 destes pacien-
277 tes eram residentes de fora do estado. Goretti apresentou gráfico dos casos de COVID-19 por município de residência
278 no Paraná e salientou que já haviam casos nos municípios do interior do estado. Mostrou que dos exames analisados
279 pelo Lacen como suspeita de Covid-19, 57,16% eram positivos para Rinovírus, 19,1% para Coronavírus SARS-CoV2 e
280 o restante, outros vírus. Goretti falou que até aquele momento tinham sido realizados 3.103 exames para Covid-19 pelo
281 Lacen, tendo sido 949 para o município de Curitiba. Mostrou que a frequência dos casos confirmados por faixa etária
282 até aquele momento era diferente do que era visto em outros países, com maior concentração de casos na faixa etária
283 de 30 a 59 anos e poucos casos na população acima de 70 anos. Ao apresentar a frequência dos casos confirmados
284 por sexo no estado, mostrou que não havia diferença significativa entre homens e mulheres. Salientou, de acordo com a
285 frequência de casos confirmados segundo histórico de viagem, que indicava 56% de casos de pacientes que não ti-
286 nham viajado, que o Paraná ainda não tinha transmissão comunitária da doença, apesar de já ter transmissão local.
287 afirmou que o Paraná já contava com alguns laboratórios privados habilitados realizando os testes para confirmação de
288 casos da doença. E, por fim, reforçou a importância de os serviços notificarem adequadamente os casos suspeitos de
289 Covid-19. Na sequência, **Vinicius**, Diretor de Gestão em Saúde – SESA, deu início à apresentação da organização da
290 assistência hospitalar para o enfrentamento da doença. Reforçou a necessidade do trabalho conjunto e estratégico para
291 enfrentamento da pandemia, destacando a competência dos gestores e equipes técnicas no estado do Paraná. afirmou
292 que a definição da estratégia de atendimento hospitalar escolhida pelo Paraná considerava que 20% dos pacientes con-
293 firmados com Covid-19 precisariam de internamento hospitalar, e, destes, aproximadamente $\frac{3}{4}$ poderia ser atendidos
294 em enfermaria e $\frac{1}{4}$ precisaria de atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Considerando que não havia tra-
295 tamento especializado para doença e que 80% dos casos não precisariam de tratamento hospitalar, afirmou que o Para-
296 ná não trabalhava com uma rede de referência hospitalar exclusiva para Covid-19, mas, com unidades hospitalares que
297 implantariam áreas de tratamento exclusivas para Covid-19. Explicou que isso não significava que toda rede assistenci-
298 al restante estivesse desonerada de atender a doença, e afirmou que todas as unidades de saúde, unidades de pronto
299 atendimento e hospitais manteriam os atendimentos aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Vinicius disse que
300 o Paraná pretendia definir a menor quantidade possível de hospitais com unidades exclusivas para tratamento da Co-
301 vid-19, porque apesar da epidemia, as outras demandas de saúde continuavam existindo no estado, e o sistema de
302 saúde não deveria ser paralisado. Informou que, de acordo com o primeiro levantamento feito, o Paraná poderia ter ini-
303 cialmente 931 leitos de UTI e 2.072 leitos de enfermaria dedicados exclusivamente à Covid-19 – leitos localizados em
304 77 unidades hospitalares. Reforçou que, independente de ter uma unidade exclusiva para Covid-19, qualquer hospital
305 ou unidade de saúde que recebesse paciente com suspeita de Covid-19 deveria prestar o atendimento, considerando
306 que tratava-se de uma doença infectocontagiosa e que, portanto, deveria ser atendida como tal, com os devidos cuida-
307 dos. E, disse que se chegasse o momento em que estas unidades não conseguissem mais atender estes pacientes, po-
308 deriam ser encaminhados aos hospitais com unidades exclusivas Covid-19. Contou que naquele momento o Paraná
309 contava com 23 hospitais com alas de UTI exclusivas para Covid-19 e mais 9 hospitais com alas de enfermarias dedica-
310 das exclusivamente à doença. Explicou que estes hospitais tinham leitos de enfermaria e de UTI na proporção de 3 para
311 1 ou 2 para 1, e afirmou que a ativação dos leitos potenciais seria feita conforme observada a incidência progressiva de
312 doentes. Ressaltou que os municípios tinham elaborado ou estavam concluindo seus planos municipais de contingência
313 para enfrentamento da Covid-19, definindo fluxo de atendimento. Lembrou que não haveria hospital especializado em
314 Covid-19 em todos os municípios do estado, e, portanto, o acesso dos pacientes seria regulado pelo Complexo Regula-
315 dor. Informou que na noite anterior o Ministério da Saúde havia confirmado o pagamento adicional de diárias de UTI
316 para leitos novos e disse que a SESA faria um esforço para poder financiar os leitos já habilitados. Relatou que uma das
317 Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde abria a possibilidade de Hospitais de Pequeno Porte ofertarem leitos de

318 retaguarda clínica para os pacientes. E salientou que até o final da tarde teriam de enviar ao Ministério a Deliberação da
319 CIB-PR aprovando o pleito para habilitação dos novos leitos de UTI. Concluindo, Vinícius resumiu que a estratégia de
320 assistência hospitalar do Paraná para enfrentamento da Covid-19 definia que todos os hospitais poderiam atender os
321 casos suspeitos e confirmados da doença e que alguns hospitais teriam unidades exclusivas para tal atendimento, lem-
322 brando que, se excluído o diagnóstico de Covid-19 de um paciente internado nestas unidades exclusivas, o paciente de-
323 veria ser retirado imediatamente da unidade. Sobre os hospitais de campanha, Vinícius afirmou que no Paraná seriam
324 uma estratégia apenas caso as estruturas hospitalares existentes não pudessem mais dar suporte aos pacientes, expli-
325 cando que organizar atendimento de terapia intensiva em hospitais de campanha era bastante complexo, já que pressu-
326 punha muitos outros serviços e equipamentos além da ventilação mecânica. **Carlos** perguntou se os municípios teriam
327 autonomia para solicitar as habilitações diretamente ao Ministério da Saúde. **Vinícius** esclareceu que a habilitação do
328 leito seria feita pelo gestor do leito, salientando que o Ministério da Saúde exigia a aprovação do pleito pela CIB, e, por-
329 tanto, a solicitação passaria por uma discussão colegiada. Disse que com o primeiro pedido de habilitação feito, a ex-
330 pectativa era de ratificar pelo Ministério da Saúde um total de 420 leitos adicionais. Salientou que apesar de não saber
331 se o Ministério da Saúde conseguiria habilitar todos, não havia nenhum impedimento para o município fazer o pleito di-
332 retamente ao Ministério. Ressaltou que era necessário avaliar se a habilitação era realmente imprescindível, considerar
333 a quantidade de leitos já existentes na região, pensando o critério de equidade – afirmou que um hospital, por definição,
