

1 **ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2021**

2 **Data: 24 de fevereiro de 2021**

3 **Local: Hotel Lizzon / Reunião transmitida online em tempo real pelo canal da SESA-PR no YouTube**

4 **Participantes Presenciais: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Ivoliciano Leonarchik (Mangueirinha), Márcia Huçulak
5 (Curitiba), Sérgio H. dos Santos (Campo Mourão), Adriane Carvalho (Pinhais), Cecília Cividini (Umuarama) **SESA:**
6 **Titulares SESA:** Nestor Werner Junior (Diretor Geral/SESA), Maria Goretti David Lopes(DAV/SESA); Vinícius Filipak
7 (DGS/SESA), Acácia M. Lourenço F. Nars (DAV/SESA).

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

9 **Nestor Werner Junior**, Diretor Geral da SESA-PR, iniciou a 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite
10 do Paraná – CIB-PR cumprimentando os integrantes da mesa e os participantes da reunião, esclarecendo que naquele
11 momento realizavam a reunião de maneira híbrida, com a participação presencial e remota, até que fosse possível o
12 retorno das reuniões presenciais. Informou que 102.500 doses da vacina da AstraZeneca estavam chegando no Paraná
13 naquela manhã, afirmando que procederiam a distribuição rapidamente para que todos os municípios pudessem
14 continuar a campanha de vacinação contra Covid-19 no menor tempo possível. **Ivoliciano Leonarchik**, presidente do
15 COSEMS-PR, cumprimentou os participantes da reunião, fazendo saudação especial ao Diretora Geral da SESA-PR,
16 que naquele ato representava o Secretário de Estado da Saúde, Beto Preto. Agradeceu a presença dos presidentes de
17 CRESEMS, explicando que esta havia sido uma solicitação do COSEMS, para que os presidentes de todas as regiões
18 do estado pudessem estar presentes no pleno da CIB-PR. Assim, agradeceu à SESA por ter atendido tal solicitação e
19 esclareceu que respeitavam todas as recomendações sanitárias. Informou que contariam com a intervenção do
20 Governador do estado do Paraná juntamente com o Secretário de Estado da Saúde e que, portanto, em algum
21 momento da reunião fariam uma pausa para esta participação. **1. Aprovação da Ata da 6ª Reunião Ordinária de**
22 **09/12/2020.** **Ivo** afirmou que por parte do COSEMS estava aprovada a Ata, e com isso, passava para o item seguinte da
23 pauta. **2. Homologações: SE – CIB/PR.** **Ivo** informou que não seria feita a leitura do documento, mas, que ele estaria
24 disponível no site da SESA, link da CIB-PR naquele mesmo dia. E orientou que diante de qualquer dúvida, poderiam
25 procurar a CIB para esclarecimentos. **3. Apresentações.** **Ivo** afirmou que a pedido da SESA-PR, fariam alteração na
26 ordem das apresentações, iniciando pelo item 3.4. Disse que teriam de pactuar a distribuição das doses que estavam
27 chegando no estado e ressaltou a boa condução do estado com relação à logística na distribuição das vacinas desde o
28 momento em que haviam chegado as primeiras doses. **3.4. Apresentação do panorama da Vacinação COVID-19 no**
29 **Estado do Paraná e processo de distribuição de doses aos municípios – DAV/SESA.** Maria Goretti, Diretora de
30 Atenção e Vigilância em Saúde, cumprimentou os participantes da reunião, disse que a apresentação seria feita por
31 Vera Rita da Maia, Divisão de Vigilância do Programa de Imunização, e que teriam condições de definir de forma
32 conjunta a distribuição das doses da vacina contra Covid cuja chegada havia sido anunciada pelo diretor geral da
33 SESA-PR. Antes de dar sequência à apresentação, Nestor interrompeu a pauta para participação do Governador e do
34 Secretário de Estado da Saúde. O Secretário de Estado da Saúde, **Beto Preto**, cumprimentou os membros da CIB-PR
35 e os participantes presentes na reunião e aqueles que acompanhavam de forma remota. Salientou a satisfação em
36 contar com a presença do Governador na reunião da CIB-PR, agradecendo esta oportunidade de estarem reunidos
37 junto aos gestores municipais de saúde. O Governador do Estado do Paraná, **Ratinho Junior**, cumprimentou o
38 presidente do COSEMS-PR, assim como toda a diretoria do COSEMS e os demais secretários municipais de saúde do
39 estado. Cumprimentou, também, toda a equipe da SESA-PR. Disse da gratidão ao trabalho incansável de todos ao
40 longo de um ano de enfrentamento à pandemia. Desejou aos Secretários de Saúde, em especial, àqueles que
41 recentemente haviam assumido a gestão municipal, discernimento nas tomadas de decisões e planejamento de ações,
42 reforçando que a participação de todos eles era fundamental para o sucesso no enfrentamento à pandemia. Disse que