334 podia ser municipal, mas, que qualquer hospital era minimamente microrregional, e, portanto, deveria atender uma regi-
335 ão. Continuou dizendo que o tratamento específico da Covid-19, que não era alta complexidade, precisava estar dispo-
336 nível para todo cidadão paranaense e, portanto, era necessário que houvesse rapidamente uma definição entre SESA e
337 municípios para determinar o processo de regulação destes leitos. **Vinícius** disse que o Ministério da Saúde havia sina-
338 lizado, até aquele momento, a habilitação de leitos de terapia intensiva e de enfermaria em hospitais de pequeno porte,
339 mas, ainda não havia tratado da habilitação para enfermaria em hospitais de maior porte. Afirmou que o estado preten-
340 dia financiar leitos de enfermaria em hospitais cujos leitos de UTI estavam habilitados pelo Ministério da Saúde, enten-
341 dendo que cada região precisaria ter quantidade proporcional de leitos de UTI e de enfermaria. Disse que a SESA tenta-
342 ria atender a maior quantidade possível de leitos de enfermaria que pudesse, mas, considerando que havia um limitante
343 orçamentário e que a decisão de inclusão desses leitos no planejamento do financiamento do estado era uma prerroga-
344 tiva do estado – analisar e fazer a distribuição do recurso. **Cleide**, Secretária Municipal de Saúde de Corbélia, contextu-
345 alizou que em seu município havia um hospital de 35 leitos, que era referência para 57.000 habitantes dos municípios
346 da microrregião de saúde, e que há 2 semanas haviam montado um hospital de retaguarda em uma unidade básica de
347 saúde, com 21 leitos, para atendimento da Covid-19, e, ainda, que o pronto atendimento municipal estava sobrecarrega-
348 do atendendo a microrregião de saúde. Afirmou que o município se organizava para construção de um hospital de cam-
349 panha com 51 leitos, considerando que o hospital existente estava sobrecarregado, atendendo muitos pacientes com
350 dengue e pacientes crônicos. Porém, disse do receio de falta de recursos e de estrutura, e, com isso, pediu que o esta-
351 do estivesse atento a esta situação, considerando os pacientes com quadro moderado a leve de Covid-19, que precisa-
352 riam da assistência hospitalar mas não, de leitos de UTI. **Vinícius** reconheceu tratar-se de um pleito justo e necessário,
353 mas afirmou que o estado não teria condições de atender a todos os pleitos. Disse que era necessário ser realista, con-
354 textualizou que o estado não tinha estoque infundável de equipamentos para fornecer para os municípios, e, portanto, te-
355 ria que ser comprado, o que significava um custo. Afirmou que o estado não teria como arcar com todos os custos para
356 atendimento de todas as demandas e que a prioridade era a assistência ventilatória, já que pacientes poderiam morrer
357 por falta dela. Afirmou que era necessário acompanhar a evolução dos casos, para definir estratégias, mas reforçou que
358 não seria possível atender indistintamente todos os pleitos sem observar o cenário regional. Orientou que os pleitos fos-
359 sem formalizados ao estado e, então, seriam analisados. Salientou, novamente, que a prioridade eram os leitos de tera-



10

360 pia intensiva. Afirmou que o estado não era insensível às necessidades dos municípios, mas que se tratava de capaci-
361 dade efetiva de ação. **Juliana Eggers**, da Coordenação de Contratualização de Cuidados em Saúde/DGS/SESA, apre-
362 sentou resumo das últimas Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que tratavam de recursos e habilitações para
363 estados e municípios em relação ao enfrentamento da Covid-19, e, da Resolução SESA nº 340/2020, que tratava do fi-
364 nanciamento para leitos de UTI e de enfermaria. Citou a Portaria nº 395, de 16 de março de 2020, que estabeleceu re-
365 curso no Bloco de Custeio de Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo MAC para os estados e municípios, para
366 fortalecimento de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares para o enfrentamento da Covid-19. Informou que esta Porta-
367 ria havia destinado R\$ 23.077.036,00 (vinte e três milhões, setenta e sete mil e trinta e seis reais) para o estado do Pa-
368 raná, que definiu uma divisão de 2 reais *per capita*, com base na população IBGE 2020, mas, não atendeu a todos mu-
369 nicípios pois foram elencados apenas aqueles que tem gestão do Teto MAC e capacidade de ampliação de leitos de UTI
370 e enfermaria naquele momento. Como o repasse desta Portaria se daria via Teto MAC apenas na primeira semana de
371 maio/2020, o estado fez a Resolução SESA nº 363/2020, que definiu o repasse fundo a fundo e o recurso chegou na
372 conta dos municípios naquele dia. Sobre a Portaria nº 480/2020, explicou que destinou, da mesma forma, mais um re-
373 curso de custeio para fortalecimento de serviços ambulatoriais e hospitalares, destinando R\$ 32.665.541,83 (trinta e
374 dois milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil e quinhentos e quarenta e um reais e oitenta e três centavos) para o es-
375 tado do Paraná, considerando que deveria ser repassado no mínimo 2 reais *per capita* e no máximo 5 reais *per capita*
376 para cada município. No Paraná ficou definido o repasse de 2 reais *per capita* para cada município e o restante do valor
377 ficou na gestão do estado. Informou que este recurso já estava no Teto dos municípios. Citou a Portaria nº 414, de 18
378 de março de 2020, que definia a habilitação de até 2.540 leitos de UTI Adulto e Pediátrico no Brasil – uma habilitação
379 excepcional, por 90 dias, podendo ser prorrogada, com previsão de custeio de diária de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por
380 leito. Juliana afirmou que quando da publicação desta Portaria, a SESA contactou gestores municipais e hospitais e já
381 enviou por Ofício o pedido de habilitação de 503 leitos de UTI Adulto e 23 de UTI Pediátrico, porém, explicou que o Mi-
382 nistério da Saúde havia informado no dia anterior que não aceitaria o pedido por Ofício e que era necessário o envio da
383 Deliberação CIB pactuando o quantitativo de leitos. Disse, porém, que o quantitativo já havia sido alterado e que estaria
384 embasado na proposta apresentada por Vinícius. Citou, ainda, a Portaria nº 568/2020, que também tratava de habilita-
385 ção de leitos de UTI, porém, só Adulto, e solicitava a relação de hospitais, número de leitos, equipamentos e recursos
386 humanos disponíveis. Juliana disse que como ela não revogava a Portaria anterior, o Ministério da Saúde havia informa-
387 do que esta Portaria seria retificada ou revogada e a que permaneceria vigente era a Portaria nº 414/2020. Em seguida,
388 falou da Portaria nº 561, de 26 de março de 2020, que tratava do uso de leitos de hospitais de pequeno porte para cui-
389 dados prolongados em atendimento de pacientes crônicos oriundos dos hospitais de referência para Covid-19, e, como
390 critério, definia que os hospitais tivessem entre 31 e 49 leitos, desde que tivesse leito SUS. Afirmou que tratava-se de
391 uma autorização temporária e solicitava que fosse encaminhado pelo gestor a relação de estabelecimentos hospita-
392 res, o quantitativo de leitos, e recursos humanos disponíveis para o funcionamento desses leitos. Juliana informou que,
393 segundo o Ministério da Saúde, uma vez que o hospital fosse habilitado, todos os leitos ficariam disponíveis para Covid-
394 19. Assim, explicou que foi feito um levantamento pelo CNES de quais seriam os hospitais elegíveis, enviaram para as
395 Regionais de Saúde para que verificassem junto aos serviços aqueles que tinham condições de atendimento e que re-
396 tornassem a informação para DGS/SESA até dia 03/04/2020, para que fosse enviado ao Ministério da Saúde. Falou
397 também da Portaria nº 237/2020, que incluía a habilitação de leito de UTI Covid Adulto e UTI Covid Pediátrico e definia
398 as diárias de UTI no valor de oitocentos reais para estes leitos novos; e, da Portaria nº 245/2020, que incluía procedi-
399 mento para tratamento clínico da Covid-19, definindo R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por procedimento, com média
400 de permanência de até cinco dias, para leito clínico ou pediátrico – média complexidade e não exige habilitação. Disse
401 que, segundo informação do Ministério da Saúde, seria feita Nota Técnica com relação a esta Portaria, para orientar so-

402 bre o procedimento. Assim, orientou que as Regionais também aguardassem as orientações do Ministério da Saúde
403 para maior esclarecimento. Por fim, falou da Resolução SESA nº 340/2020, pensada para abarcar os leitos de UTI e de
404 enfermaria exclusivos para Covid-19, com a proposição de uma diária de oitocentos reais para leitos de UTI para quan-
405 do não houver habilitação nem qualificação. Juliana disse que o estado poderia complementar para chegar a oitocentos
406 reais os leitos de UTI habilitados que fossem definidos como exclusivos para Covid-19, e que os leitos de enfermaria
407 que não tivessem a qualificação do Ministério da Saúde como retaguarda clínica, também poderiam ser pagos. Afirmou
408 que o estado estaria, assim, pagando pela disponibilidade do leito, diferente do que acontecia até aquele momento, que
409 o Ministério de Saúde pagava por produção. Explicou que para conseguir este financiamento, os gestores deveriam en-
410 caminhar o pedido de adesão, que seria avaliado em conjunto com o plano de contingência, e assim que recebida a
411 adesão e o leito do estabelecimento estivesse ativado, poderia começar a atender os pacientes, e o gestor providencia-
412 ria os contratos com o prestador. Disse que para os prestadores sob gestão da SESA o repasse seria feito por meio de
413 contrato, e, para prestadores sob gestão do município, na modalidade fundo a fundo. **Vinicius** informou que o quadro
414 de leitos que apresentou estaria na página da SESA no link Coronavírus – Covid-19, e que seria atualizado conforme
415 houvesse alterações. **Carlos** disse que o recurso referente à Portaria nº 480/2020 já estava disponível nas contas dos
416 municípios e o recurso da Portaria nº 395/2020 deveria também chegar aos municípios naquele mesmo dia. Orientou
417 que os municípios verificassem suas contas. **Vinicius** citou, ainda, a Resolução SESA nº 338/2020, que recomendava a
418 suspensão temporária e consequente reagendamento dos procedimentos de cirurgia eletiva para todos os serviços hos-
419 pitalares do Estado do Paraná, excepcionando-se à regra os casos em que os pacientes apresentassem risco elevado
420 de prejuízo funcional ou de sequela definitiva, a critério de seu médico. Disse que naquele dia seria publicada a Resolu-
421 ção SESA nº 395/2020, que determinava o cancelamento imediato de todas as cirurgias bariátricas nos prestadores da
422 SESA-PR, considerando que cada paciente operado ocupava em média um dia e meio de leito de UTI e com o cancela-
423 mento dos procedimentos conseguiriam maior disponibilidade de leitos de terapia intensiva. Disse que a SESA sugeria
424 que os municípios com gestão de seus prestadores pudessem também avaliar tal questão e definir a aplicabilidade ou
425 não do mesmo critério. Na sequência, **Margely**, diretora do Cemepar, falou sobre o uso da cloroquina e a disponibili-
426 de da medicação para tratamento dos pacientes internados por Covid-19. Contextualizou que na semana anterior o Mi-
427 nistério da Saúde havia publicado nota informativa sobre o fornecimento do medicamento cloroquina. Explicou que o
428 medicamento seria disponibilizado para uso a critério médico em pacientes acometidos da forma grave da Covid-19 –
429 pacientes hospitalizados. Disse que já haviam entrado em contato com as Regionais de Saúde no mesmo dia em que
430 foi publicada a nota, orientando para que deixassem o estoque disponível com o plantão da epidemiologia para caso
431 houvesse solicitação no final de semana. Margely contou que o medicamento tinha sido enviado pelo Ministério da Saú-
432 de no final de semana e que já haviam iniciado a distribuição para as 22 Regionais de Saúde. Relatou que apresenta-
433 ram no COE, no dia anterior, uma nota com todas as informações definidas pelo Ministério da Saúde e a definição da
434 estratégia para distribuição da medicação. Explicou que o Cemepar enviaria o medicamento para Regional, que deixaria
435 na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). A CAF, por sua vez, deixaria estoque estratégico nos Hospitais que já
436 possuem leitos de UTI para Covid-19 disponíveis, elencados na apresentação de Vinicius Filipak, além de deixar esto-
437 que com o plantão da epidemiologia e ficar com um estoque estratégico para necessidade de reposição para os hospi-
438 tais. Informou que neste primeiro momento o Ministério havia enviado 17.000 tratamentos. Contou que na Nota também
439 tinha sido inserida uma planilha da relação dos pacientes – para preenchimento com os nomes dos pacientes para
440 quem os hospitais forneceram medicamento. Por fim, leu o seguinte trecho da Nota: “A medida adotada pelo Ministério
441 da Saúde considera que não existe outro tratamento específico eficaz disponível até o momento. Importante ressaltar
442 que há dezenas de estudos clínicos nacionais e internacionais em andamento, avaliando a eficácia e segurança de clo-
443 roquina/hidroxicloroquina para infecção por Covid-19, bem como outros medicamentos, e, portanto, essa medida poderá

444 ser modificada a qualquer momento, a depender de novas evidências científicas.” **Nestor** agradeceu a apresentação de
445 Margely, disse que estava muito claro o fluxo da distribuição do medicamento, em conformidade com as orientações do
446 Ministério da Saúde. Reforçou que a medicação seria apenas para os pacientes internados, destacando que a cloroqui-