43 viviam o pior momento da pandemia até então, com grande aumento do número de casos – devido ao afrouxamento da
44 população com as medidas de prevenção com a chegada da vacina. Mas ressaltou que tinham prazos para
45 recebimentos das doses e ainda levariam tempo para conseguir imunizar boa parte da população paranaense,
46 diminuindo a curva da doença. Salientou a questão da nova cepa do vírus, mais agressiva que a cepa do início da
47 pandemia, e que já estava presente em diversos estados do país. Relatou que as internações hospitalares dos
48 pacientes acometidos pela Covid-19 naquele momento contavam com maior percentual de pessoas mais jovens que
49 permaneciam mais tempo hospitalizados – 11% a mais de tempo que no ano de 2020, o que diminuía a rotatividade dos
50 leitos. afirmou que havia um esforço grande da equipe do estado, assim como dos municípios, para ampliação de leitos
51 de UTI e enfermarias, mas, disse que havia dificuldade com recursos humanos e equipamentos, impondo ao sistema
52 um teto de ampliação. Assim, falou que era necessário manter as orientações à sociedade para manutenção dos
53 cuidados com a prevenção da doença. Esclareceu que estavam estudando novas medidas para conter o avanço da
54 doença, afirmando que toda medida do governo do estado era abrangente, para poder orientar todos os municípios de
55 maneira geral, cabendo, portanto, aos municípios, a tarefa de avaliar e definir pontualmente a melhor medida a ser
56 tomada em seu território, considerando sua realidade local. Agradeceu o trabalho das equipes de saúde, estadual e
57 municipais, que apoiavam e auxiliavam no enfrentamento da pandemia, destacando os números favoráveis alcançados
58 pelo estado até aquele momento quando comparado a outros estados do Brasil. Em seguida, disse que era preciso dar
59 mais velocidade à vacinação, apontando que outros estados vinham conseguindo fazer a vacinação de forma mais
60 veloz que o Paraná. Explicou que a importância da velocidade na vacinação se dava ao fato de que quanto mais
61 pessoas fossem vacinadas em menor tempo, conseguiriam reduzir e amenizar os desafios impostos pela pandemia no
62 estado. Assim, pediu aos Secretários Municipais de Saúde para que, junto com suas equipes, fizessem um
63 planejamento para dar maior velocidade à vacinação. Reafirmou que naquele dia chegaria mais um lote de vacinas
64 enviado pelo Ministério da Saúde, com 102.000 vacinas da AstraZeneca, e afirmou que possivelmente nos dias
65 seguintes chegaria mais um lote de vacinas do Butantan. afirmou que o número de testes RT-PCR realizados nos
66 municípios do Paraná havia caído 35%. Contextualizou que o Paraná era o estado que mais tinha realizado testes no
67 Brasil proporcionalmente, sendo responsável por 34% de todos os testes RT-PCR realizados no país – o que ajudou a
68 balizar inúmeras decisões importantes, auxiliando a SESA, assim como os Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde,
69 em suas ações. Então, explicou que com a diminuição dos testes realizados, aumentava a dificuldade para tomada de
70 decisões o mais acertadas possível. Assim, solicitou que os municípios aumentassem o volume de testes, para que
71 pudessem ter um melhor monitoramento da pandemia no estado. Relatou que no dia anterior haviam feito o
72 investimento de oito milhões de reais por meio da entrega de 46 vans 0 KM para muitos municípios do estado,
73 afirmando que a ação alcançaria outros municípios nos dias seguintes. Disse que tinham, ainda, um lote com 1.500
74 automóveis 0 KM que seriam entregues nos dias seguintes para a Saúde da Família. Por fim, afirmou que o objetivo do
75 governo do estado, representado pela SESA-PR, era fazer com que a saúde estivesse mais próxima das pessoas –
76 disse que para isso estavam e seguiriam investindo muito nos consórcios municipais (uma modelagem que era
77 referência no Brasil). Falou do AME, explicando que eram centros de especialidades distribuídos pelo estado para
78 auxiliar os municípios e evitar que a população precisasse de longos deslocamentos para o atendimento de
79 especialidades. Esclareceu que a ideia era descentralizar a saúde no estado para que os atendimentos estivessem o
80 mais próximo possível da população. Encerrando sua fala, desejou bom trabalho aos gestores municipais, afirmando
81 que tinham junto ao estado todo o amparo necessário para amenizar o flagelo da população paranaense. **Ivoliciano**
82 disse sentir-se honrado com a participação do Governador e do Secretário de Estado da Saúde na reunião, que contava
83 com a participação de representantes de todas as regiões do estado. Falou do orgulho que sentiam do estado no
84 enfrentamento da pandemia, com reconhecida expertise e competência, em especial na distribuição das vacinas. **Beto**