447 na não era remédio para a Covid-19, que não curava as pessoas, e que algumas evidências científicas indicavam que
448 pacientes com quadro mais grave da doença poderiam ter alguma melhora com o uso da medicação. Ressaltou que o
449 uso da cloroquina teria de ser acordado entre o médico assistente e a família do paciente. Foi questionado se diante de
450 casos suspeitos de coronavírus em que o paciente apresentasse pneumonia seria feito tratamento conservador como
451 em qualquer caso de pneumonia ou se havia alguma contraindicação para o coronavírus. **Nestor** respondeu que a ori-
452 entação da SESA, pautada em evidências científicas, era de que deveria se continuar o tratamento médico normalmen-
453 te, já que a cloroquina não excluía nenhum tipo de tratamento, sendo apenas associada a um tratamento já em anda-
454 mento. Para esclarecimento, leu o seguinte trecho da Nota: “A escolha da antibioticoterapia ficará a critério da equipe
455 médica do hospital, de acordo com as recomendações da comissão de infecção hospitalar local.” **3.3. Campanha Naci-**
456 **onal de Vacinação Contra Gripe e Sarampo – SESA/DAV.** **Vera**, da Divisão de Vigilância do Programa de
457 Imunização/SESA, informou que, considerando que o vírus continuava circulando no estado e que naquela última sema-
458 na houve aumento do número de casos da doença no estado, e que a orientação do Programa Nacional de Imunização
459 (PNI/MS) para vacinação indiscriminada contra o sarampo na população de 20 a 49 anos, a SESA havia prorrogado a
460 campanha de vacinação contra o sarampo de forma indiscriminada para os grupos na faixa etária de 20 a 29 anos de
461 idade, e tinha incorporado novos grupos etários, conforme proposta do PNI/MS: faixa etária de 30 a 49 anos de idade.
462 Vera orientou que, em meio a pandemia do novo coronavírus, os municípios deviam aproveitar a oportunidade para va-
463 cinar indiscriminadamente contra o sarampo as pessoas de 20 a 49 anos no período de 23 de março a 22 de maio de
464 2020 as pessoas que buscassem a unidade de saúde para outros atendimentos; comparecessem ao serviço de saúde
465 acompanhando outros usuários; fossem portadores das comorbidades elencadas para a vacinação contra influenza;
466 além de ampliar o acesso do público-alvo às unidades de saúde para a vacinação por meio de horário estendido para o
467 funcionamento das salas de vacina e oferta desse serviço nos finais de semana. Orientou, ainda, estratégias de vacina-
468 ção extramuros para facilitar o acesso e captação do público-alvo à vacinação no período pós campanha da influenza, a
469 partir do dia 25/05 até dia 30/06, com o apoio e parceria do SETI, SENAI, SESI, SESC e SENAC, Rotary, COSEMS,
470 Conselho de Saúde, Coren, CRM, Saúde do Trabalhador. Vera contextualizou que a primeira campanha de vacinação
471 indiscriminada do sarampo tinha acontecido do dia 10/02/2020 até 20/03/2020, tendo sido aplicado o total de 346.906
472 doses. Em seguida, explicou que um dos indicadores que usavam era a cobertura vacinal em crianças de até um ano e
473 apontou o alcance de 53% de cobertura vacinal no período de janeiro a março/2020 – uma cobertura muito baixa e que
474 exigia atenção. Na sequência, Vera informou que a 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza aconteceria
475 no período de 23/03/2020 a 22/05/2020, tendo a mobilização nacional no dia 09/05/2020 (Dia D), e cuja meta era vaci-
476 nar 90% dos grupos elegíveis. Afirmou que neste ano, considerando a pandemia da Covid-19, o Ministério da Saúde ti-
477 nha proposto e a SESA tinha definido como estratégia a vacinação em três etapas: 1ª fase de 23/03/2020 a 15/04/2020,
478 destinada a idosos e trabalhadores da saúde; 2ª fase com início em 16/04/2020 e destinada a professores de escolas
479 públicas e privadas, profissionais das forças de segurança e salvamento e portadores de doenças crônicas não trans-
480 missíveis e outras condições clínicas especiais; 3ª fase com início em 09/05/2020, destinada às crianças de 06 meses a
481 menores de 06 anos, gestantes, puérperas, povos indígenas, adolescentes e jovens sob medida socioeducativa, popu-
482 lação privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e adultos de 55 a 59 anos de idade. Vera relatou que já ti-
483 nha sido distribuído 80% das doses para atender a 1ª fase da campanha, e que já tinha sido aplicado mais de 50% das
484 doses. Afirmou que até o final daquela semana distribuiriam o restante das doses da 1ª fase, completando os 100%. **3.4.**
485 **Febre Amarela e Dengue – SESA/DAV/CVA/CVE.** **Emanuelle Pouzato**, da Divisão de Doenças Transmitidas por Veto-

486 res/SESA, contextualizou que quinzenalmente, nas quartas-feiras, era publicado o boletim epidemiológico da Febre
487 Amarela no site da SESA. Mostrou que no período de monitoramento de julho/2019 até aquele momento havia um total
488 de 106 casos notificados de febre amarela em humanos, dos quais 88 tinham sido descartados e 18 seguiam em inves-
489 tigaçãõ. Salientou não haver, até então, nenhum caso notificado em humanos. Com relação às epizootias, apontou 795
490 notificações naquele mesmo período, sendo 154 casos confirmados, 81 descartados, 181 em investigação e 379 consi-
491 derados indeterminados. Afirmou que 21 Regionais de Saúde haviam notificado epizootias e que somente a 8ª Regional
492 – Francisco Beltrão não tinha nenhuma notificação. Emanuelle disse que desde o último boletim para aquele que apre-
493 sentava, havia acréscimo de 19 confirmações de epizootias, localizadas nos municípios de Paulo Frontin, São Mateus
494 do Sul, Antônio Olinto, Piên, Guarapuava, Turvo, Pitanga, Mallet e Rio Azul. Disse que tinha circulação viral confirmada
495 em sete Regionais: 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 18ª e 22ª, considerando que a maior concentração das epizootias confirmadas es-
496 tavam na 2ª, 3ª e 6ª Regionais de Saúde. Em seguida, apresentou mapa do estado com os corredores ecológicos, com
497 previsão da circulação viral – trabalho que, destacou, só era possível a partir das notificações feitas, o que viabilizada o
498 desenho de onde o vírus circulava no estado. Mostrou que para maio e junho de 2020 a previsão era de que o vírus
499 adentrasse a região oeste do estado, alcançando as 8ª, 9ª, 12ª e 20ª Regionais. Destacou que a previsão possibilitava o
500 trabalho de prevenção com a vacinação. **Vera** apresentou os dados de cobertura vacinal da febre amarela para crianças
501 menores de um ano de idade, apontando a cobertura acumulada de 50,7% nos meses de janeiro e fevereiro de 2020,
502 ressaltando que ela deveria ser de no mínimo 80% para que fosse alcançado 95% em dezembro. Vera disse que sabia-
503 se da fragilidade do sistema, mas, que o sistema oficial era o SI-PNI. Afirmou que no estado do Paraná não havia desa-
504 bastecimento da vacina da febre amarela, mostrando que nos meses de janeiro e fevereiro o estado tinha recebido