85 **Preto** agradeceu Ivoliciano e saudou todos os secretários municipais de saúde, assim como, os membros da CIB-PR
86 que participavam da reunião. Disse que encerrariam a participação na reunião da CIB-PR pois na sequência receberiam
87 no CEMEPAR as doses da vacina que estavam chegando, que, em seguida, seriam distribuídas e encaminhadas às
88 Regionais de Saúde. Destacou a participação remota dos 22 diretores das Regionais de Saúde – presença importante
89 na articulação entre a SESA e os municípios do estado do Paraná. Desejou boa reunião aos participantes. **Nestor**
90 retomou a reunião passando a palavra para Vera, para que desse continuidade à apresentação. **Vera** disse que
91 primeiramente apresentaria o panorama da vacinação contra Covid-19, reafirmou que estavam recebendo mais uma
92 remessa de doses e precisariam fazer a divisão para encaminhar aos municípios. Com relação à vacinação nas
93 Instituições de Longa Permanência para Idosos, mostrou que a meta era vacinar 12.224 pessoas e foram vacinadas
94 10.716, totalizando 87,66% desta população. Ressaltou que os dados apresentados eram referentes ao sistema
95 quantitativo da SESA e, não, ao sistema nominal do Ministério da Saúde. Com relação à cobertura vacinal de pessoas
96 com deficiência inclusiva, afirmou que a meta do Paraná era vacinar 482 pessoas e até aquele momento haviam
97 vacinado 326 – um total de 67,63%. Das pessoas indígenas, apontou a meta de 10.559 pessoas e o total de vacinados
98 até aquele momento de 8.333 pessoas, o equivalente a 78,92%. Vera salientou que havia dois dificultadores para o
99 alcance da meta nesta população: a recusa de algumas aldeias indígenas, em especial no oeste do Paraná, à
100 vacinação, e alguns problemas pontuais com o registro, já que tanto a Coordenação Geral do Programa Nacional de
101 Imunização como a Secretaria Especial da Saúde Indígena orientavam para que a SESAI fizesse a digitação dos dados,
102 mas, havia municípios e aldeias que não tinham a possibilidade de fazer a digitação devido a questões burocráticas.
103 Esclareceu que a SESA já havia feito contato com o DSEI e as Secretarias Municipais de Saúde para reforçar a
104 importância da vacinação. Sobre a cobertura vacinal dos trabalhadores da saúde, mostrou que a meta era vacinar
105 223.270 (73% da população dos trabalhadores da saúde) pessoas e até aquele momento tinham atingido 96,67%, com
106 215.837 pessoas vacinadas. Contextualizou que em fevereiro/2021 haviam iniciado a vacinação dos idosos com idade
107 igual ou superior a 90 anos, com a meta de vacinar toda a população desta faixa etária – 50.889 pessoas, e até aquele
108 momento haviam vacinado 27.211 pessoas, perfazendo um total de 53,47%. Ressaltou que a vacinação estava lenta e
109 que, portanto, era necessário avaliar se era o ato da vacinação que estava vagaroso ou se era alguma dificuldade no
110 registro das vacinas realizadas. Em seguida, Vera apresentou gráfico com dados da distribuição X aplicação de vacinas
111 por Regional de Saúde, apontando que da primeira dose haviam sido distribuídas 310.541 doses e aplicadas 262.423
112 doses, o equivalente a 84,51%. Apresentou tabela com os dados das doses distribuídas, tanto da vacina do Butantan
113 como da AstraZeneca, apontando que na 1ª remessa haviam distribuído 132.771 doses do Butantan, na 2ª remessa,
114 86.500 doses da AstraZeneca, na 3ª remessa, 19.100 doses da AstraZeneca, e por fim, na 4ª remessa, 71.900 doses da
115 AstraZeneca. Afirmou que de acordo com o recebimento de mais doses do Ministério da Saúde, as distribuições seriam
116 feitas respeitando os grupos prioritários. Relatou que na noite anterior haviam recebido a informação do Ministério da
117 Saúde de que receberiam mais 102.000 doses da AstraZeneca, cujo destino, conforme orientação do programa
118 Nacional de Imunização, era a vacinação de 100% dos idosos com idade igual ou superior a 85 anos, e mais 70.000
119 doses da vacina do Butantan, para vacinação de 8% dos trabalhadores da saúde e 24% da população de idosos de 80
120 a 84 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Assim, disse que precisavam discutir e definir a distribuição da vacina da
121 AstraZeneca que estava chegando naquele momento. **Maria Goretti** pediu que Vera apresentasse o percentual de
122 trabalhadores de saúde vacinados no Paraná por município, para que pudessem tomar a melhor decisão para definição
123 da distribuição das vacinas. Disse que dos 303.000 trabalhadores da saúde estimados, já haviam vacinado 215.000, o
124 que significava que precisariam vacinar ainda 88.000 trabalhadores. Afirmou que havia sido pactuado junto ao
125 COSEMS-PR que seriam vacinados trabalhadores da saúde que atuassem em serviços de saúde. Disse que as doses
126 que chegavam permitiram a vacinação de mais 24.471 trabalhadores da saúde. Lembrou que esta vacina da

127 AstraZeneca era dose única e ressaltou que dividir este quantitativo entre os 399 municípios do estado seria
128 complicado, exigindo toda uma logística para de repente levar poucas doses aos municípios. Propôs que se
129 apostassem na chegada de novas remessas de vacinas de forma que em breve pudessem atingir todos os
130 trabalhadores da saúde. Assim, sugeriu que aquele quantitativo fosse dividido de forma mais concentrada, buscando o
131 alcance dos objetivos e vacinando os trabalhadores em situação de maior exposição e maior risco de contágio. Goretti
132 afirmou que alguns municípios já tinham 100% de cobertura vacinal dos trabalhadores da saúde, lembrou que haviam
133 concentrado a distribuição da última remessa de vacinas para os municípios com significativo número de equipamentos
134 hospitalares, de forma a buscar o alcance da vacinação de todos os trabalhadores dos hospitais, em especial, aqueles
135 de referência para Covid-19, porém, não conseguiram. Goretti disse que a planilha com o percentual de trabalhadores
136 de saúde vacinados no Paraná por município não estava disponível ali na reunião, e então propôs que seguissem com a
137 pauta e assim que Vera conseguisse a planilha para apresentação, retomariam a discussão para definição. Ivo disse
138 entender que a discussão e pactuação precisariam ser feitas naquele dia mesmo, já que precisavam encaminhar as
139 doses da vacina para os municípios, e abriu a discussão para contribuição dos membros da mesa. **Márcia Huçulak**,
140 Secretária Municipal de Saúde de Curitiba, disse que o Plano de Vacinação do Ministério da Saúde deixava a vacinação
141 dos trabalhadores da saúde em aberto para todos os profissionais da saúde, levando a situações como a vivenciada por
142 Curitiba: citou o exemplo dos educadores físicos, que são profissionais da saúde, e contabilizavam 6.000 pessoas em
143 Curitiba, porém, apenas 30 estavam cadastrados em serviços de saúde no CNES, e, ainda assim, a partir da forma
144 como estava definido pelo Ministério da Saúde, os profissionais de educação física, independente da área de atuação,
145 estavam entrando com mandado judicial para serem vacinados. Márcia afirmou que Curitiba tinha dois mandados
146 judiciais para vacinação de profissionais da educação física que só não tinham sido cumpridos ainda pela falta de
147 vacina, porém tão logo recebesse a dose, teria de fazê-lo. Considerou que a orientação do Plano Nacional de Vacinação
148 do Ministério da Saúde sobre grupo prioritário incluía profissionais de saúde, sem ponderar se eram, de fato,
149 trabalhadores de serviços de saúde. Além disso, Márcia citou a situação de profissionais da saúde que haviam tomado a
150 primeira da dose da vacina em outros estados e estavam no Paraná no momento da segunda dose, porém, o município
151 não dispunha desta segunda dose, já que o profissional não constava da aplicação da primeira dose. Disse que com
152 isso estava com grande quantidade de mandados judiciais a serem cumpridos e sem saber como atender tais
153 demandas, já que as doses de vacina eram contadas. Mencionou o caso de médicos de saúde ocupacional de
154 empresas, que demandavam vacinação por mandado judicial, porém, não estavam inseridos em serviços de saúde.
155 Márcia ressaltou a importância de discutirem e encaminharem este tipo de situação no estado. Por fim, Márcia citou a
156 vacinação de idosos cuja estimativa para faixa etária igual ou superior a 85 anos era de 15.000 idosos, porém, haviam
157 vacinado em Curitiba quase 20.000 pessoas – situação que se deve à ida de pessoas de outros municípios para vacinar
158 em Curitiba, se utilizando da residência de parentes ou amigos na cidade. Com isso, afirmou que Curitiba não teria o
159 número de doses de vacina necessário para execução do planejado. Disse que tinham velocidade na vacinação, porém,
160 não dispunham da quantidade de vacinas necessárias para atender o planejado e todas estas situações emergentes.
161 **Adriane Carvalho**, Secretária Municipal de Saúde de Pinhais, disse que a estimativa do número de trabalhadores da
162 saúde estava baseada no CNES, porém, muitos trabalhadores não estavam lá cadastrados, citando também o caso dos
163 trabalhadores administrativos destes serviços, o que havia levado a uma demanda pela vacina muito maior que o
164 previsto. Falou também da situação dos trabalhadores das farmácias, incluindo pessoas que trabalhavam na parte
165 administrativa e que não estavam incluídas no planejamento para vacinação, mas, demandavam igualmente a vacina.
166 Assim, propôs que fosse definido como seria a conduta diante destas diversas demandas. **Nestor** perguntou se o
167 COSEMS tinha alguma sugestão/proposta para encaminhamento, e diante da negativa, disse que colocaria seu
168 posicionamento para que pudessem chegar a um consenso e a partir disso, tanto estado como municípios tivessem

169 postura uníssona diante das situações. Retomou que o Plano Nacional de Vacinação tratava do “trabalhador de saúde”,
170 o que é diferente de “profissional de saúde”. Contextualizou que o termo “profissional de saúde” englobava as quatorze
171 profissões regulamentadas e reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, porém, “trabalhador de saúde”, conforme
172 o Plano Nacional, incluía todo aquele que atua em espaço ou estabelecimento de assistência e vigilância à saúde,
173 sejam eles, hospitais, clínicas, ambulatorios, laboratórios e outros locais, compreendendo tanto os profissionais da
174 saúde (exemplos: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos,
175 farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos
176 veterinários, e seus respectivos técnicos e auxiliares) como os trabalhadores de apoio (receptionistas, seguranças,
177 trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulância e outros), ou seja, todo aquele que
178 trabalha no serviço de saúde, e inclui, ainda, os profissionais que atuam nos cuidados domiciliares: cuidadores de
179 idosos, doulas e parteiras, bem como, funcionários do sistema funerário que tenham contato com cadáveres
180 potencialmente contaminados. E ainda, de acordo com o Plano, a vacina também deveria ser ofertada para acadêmicos
181 em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínicas e laboratórios. Nestor
182 afirmou que foi pautado nesta definição que tinham acordado o Plano Estadual em consonância com o Plano Nacional,
183 inclusive tendo definido “trabalhadores de saúde em estabelecimento de saúde”. Ressaltando que a Deliberação de CIB
184 tinha força de lei e poderia ser utilizada na argumentação diante das demandas surgidas, incluindo os mandados
185 judiciais, Nestor disse que deveriam ter uma Deliberação que tratasse de tais definições e orientações. Disse que era
186 necessária clareza na gradação – contextualizou que haviam gradado dez subgrupos de trabalhadores de saúde,
187 inclusive tendo elencado por ordem de exposição (o que constava no anexo do Plano Estadual). Além da Deliberação
188 em CIB, disse que era necessário um trabalho conjunto, SESA/Regionais de Saúde e municípios, para conhecer onde
189 os profissionais estão trabalhando e elencar aqueles que de fato estavam no grupo prioritário para vacinação. Destacou
190 que o Ministério da Saúde não enviaria remessas de doses específicas para este quantitativo todo, e que o
191 planejamento do estado era de vacinar o grupo de idosos, conforme o plano, e as quantidades de vacina que
192 sobrassem seriam direcionadas para os trabalhadores de saúde – afirmou que neste ritmo levariam ainda todo o mês de
193 março para atingir todo o grupo de trabalhadores. Assim, Nestor sugeriu que pactuassem de forma a deixar claro em
194 Deliberação a questão do profissional de saúde em estabelecimento de saúde, considerando que em virtude do número
195 restrito de vacinas, a gradação para vacinação seguiria a ordem do maior risco de contato com o Coronavírus. Disse
196 que era necessário também que incluísse uma definição sobre a conduta diante de questões como a de pessoas que
197 tomam a primeira dose em outros estados e estão no Paraná no momento da segunda dose. Desta forma, propôs que
198 os municípios que tivessem essas demandas, repassassem rapidamente as informações para SESA – quantitativo, tipo
199 de vacina, data, para que pudessem fazer o pleito para o Ministério da Saúde. **Vera** disse que com relação à segunda
200 dose, a orientação do Ministério da Saúde era para que fosse feita no local onde a pessoa estivesse, bastando que
201 tivesse a comprovação da primeira dose – na carteirinha ou no sistema nacional, e, que o Ministério já estudava a
202 porcentagem da vacinas que enviariam a mais para todas as unidades federadas para atender esta necessidade.
203 **Márcia Huçulak** disse que o Ministro da Saúde havia se reunido com os governadores e com a frente nacional de
204 prefeitos na semana anterior e tinha afirmado que a partir de então não era para aguardar a chegada das segundas
205 doses da Coronavac. **Vera** afirmou que a orientação era para que fossem feitas as primeiras doses da AstraZeneca e
206 guardar a segunda dose da vacina do Butantan. Informou que sua equipe encaminharia o documento ministerial com tal
207 orientação naquele mesmo dia. **Maria Goretti** propôs que fosse mantido o que haviam construído, conforme Anexo II do
208 Plano Estadual de Vacinação Contra Covid-19 no Paraná, de forma que a distribuição das doses que estavam chegando
209 naquele dia seguisse a mesma lógica do que tinham pactuado anteriormente, encaminhando as doses para os
210 municípios maiores que ainda tivessem trabalhadores conforme o Anexo II. Disse, ainda, que as doses da Coronavac