505 712.550 doses, tendo sido aplicadas 111.519 doses. Vera explicou que, em conjunto com a vigilância ambiental, era fei-
506 to o monitoramento das epizootias no corredor ecológico, e a partir disso, a intensificação da vacinação nas regiões in-
507 dicadas, considerando orientação do Ministério da Saúde que estendia a vacinação da febre amarela para pessoas aci-
508 ma de 60 anos, gestantes, nutrízes, imunodeprimidos, com avaliação de profissional da saúde. **Enéas**, da Divisão de
509 Doenças Transmitidas por Vetores/SESA, contextualizou que o vírus da dengue circulava no estado do Paraná há 25
510 anos e que o enfrentamento da doença no estado apresentava algumas fragilidades, que, sendo sanadas, também afe-
511 tariam positivamente o enfrentamento da Covid-19, como por exemplo, a extensão do horário de atendimento das uni-
512 dades de saúde. Enéas mostrou que 2020 era o ano com a maior epidemia de dengue no Paraná e afirmou que não era
513 consequência de falta de veneno, já que a curva de tendência já indicava esta situação, devido à incidência de novo so-
514 rotipo e ao índice do vetor. Mostrou mapa do Paraná com os municípios com ocorrência de dengue e sorotipos circulan-
515 tes, apontando que os municípios com epidemia da doença coincidiam com os municípios de circulação do DEN2, lem-
516 brando que o DEN1 também continuava circulando, apesar da predominância do DEN2. Da mesma forma, os óbitos es-
517 tavam acontecendo nas regiões onde havia epidemia. Enéas falou da importância do diagnóstico diferencial, já que os
518 sintomas da dengue poderiam ser confundidos com outras doenças – grupo ao qual se somava, naquele momento, a
519 Covid-19. Destacou que as regiões oeste, noroeste e norte do estado enfrentavam grande número de casos, mas, não
520 deixavam de enfrentar várias outras doenças, e ainda, enfrentariam a introdução de mais uma doença – a Covid-19. En-
521 tão, Enéas falou da importância da identificação e manejo clínico da fase crítica na dengue, já que a não identificação
522 contribuía significativamente para letalidade da doença. Ressaltou que havia protocolo para o manejo clínico da dengue
523 e, considerando a rotatividade de profissionais na saúde, reforçou a importância da educação continuada para capacita-
524 ção das equipes. Orientou a divulgação do protocolo de manejo clínico para a dengue para as equipes de saúde, além
525 da organização da retaguarda para suporte à assistência dos pacientes. Também reforçou a importância do correto
526 preenchimento da ficha de notificação de caso para fortalecimento da vigilância e identificação de casos severos para
527 manejo adequado. Afirmou que em uma epidemia de dengue era esperado que 3 a 5% dos casos evoluíssem para for-

528 ma grave da doença, mas, que no Paraná neste ano de 2020 a porcentagem de dengue severa sobre os casos confir-
529 mados da doença era de 1,6% e sobre os casos possíveis da doença (casos confirmados somados aos casos em in-
530 vestigação) era de 0,9%, o que indicava subnotificação ou dificuldade na identificação da forma grave da dengue. Disse
531 ainda que na epidemia era esperado que 1% dos casos severos de dengue evoluem para óbito, porém, no Paraná, esta
532 porcentagem estava em 4,6% - o que parecia corroborar a hipótese de dificuldade na identificação da dengue severa
533 e/ou subnotificação. Com relação a faixa etária, Enéas mostrou que 70% dos casos de óbitos por dengue era de pesso-
534 as acima de 60 anos, ressaltando que era o mesmo grupo vulnerável à Covid-19. Assim, afirmou que melhorando os
535 cuidados com a dengue, melhorariam consequentemente os cuidados com Covid-19. Apontou a importância da análise
536 dos óbitos para identificação e correção das fragilidades e afirmou que as análises dos óbitos naquele momento indica-
537 vam: falhas no acolhimento aos pacientes do grupo de risco para formas graves, mostrando que este grupo precisava
538 ser acompanhado/conduzido de forma diferenciada devido ao maior potencial de evolução para formas graves e óbito; a
539 não identificação/registro do estadiamento clínico da dengue, lembrando que o estadiamento era o ponto inicial para
540 manejo clínico adequado de todos os tipos da dengue e evidenciava as formas severas; hidratação não realizada con-
541 forme o protocolo do Ministério da Saúde, com falha no manejo da hipotensão e choque hipovolêmico; resultado de he-
542 mograma (hematócrito) em tempo posterior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, considerando que a elevação do
543 hematócrito é sinal de gravidade e orienta a hidratação e que a queda e posterior elevação das plaquetas marcam ape-
544 nas a entrada e saída da fase crítica; falta do reconhecimento/valorização dos Sinais de Alarme da Dengue, sabendo,
545 entretanto, que a melhora sintomática dos Sinais de Alarme não significa saída da fase crítica; falha na condução das
546 comorbidades dos casos severos de dengue; não observação dos critérios de alta para o paciente, o que acabava le-
547 vando a alta precoce; falta de coleta e envio de amostra de exame específico de dengue à rede descentralizada do LA-
548 CEN, garantida para os casos de dengue severa; e por fim, realização de procedimentos invasivos não adequados aos
549 pacientes na fase crítica da dengue. Em seguida, Enéas sugeriu alguns encaminhamentos que visavam a redução dos
550 óbitos relacionados à dengue e auxiliariam, consequentemente, no enfrentamento à Covid-19: a) identificação nos muni-
551 cípios endêmicos de dengue, especialmente nos momentos epidêmicos, de profissionais de saúde com perfil de multi-
552 plicador de informações e que ficaria responsável pela busca ativa de casos de dengue severa e Covid-19 nas Unida-
553 des de Pronto Atendimento e Hospitais, pelo estímulo à coleta e envio à rede descentralizada do Lacen de amostras bi-
554 ológicas para diagnóstico específico dos pacientes com Dengue Severa e/ou Covid-19, além da facilitação da distribui-
555 ção dos protocolos de manejo clínico da dengue e Covid-19 em toda a rede de assistência do município por plataformas
556 digitais/mídias, estimulação da integração entre vigilância epidemiológica e assistência (na SESA e Municípios), e entre
557 Atenção Básica, Programa Mais Médicos para o Brasil e a Rede de Urgência/Emergência do Município; b) orientação
558 de que todo paciente suspeito de dengue deveria procurar atendimento médico para seu estadiamento clínico, manejo
559 adequado e retorno para reavaliação, e em contrapartida, que os casos de Covid-19 deveriam procurar as unidades de
560 atendimento apenas nos casos com gravidade, considerando que, certamente, os casos dúbios ou pacientes com as
561 duas patologias (para as regiões endêmicas de dengue) produzirão dúvidas e sobrecarga no sistema de saúde (atendi-
562 mento médico e laboratorial). Desta forma, Enéas afirmou que era importante que todos os profissionais de saúde fizes-