211 chegariam no dia seguinte e estavam destinadas ao grupo de idosos de 80 a 84 anos. Assim, orientou que conforme os
212 municípios fossem concluindo os grupos de idosos por faixa etária, poderiam dar continuidade à vacinação com a faixa
213 etária subsequente. Falou que se houvesse outros questionamentos, como por exemplo sobre a doses destinadas à
214 indígenas e dificuldades na vacinação, deveriam fazê-los na reunião, com objetivo de sanar dúvidas e não deixar doses
215 de vacina paradas. **Sérgio**, Secretário Municipal de Saúde de Campo Mourão, disse que seu município sempre teve
216 como norte o Anexo II do Plano de Vacinação Estadual, orientando a estratégia de vacinação, porém, disse que o Anexo
217 não era claro com relação aos acadêmicos da área da saúde. Desta forma, pediu que definissem mais claramente a
218 questão da vacinação dos acadêmicos que trabalham em serviços de saúde. **Nestor** esclareceu que a questão deveria
219 ser tratada de forma análoga ao que já haviam discutido sobre profissionais da saúde: se o acadêmico estiver
220 trabalhando em serviço de saúde, é parte do grupo de trabalhadores da saúde, caso contrário, se não estiver
221 trabalhando em nenhum serviço de saúde, não é parte do referido grupo. Assim, afirmou que o fato de ser estudante de
222 um curso da área da saúde não garantiria a vacinação a ninguém, mas, o trabalho/estágio em serviços de saúde, por
223 sua vez, dariam esta garantia. **Sérgio** disse compreender e estar de acordo, mas, falou da importância de terem isso
224 discutido para melhor orientar as condutas nos municípios. Disse ainda que em sua região já havia lei municipal
225 exigindo a divulgação em portal de transparência dos nomes dos vacinados, o que via com muita preocupação e
226 entendia ser necessário um posicionamento do COSEMS ou da SESA sobre o assunto. **Ivo** afirmou que também havia
227 recebido ofício de um órgão do Ministério Público solicitando que tais informações estivessem disponíveis no site do
228 município. Então, passou a palavra à Vera para dar sequência à discussão da pauta. **Vera** disse que a questão da
229 vacinação para os acadêmicos estava descrita no Anexo II do Plano Nacional de Operacionalização. Em seguida,
230 apresentou tabela, com dados de 16 de fevereiro de 2021, com a proporção de trabalhadores da saúde vacinados por
231 Regional de Saúde. Falou que a informação não oficial que seu departamento tinha era que municípios de pequeno
232 porte já haviam vacinado todos os seus trabalhadores, mas, informou que sua equipe estava trabalhando no
233 levantamento da porcentagem de trabalhadores vacinados por município, para que pudessem definir o quantitativo de
234 doses que seria enviado para cada município. Ressaltou que esta definição deveria levar em consideração o
235 quantitativo populacional e a complexidade dos serviços de saúde existentes no município, de forma a priorizar os
236 profissionais de saúde em situação de maior exposição ao vírus. Apontou a porcentagem de vacinação dos
237 trabalhadores de saúde por Regional: Paranaguá 72%, a Metropolitana 69%, Ponta Grossa 57%, Irati 70%, Guarapuava
238 78%, União da Vitória 67%, Pato Branco 73%, Francisco Beltrão 72%, Foz do Iguaçu 74%, Cascavel 67%, Campo
239 Mourão 72%, Umuarama 66%, Cianorte 65%, Paranaíba 83%, Maringá 75%, Apucarana 71%, Londrina 60%, Cornélio
240 Procópio 73%, Jacarezinho 68%, Toledo 68%, Telêmaco Borba 70%, Ivaiporã 88%. **Nestor** disse que então ficava
241 encaminhada a questão da Deliberação sobre os trabalhadores de saúde, de forma a melhor esclarecer e apoiar os
242 gestores nas peças processuais e defesas, e que até o final da reunião seria apresentada a proposta de divisão das
243 doses de vacina que estavam chegando naquele dia, para que pudessem aprovar e proceder a separação para envio
244 ainda naquele dia ou no máximo no dia seguinte.