563 sem uso de EPIs, independente do local de atuação, para prevenção da Covid-19, além do cuidado com manutenção
564 dos ambientes bem arejados, distanciamento entre as pessoas. Afirmou que a ideia era que os municípios definissem e
565 estruturassem as “portas de entrada” da rede de assistência no município, de forma a não expor os casos suspeitos de
566 Dengue e outras patologias aos suspeitos de Covid-19. Para tanto, a sugestão era que todos os pacientes com Síndro-
567 me Febril recebessem atenção no acolhimento (recepção) como caso suspeito de Covid-19 e fossem estadiados clínica-
568 mente como suspeitos de dengue nas regiões endêmicas até a definição diagnóstica. Lembrou, ainda, que as outras
569 doenças infecciosas continuavam ocorrendo, e demandavam tratamento específico. Enéas concluiu que, sendo o óbito

570 por Dengue considerado evitável, a correção das fragilidades apontadas na atenção aos pacientes de Dengue Severa
571 também teriam repercussão na organização dos serviços de assistência, com consequente melhora no acolhimento,
572 manejo e condução dos futuros casos de Covid-19, especialmente nas Regiões Norte, Noroeste, Oeste e Litoral do Es-
573 tado, onde os dois agravos seriam concomitantes. **Geraldo** falou que a SESA vinha repassando aos municípios que en-
574 travam em sinal de alerta ou epidemia um aporte de recursos para o manejo clínico dos pacientes – para compra de in-
575 sumos e de material, assim como, para melhora da estrutura de atendimento, com contratação de profissionais para o
576 atendimento direcionado para a dengue. Afirmou que o Secretário de Estado da Saúde havia solicitado a intensificação
577 do enfrentamento da Dengue especialmente em relação ao manejo clínico, já que não era possível impedir a contami-
578 nação dos pacientes. Disse que o Secretário havia solicitado a análise da necessidade e da possibilidade de se ter uni-
579 dades específicas para atendimento de pacientes com Dengue – considerou que tinham conversado sobre a possibili-
580 dade de uso das tendas da Defesa Civil para isso, e falou que era possível propor a estratégia aos municípios e aqueles
581 que tivessem interesse poderiam entrar em contato para orientações sobre como proceder. Também reforçou a orienta-
582 ção aos municípios sobre o uso dos recursos já repassados. **Enéas** explicou que as tendas poderiam ser utilizadas pe-
583 los municípios que não contavam com estrutura física como um local de triagem dos casos, para posterior encaminha-
584 mento se necessário, ou mesmo, como local para realização de hidratação dos pacientes. **Carmen**, da Diretoria de
585 Atenção e Vigilância em Saúde(DAV)/SESA, afirmou que já estavam articulando com a Defesa Civil a disponibilização
586 das tendas, com base em levantamento de municípios que tinham demanda tanto para atendimento da Dengue como
587 da Covid-19. Assim, afirmou que os municípios interessados nesta estratégia para ampliação dos espaços de atendi-
588 mento, fizessem contato com a DAV/SESA. **4. Pactuações. 4.1. QualiCIS – Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – SESA/NDS. Juliana Oliveira**, do Núcleo de Descentralização do SUS/SESA, salien-
589 tou que a proposta de pactuação do QualiCIS reforçava o compromisso do governo do Estado com os consórcios, e era
590 um dos únicos programas estratégicos que teria incremento significativo de recurso – incremento de 76% relacionado
591 ao orçamento anterior, para que pudessem aprimorar as ações dos ambulatórios. Afirmou que era uma proposta cons-
592 truída a muitas mãos, agradeceu o COSEMS e ACISPAR, assim como as Regionais de Saúde, pelas contribuições nes-
593 ta construção. Disse se tratar de uma pactuação importante naquele momento, para dar continuidade às ações que os
594 consórcios já vinham desenvolvendo, principalmente pensando em não interromper ações estratégicas – ambulatórios
595 direcionados às linhas de cuidado prioritárias, considerando o manejo das condições crônicas de maior risco (gestantes
596 de risco, hipertensos e diabéticos de alto risco, idosos, saúde mental). Considerando que o programa de apoio aos con-
597 sórcios já funcionava há 10 anos e teve duas fases do CONSUS, sendo que a segunda fase do CONSUS estava vigen-
598 te e terminaria no mês de julho/2020, Juliana disse que estava sendo feito o aditivo de prazo, cautela para caso houves-
599 se qualquer dificuldade na tramitação dos pleitos do QualiCIS. Afirmou que a pactuação garantiria, portanto, continuaida-
600 de neste recurso tão importante. Juliana afirmou que a primeira mudança estratégica se dava no nome do programa
601 para Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, considerando que a pro-
602 posta é justamente de qualificação dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados – AMMES. Disse que ao longo
603 dos últimos 10 anos vinham trabalhando com foco nas equipes multiprofissionais destes ambulatórios. Contextualizou o
604 cenário em que o Programa estava inserido no SUS do Paraná: foco na regionalização – existência de consórcios nas
605 22 Regiões de Saúde, com potencial para gestão de serviços ambulatoriais, oferecendo atendimento aos usuários no
606 município mais próximo de sua residência; trabalho desde 2012 com as Redes de Atenção à Saúde, sendo o ambulató-
607 rio um ponto de atenção à saúde, eleito como estratégico nesta rede; foco nas Linhas de Cuidado prioritárias, com ofer-
608 ta de serviço focada na real necessidade epidemiológica do território, com base populacional; pautado na lógica do Mo-
609 delo MACC – Integração APS com AAE – Atenção Contínua; o AMMES passava a ter papel ainda mais estratégico nas
610 regiões porque além da capacidade assistencial, o ambulatório deveria passar a realizar outras ações estratégicas para
611

612 apoio aos municípios e atenção primária – atividades de supervisão, matriciamento e educação permanente constante;
613 conexão com o processo do Planifica SUS. Afirmou que o Programa estava alinhado ao Plano de Governo, que pautava
614 a priorização da Rede de Atenção à Saúde, definia o apoio aos consórcios intermunicipais de saúde, a ampliação do
615 acesso e a qualidade das consultas e exames especializados, e o modelo de Atenção às Condições Crônicas. Juliana
616 mostrou que no mapa estratégico da SESA a proposta estava alinhada com os Resultados para a Sociedade, que defi-
617 nia para o cuidado materno infantil a redução da mortalidade materno infantil e para o cuidado com a Vida a redução da
618 mortalidade por doenças crônico-degenerativas; e ao Processo, que preconizava a implementação da Rede de Atenção
619 a Saúde, com linhas de cuidado prioritárias, fortalecendo a Atenção Primária a Saúde integrada e articulada a Atenção
620 Ambulatorial e Hospitalar, e, o fortalecimento do Processo de Regionalização da Saúde. Juliana apontou, ainda, o ali-
621 nhamento com a 12ª Conferência Estadual de Saúde, Eixo I – Saúde como Direito: desafios e perspectivas para o forta-
622 lecimento do SUS (11,24,26,35,52,64,104,132) e Eixo II – Financiamento: garantia de recursos e investimentos em saú-
623 de (6,18,21,24,44,46). Afirmou que o QualiCIS é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná que tem
624 como propósito a qualificação da atenção ambulatorial multiprofissional especializada, gerenciada por Consórcios Inter-
625 municipais de Saúde (CIS) no Estado, focado no fortalecimento da Regionalização e atendendo as necessidades de
626 saúde da população o mais próximo de sua residência. Explicou que o programa tem como concepção estratégica im-
627 plementar o modelo de Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial (PASA) fomentando que o ambulatório desenvolva
628 as funções assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa, em todas as regiões de saúde do Paraná, mediante
629 parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a SESA, a fim de alcançar a tripla meta: satisfação do
630 usuário, qualidade na assistência e redução do custo para o sistema de saúde. Afirmou que o objetivo geral do Progra-
631 ma era estimular a qualificação dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados – AMMES, em todas as Regiões de
632 Saúde do Estado, consolidando-se como um Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial (PASA) da Rede de Atenção a
633 Saúde nas Linhas de Cuidado Prioritárias do Estado – Materno Infantil, Hipertensão e Diabetes, Idoso, Saúde Mental,
634 Linhas de cuidado do componente especializado da Assistência Farmacêutica. Como objetivos específicos, citou o estí-
635 mulo ao modelo de gestão/atenção dos AMMES gerenciados pelos CIS, possibilitando o desenvolvimento das funções
636 assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa; o estímulo à implementação do modelo assistencial dos AMMES
637 gerenciados pelos CIS, conforme o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, nas linhas de cuidado priorita-
638 rias para o Estado; o fomento de ações para a qualificação da gestão dos AMMES direcionada para resultados; o fo-
639 mento de ações para a qualificação das equipes multiprofissionais especializadas dos AMMES para um cuidado seguro
640 e qualificado aos cidadãos paranaenses. Dos critérios para adesão, Juliana elencou a disponibilização das agendas de
641 consultas, exames e procedimentos de alta e media complexidade do Consórcio Intermunicipal de Saúde à Central de
642 Acesso a Regulação do Paraná – CARE-PR; a utilização das diretrizes e protocolos clínicos e regulatórios
643 implantados/pactuados pelo Estado; a implantação do Grupo Técnico Consultivo nos CIS para a discussão e proposição
644 de estratégias para o atendimento das necessidades de saúde da população da Região de Saúde, tendo como premis-
645 sas a RAS, o MACC e o PASA, mediante Resolução do Presidente do CIS; a implantação e manutenção do serviço de
646 Ouvidoria no CIS, prezando pelo cumprimento das legislações referentes a Ouvidoria, em especial a Lei Federal no
647 13.460/2017, Resolução SESA nº 443/2013, Resolução SESA nº 040/2018, Deliberação CIB nº 042/2012 e demais ori-
648 entações da Ouvidoria Geral da Saúde – OGS; implantação e implementação nos prontuários dos pacientes de novos
649 atributos relacionados a informações pessoais e, referente ao tratamento em cada linha de cuidado, considerando suas
650 especificidades; e, por fim, a adequação da comunicação visual dos ambulatórios conforme Manual de Comunicação Vi-
651 sual dos AMMES. Juliana explicou que o Programa previa realização de monitoramento e avaliação quadrimestralmen-
652 te, nos meses de Novembro, Março e Julho, independente da data de assinatura do convênio. Explicou que o incentivo
653 financeiro de custeio estaria baseado no percentual 40% fixo e 60% variável, e, portanto, a avaliação se aplicaria ao

654 percentual variável. Para realização do monitoramento, Juliana falou que deveria ser formada a Comissão Estadual de
655 Monitoramento e Avaliação, composta por 10 representantes da SESA (sendo 2 representantes do Núcleo de Descen-
656 tralização do SUS, 4 representantes da Diretoria de Atenção e Vigilância à Saúde, 1 representante da Diretoria de Ges-
657 tão em Saúde, 1 representante do Fundo Estadual de Saúde, 1 representante da Ouvidoria Geral da Saúde e 1 repre-
658 sentante da Coordenação de Assistência Farmacêutica), 2 representantes do Conselho Municipal de Secretários Muni-
659 cipais de Saúde – COSEMS, 2 representantes da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde
660 do Paraná – ACISPAR, 1 representante do Conselho Estadual de Saúde – CES, segmento usuário; e a Comissão Regi-
661 onal de Monitoramento e Avaliação, com 6 representantes da SESA, através da Regional de Saúde (sendo 1 Diretor da
662 Regional, 1 ouvidor regional, 2 técnicos que acompanhem a RAS, 1 ouvidor de uma das Regionais que compõe a Ma-
663 crrorregião, 1 fiscal do convênio), 2 representantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde (sendo 1 coordenador e 1 pro-
664 fissional de nível superior que acompanhem o QualiCIS), 3 representantes do CRESEMS – Conselho Regional de Se-
665 cretários Municipais de Saúde, 1 representante do Conselho Municipal de Saúde do município sede do segmento usuá-
666 rio. Como componentes do programa, Juliana citou o incentivo de custeio, explicando que o cálculo do recurso de cus-
667 teio estava baseado em três critérios: a população de abrangência do Consórcio (considerando que quanto menor a po-
668 pulação, maior seria o recurso, já que são regiões com menor disponibilidade de especialistas e precisam deste apoio
669 para conseguir recursos humanos), a média do PIB *per capita* dos municípios de abrangência (dado construído pelo
670 IPARDES, também considerando que os locais com menor PIB teriam maior repasse de recursos) e o percentual da po-
671 pulação idosa dos municípios de abrangência (considerando que locais com maior percentual de população idosa teri-
672 am maior repasse de recursos). Concluiu que a composição dos três critérios possibilitava, portanto, aporte de recursos
673 diferenciados, respeitando as especificidades de cada Região. Segundo Juliana, os outros dois componentes do Pro-
674 grama seriam: o incentivo à infraestrutura, sendo destinados recursos financeiros de investimento para melhoria das es-
675 truturas físicas e de equipamentos dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados, de acordo com a necessidade de
676 cada Região de Saúde; e a educação permanente, com o desenvolvimento de estratégias educacionais focadas na
677 qualificação da assistência multiprofissional especializada e gestão dos ambulatórios, envolvendo os gerentes dos Con-
678 sórcios, equipes assistenciais dos ambulatórios multiprofissionais especializados e técnicos das Regionais de Saúde.