3.1. Situação Epidemiológica das Arboviroses e Índice de Infestação do *Aedes aegypti* no Paraná - janeiro 2021 - SESA/DAV. **Ivana** ressaltou que a Dengue continuava
246 acontecendo, em especial nas regiões norte e oeste do estado, e, junto à pandemia de Covid-19 – com isso,
247 contextualizou, os municípios enfrentavam a busca por leitos para casos de Dengue grave e Covid-19. Disse que os
248 números atuais da Dengue eram bem menores que do período anterior, considerando que haviam feito enfrentamento
249 grande à Dengue no verão passado. Mostrou que havia até aquele momento 30.825 notificações com 3.129 casos
250 confirmados – chamando a atenção para esta confirmação de apenas 10% dos notificados, levantando a questão
251 destas notificações de Dengue em um momento de pandemia de Covid-19 e outros agravos. Disse que naquela última
252 semana houve aumento de 15% no número de casos de Dengue – 425 casos a mais que na semana anterior. Mostrou

253 que até um mês antes comparavam a atual epidemia de Dengue com a situação do ano 2015/2016, mas, apontou que
254 em 2015/2016 no mesmo período tinham o dobro do número de casos atuais. Salientou que em 2020, naquele mesmo
255 período, havia 26.000 casos de Dengue, e em 2021 contabilizavam 3.129 casos. Assim, Ivana afirmou que tinham
256 surtos de Dengue em alguns municípios, não sendo uma situação generalizada no estado. Em seguida, apresentou o
257 diagrama de controle de casos prováveis de Dengue 2020/2021, mostrando que o acompanhamento feito demonstrava
258 que o número de casos estava dentro do esperado. Com relação aos casos confirmados, disse que a situação estava
259 mais tranquila, com número abaixo do esperado para aquele momento. Porém, ressaltou que havia 7.491 casos ainda
260 em investigação. Com relação a incidência da Dengue no estado, Ivana mostrou que alguns municípios tinham
261 ocorrência de surtos localizados. Destacou a região do litoral paranaense, que havia recebido muita gente de diversas
262 regiões do estado no período do final de ano, e, conseqüentemente, apresentou aumento do número de casos –
263 considerando a presença do vetor na região. Apontou que as demais regiões eram já conhecidas para ocorrência da
264 Dengue, exceto a região de Sengés – 3ª Regional de Saúde, que teve seu primeiro surto de Dengue. Ivana afirmou que,
265 como o Paraná estava com o número de casos dentro do esperado até aquele momento, o estado tinha condições de
266 estar nos municípios com equipes de campo, ajudando e acompanhando os trabalhos para solução destas situações de
267 surto. Apresentou tabela com a distribuição de casos por Regional de Saúde, apontando as regionais com maior
268 ocorrência: Paranaguá, Ponta Grossa, Foz do Iguaçu e Paranavaí. Com relação à investigação dos óbitos notificados
269 por Dengue, Ivana ressaltou que estavam conseguindo investigar todos os óbitos em tempo hábil, e mostrou que dos 99
270 casos suspeitos de óbito por Dengue, 31 eram Covid-19. Ivana disse que haviam chamado muito a atenção nas
271 reuniões do COE para o uso de teste rápido para diagnóstico de triagem, considerando que o teste rápido da Dengue
272 cruzava com Covid, assim como o teste de Covid cruzava com o teste rápido da Dengue – o que estava sendo
273 observado nas regiões de ocorrência da Dengue. Assim, falou que o uso do teste rápido não estava sendo
274 recomendado para Dengue. Mostrou gráfico sobre a investigação de óbitos notificados de Dengue no período de 2020
275 (SE 31) – 2021 (SE06), indicando, como já afirmado, que 30% dos óbitos suspeitos de Dengue tinham síndrome
276 respiratória. Com relação à circulação viral, Ivana apontou a predominância do Den-2, lembrando que foi a ocorrência
277 do Den-2 que provocou o grande surto em 2020. Mas, mostrou que na região de Londrina só havia sido notificada a
278 circulação do Den-1. Concluiu, portanto, que estes eram os dois sorotipos encontrados no estado do Paraná – Den-2 e
279 Den-1. Em seguida, Ivana apresentou mapa do estado com risco climático da Dengue por município, mostrando que a
280 região do litoral era a de maior risco para proliferação vetorial par Dengue naquele momento. Com relação à Zika e
281 Febre Chikungunya, afirmou que o estado ainda tinha uma situação confortável com número baixo de casos: 5 casos de
282 Chikungunya, sendo 4 autóctones, e apenas 1 caso de Zika (no município de Cambé). Contextualizou que em 2020
283 havia sido suspenso o levantamento do índice de infestação predial por *Aedes aegypti*, mas, que, mesmo suspenso,
284 muitos municípios haviam feito o monitoramento. Ainda, relatou que em 2021, no período de 01/01/2021 a 19/02/2021,
285 80% dos municípios do Paraná haviam feito o levantamento e apresentou o mapa com os índices por município.
286 Lembrou que os piores meses de ocorrência de Dengue eram março, abril e maio. Mostrou que naquele momento 86
287 municípios apresentavam índice de infestação acima de 4, ressaltando que o maior índice encontrado tinha sido 14% na
288 região de Telêmaco Borba – uma região que não tinha ocorrência de Dengue antigamente. Disse que regiões que até
289 então nunca haviam passado pelo enfrentamento da Dengue já apresentavam surtos da doença. Assim, agradeceu o
290 esforço dos municípios no levantamento feito e pediu que trabalhassem no enfrentamento da redução desta infestação.
291 Disse que a visita domiciliar havia sido modificada com a pandemia de Covid-19, ficando limitada apenas à área externa
292 dos imóveis, mas, reforçou que ela precisava ser implementada de forma a incentivar a colaboração da população nesta
293 mobilização. Ivana apresentou a lista dos 86 municípios com índice de infestação elevado e dos 143 municípios em
294 situação de alerta. Reforçou que era um dado importante para orientar o trabalho de forma a se evitar epidemia nos