679 Por fim, Juliana apresentou um comparativo entre os valores repassados pelo Consus e os valores que seriam repassa-
680 dos por meio do QualiCIS, considerando que para o Programa haviam sido considerados na Região de Curitiba os dois
681 ambulatórios, assim como a perspectiva de dois ambulatórios, também, para a Região de Ponta Grossa e para a Regi-
682 ão de Telêmaco Borba, e afirmou que as regiões estavam recebendo, com o QualiCIS, um incremento em média de
683 80%. **Carlos** afirmou que poderiam pactuar a proposta feita com a possibilidade de revisão caso houvesse dificuldade
684 em alguma região. Desta forma, **Geraldo** afirmou que ficava pactuado e que avançariam com a finalização da proposta,
685 definindo a forma de implantação e adesão. **Juliana** informou, então, que na sequência seriam elaboradas e publicadas
686 as Resoluções do Programa e posteriormente os Consórcios poderiam fazer adesão, com discussão regional e pactua-
687 ção em CIR. Em seguida, **Carlos** informou o adiamento do Congresso do Cosems; e, a partir de uma orientação recebi-
688 da do Conasems, orientou que o Plano de Contingência precisaria ser pactuado em CIB para que pudesse ser encami-
689 nhada a definição dos leitos para Covid-19. **Carmen** informou que o Plano de Contingência Estadual já estava feito e
690 disponível no site da SESA, porém, que tinha sido feita uma atualização para o nível 3 e esta atualização não tinha sido
691 publicizada ainda, mas, que até então não tinha a informação de que deveria ser pactuado em CIB. **Giórgia** sugeriu que
692 o Plano fosse pactuado para ser enviado ao Ministério da Saúde e eventuais necessidades de alteração pudessem ser
693 discutidas no COE e ser definidas. Considerando que o Cosems participava das reuniões do COE, **Carlos** disse que
694 pactuavam com o Plano de Contingência e que diante das necessidades as coordenações técnicas do Cosems poderi-
695 am participar das discussões. **Geraldo** ressaltou a necessidade de os municípios que ainda não tinham finalizado seus

696 Planos de Contingência, que o fizessem, para, então, encaminhar à SESA-PR. **Carlos** salientou que quase todos os
697 municípios já haviam encaminhado os Planos para as Regionais de Saúde e que as Regionais talvez não tivessem en-
698 viado para DAV/SESA. **Carmen** afirmou que esta dificuldade já tinha sido solucionada e que um grupo do COE estava
699 analisando os Planos. **Cleide**, considerando que os Planos tendiam a ficar obsoletos, propôs que fosse desenhado um
700 fluxo dos atendimentos nas regiões para que o estado pudesse esta visão do todo. **Geraldo** concordou com a proposta
701 feita, mas reafirmou a importância de formalização do Plano original, inclusive para que na sequência passassem por al-
702 terações. **Carlos**, considerando a participação da equipe técnica do Cosems na construção do Plano nas reuniões do
703 COE, propôs que as demandas regionais fossem encaminhadas ao Cosems para que a equipe técnica tratasse isso no
704 Conselho. **Geraldo**, em seguida, informou a publicação da Resolução SESA nº 353/2020, que autorizava os municípios
705 a utilizarem todos os recursos provenientes do Fundo Estadual de Saúde nas diversas modalidades de custeio, para en-
706 frentamento à Covid-19, e afirmou que a Resolução já estava publicada na página da SESA no link do Fundo Estadual
707 de Saúde. Disse, ainda, que o projeto, de iniciativa do congresso, para que os recursos federais disponíveis nas contas
708 dos Fundos Municipais de Saúde e dos Fundos Estaduais de Saúde, pudessem, também, ser utilizados, conforme crité-
709 rios definidos, para o enfrentamento da Covid-19, respeitadas as modalidades de financiamento – custeio ou investi-
710 mento/capital. **Carlos** ressaltou, então, que estavam liberados também os recursos de investimentos mantendo-se para
711 investimento. **Geraldo** ressaltou que faltava apenas a sanção presidencial. Informou também que tinha sido montado na
712 SESA um centro de atendimento e informação, com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, contando com a
713 colaboração de alunos do 5º e 6º ano do curso de medicina, que fazem os atendimentos por telefone. Geraldo disse
714 também que tinha sido feito reforço nas equipes das farmácias especiais, com participação de alunos do último ano do
715 curso de farmácia. **Vinicius Filipak** comunicou que na noite anterior o Senado havia aprovado Projeto de Lei, já trami-
716 tado na Câmara dos Deputados, que tratava da suspensão das avaliações dos incentivos dos hospitais e manutenção do
717 pagamento, já que havendo decréscimo de produtividade dos hospitais e mantendo-se o pagamento apenas pela pro-
718 dução apresentada, haveria insuficiência de recursos. **Geraldo** ressaltou que os incentivos pagos com recursos próprios
719 do estado seguiriam a mesma regra, e, portanto, enquanto persistisse a dificuldade diante da pandemia de Covid-19, os
720 incentivos continuariam a ser pagos aos hospitais habilitados. **Vinicius** disse que as avaliações do HOSPSUS estavam
721 suspensas provisoriamente e o pagamento seria feito a partir da média dos últimos meses. Assim, **Geraldo** encerrou a
722 reunião, informando que a próxima reunião da CIB-PR aconteceria dia 06 de maio de
723 2020.-----