295 meses seguintes. Co relação aos depósitos, Ivana afirmou que sempre houve predominância do lixo, que seguia sendo
296 a maior influência, mas, destacou que haviam encontrado principalmente a situação de depósitos ao nível do solo para
297 armazenamento doméstico – 12,7%. Afirmou que por conta da situação de estiagem no Paraná, haviam sido
298 encontrados muitos depósitos em quintal com caixas d'água, tanques, baldes, tambores, que levaram a surtos nesses
299 municípios. Ressaltou a importância de verificar o acondicionamento adequado do material reciclável, já que situações
300 de surtos tinham sido observadas em especial em locais onde havia pessoas que trabalhavam com recicláveis, já que
301 estas pessoas não tinham a percepção de que aquele material era criadouro para o vetor. Então, Ivana apresentou
302 gráfico com a distribuição de casos notificados e confirmados de Dengue no município de Sengés, que vivenciou grande
303 surto e após intervenção de duas semanas da equipe do estado já apresentavam redução no número de casos. Relatou
304 que nestas duas semanas mais de 1.500 imóveis haviam sido visitados pela equipe do estado, que apoiavam em
305 serviço os agentes de endemia do município que ainda não tinham experiência do trabalho no enfrentamento da
306 Dengue. Ivana relatou, ainda, que a equipe do estado esteve por duas vezes no município de Serranópolis do Iguaçu –
307 um município com muita dificuldade de trabalho, devido à alta rotatividade de sua equipe, que dificultava o treinamento
308 para o enfrentamento à Dengue. Contou que o município teve um surto no final do ano de 2020 – ocasião em que a
309 intervenção feita foi o uso de UBV pesada, com consequente redução no número de casos, devido à diminuição no
310 número de alados. Mas, Ivana mostrou, sem a remoção dos criadouros, o uso da UBV pesada não era medida efetiva,
311 como aconteceu em Serranópolis do Iguaçu, com novo aumento do número de casos logo em seguida. Assim, relatou
312 que foi feita uma segunda intervenção com apoio da Regional de Saúde, com trabalho focado na remoção de
313 criadouros, para que tivessem resultados mais efetivos. Concluiu sua fala dizendo que haviam levantado a existência do
314 mosquito e a partir de então deviam trabalhar para eliminá-lo. **Maria Goretti** pediu que Ivana esclarecesse melhor a
315 questão do teste rápido, tratando também da questão do diagnóstico diferencial de Dengue e Covid-19. **Ivana** disse que
316 havia a Nota Técnica, elaborada junto com Lacen-PR, sobre o uso dos testes em diagnóstico de Dengue.
317 Contextualizou que desde 2016 o teste rápido de Dengue havia cruzado com Zika, e, então, passaram a orientar o uso
318 do referido teste como triagem, considerando que ele cruzava dois arbovírus. Salientou que com a atual pandemia, o
319 teste rápido da Dengue passou também a cruzar com Covid, e assim, a orientação era que preferencialmente não fosse
320 usado o teste rápido, e se utilizado, que não descartassem nenhum agravado, com muita atenção à clínica do paciente, já
321 que a maioria dos casos de Dengue não cursam com síndrome respiratória. Reforçou que o Lacen disponibiliza para
322 100% dos casos (graves, sinais de alarme, gestantes, casos de risco, hospitalizados) o exame laboratorial – PCR ou
323 sorologia, dependendo da data do início dos sintomas. Portanto, salientou que os diagnósticos não deveriam ser
324 fundamentados em testes rápidos. **Maria Goretti** agradeceu a apresentação de Ivana e todo o trabalho da equipe de
325 vigilância ambiental e da atenção primária à saúde, destacando que os locais onde vinham conseguindo avançar com
326 um trabalho efetivamente integrado eram as áreas de enfrentamento à Dengue. **3.2. Apresentação da Cobertura**
327 **Vacinal no Paraná – SESA/DAV.** **Maria Goretti** afirmou que já havia disponibilizado a apresentação antecipadamente
328 para o COSEMS e, devido ao adiantado da hora, pediu que Vera apresentasse diretamente os dados das coberturas
329 vacinais. **Vera**, então, apresentou os dados de cobertura vacinal das oito vacinas para crianças menores de dois anos
330 de idade. Primeiramente apresentou tabela com os dados de todos os estados do Brasil, mostrando que o Paraná tinha
331 cobertura de 87,98% para BCG, 75,4% para Febre Amarela, 87,74% para Meningo C, 87,49% para Pentavalente,
332 85,41% para Vacina Inativada Poliomielite (VIP), 86,60% para Rotavírus, 89,06% para Pneumo10 e 84,62% para
333 Tríplice Viral. Em seguida mostrou a evolução das doses aplicadas em 2019 e 2020, apontando boa cobertura vacinal
334 no início de 2019, com acentuada queda na vacinação no mês de setembro devido à migração no sistema de
335 informação. Em 2020, apontou dois períodos de diminuição da vacinação – início da pandemia de Covid-19 e no final do
336 ano. Vera disse que em 2019 haviam atingido a homogeneidade da cobertura vacinal em duas vacinas – BCG e

337 Rotavírus, e em 2020 não haviam atingido homogeneidade para nenhuma vacina – o que significa que a grande maioria
338 dos municípios não apresentava cobertura vacinal adequada. Informou que o banco para atualização dos dados ainda
339 se encontrava aberto, mas, que fecharia em 31 de março (até esta data, portanto, poderiam ser feitas correções e
340 inclusão de dados). Vera afirmou que a queda da cobertura vacinal era preocupante, mesmo sabendo das dificuldades
341 impostas pela pandemia – salientou que a vacina da Febre Amarela, mesmo tendo sido trabalhada durante todo o ano e
342 mesmo dispondo de vacinas, não haviam alcançado 80% de cobertura vacinal para menores de um ano de idade.
343 Contextualizou, ainda, a preocupação com o sarampo, endêmico no Brasil, com cinco estados com casos em surto
344 ativo, incluindo São Paulo e Rio de Janeiro, e a cobertura da Dose 1 do Sarampo (aos 12 meses de idade) estava em
345 84,62% - o que indicava um bolsão de suscetíveis, com a possibilidade de entrada do vírus no estado novamente. **Maria**
346 **Goretti** agradeceu a apresentação, afirmou que para todas as vacinas o Paraná apresentava cobertura acima da média
347 nacional, o que não deixava o estado tranquilo, considerando que a vacinação é um desafio permanente. Reforçou a
348 importância do trabalho das equipes municipais de vacinação, de forma a buscar o alcance das adequadas coberturas
349 vacinais. **3.3. Apresentação da situação sobre a Mortalidade Materna e infantil e Fetal no Paraná – SESA/DAV.**
350 **Acácia** disse que naquele momento em que trabalhavam focados no Coronavírus, haviam deixado de olhar para a
351 mortalidade materno-infantil, o que levou a um aumento na mortalidade materna e infantil. Afirmou que a mortalidade
352 materna é uma questão de gênero, que as mulheres morrem pelo risco reprodutivo, e que, quanto maior a fecundidade,
353 maior a população de um município, estado ou país, e maior a mortalidade materna – reforçou, assim, a importância de
354 se trabalhar a prevenção da mortalidade materna. Afirmou que o Paraná apresentava níveis médios de mortalidade
355 materna, mas, salientou, que não estavam conseguindo trabalhar para evitar as mortes evitáveis – no pré natal, parto e
356 pós parto. Apontou a existência de diferenças entre as regiões de saúde – apresentou dados da razão de mortalidade
357 materna por 100.000 nascidos vivos por macrorregião de saúde, chamando a atenção para a Macrorregião Norte, que
358 apresentava em 2019 e 2020 o maior índice. Ressaltou a importância de as regiões e macrorregiões conhecerem seus
359 indicadores e do trabalho dos comitês hospitalares e municipais de investigação de óbito, para que possam prevenir
360 estes óbitos que são evitáveis. Em seguida, Acácia apresentou gráfico da frequência de óbitos maternos por mês,
361 mostrando que a frequência dos óbitos oscilava entre os meses, já que eram as pequenas causas que determinavam
362 esses óbitos. Assim, falou da necessidade de que olhassem para estas vulnerabilidades – fatores socioeconômicos,
363 menor acesso e menor procura às consultas durante a pandemia. Apresentou mapa da razão de mortalidade materna
364 por região de saúde no ano de 2020, ressaltando que ainda não era um ano fechado no sistema, e apontou a
365 quantidade de regiões com níveis médios, em especial no noroeste e norte do estado, além da região de Paranaguá.
366 Mostrou que no ano de 2020 as regiões de Telêmaco Borba, Paranaguá, Paranaíba, Umuarama, Londrina,
367 apresentavam níveis muito altos de mortalidade materna, com razão de mortalidade acima do nível do estado do
368 Paraná. Considerando a faixa etária, Acácia mostrou que as mulheres que mais morriam eram aquelas em idade fértil e
369 que provavelmente programaram a gravidez – com idades entre 20 e 39 anos. Considerando a escolaridade, apontou
370 que a maioria dos óbitos era de mulheres com nível fundamental II e ensino médio. Mostrou, ainda, que os óbitos
371 maternos no Paraná eram em sua maioria de mulheres da raça/cor branca, e aconteciam em quase todos os casos em
372 hospitais. Com relação à causa dos óbitos, mostrou que as principais causas eram aquelas diretamente relacionadas à
373 gravidez, parto e puerpério, mas ressaltou que não deveriam esquecer das causas pré-existentes, como diabetes e
374 hipertensão, que culminavam não apenas na morte materna, mas, também, na morte infantil. Dentre as causas
375 obstétricas diretas para mortalidade materna, Acácia apontou a supremacia da hipertensão e das hemorragias pós-
376 parto, principalmente devido à atonia uterina. Dentre as principais causas obstétricas indiretas para mortalidade
377 materna, elencou as doenças do aparelho circulatório, seguida de outras afecções, como as neoplasias. Disse que
378 assim como no Brasil, no Paraná o maior índice de mortalidade materna se dá no pós parto, principalmente no primeiro

379 dia de pós parto. Em seguida, Acácia apresentou os dados de mortalidade materna por Covid-19, totalizando 21 óbitos,
380 dos quais 4 foram óbitos maternos tardios, que não são contabilizados na razão da mortalidade. Considerando a região
381 de saúde, Acácia mostrou que a maior concentração de óbitos se deu na região Metropolitana. Afirmou que a maioria
382 dos óbitos maternos analisados no estado do Paraná é evitável em algum momento da atenção à saúde. Na sequência,
383 apresentou dados sobre a mortalidade infantil e fetal, apontando a redução de 53% na taxa de mortalidade infantil no
384 Paraná no período de 1994 a 2012, tendo atingido em 2020 um dígito, que era o objetivo do estado. Já em 2021, disse
385 que os dados eram muito preliminares e ainda não tinham os dados de todos os nascidos vivos no sistema. Mostrou
386 que tanto a taxa de mortalidade infantil como fetal oscilava entre os meses, e era muito maior que a taxa de mortalidade
387 materna. Disse que as causas de óbitos infantis e fetais eram as mesmas e, portanto, afirmou que melhorando a
388 qualidade do pré-natal e a assistência ao parto, era possível reduzir estes óbitos. Disse que nos anos de 2019 e 2020
389 as regiões norte, centro-sul e oeste do Paraná apresentavam as piores taxas de mortalidade infantil do estado, e as
390 regiões noroeste, norte e centro-sul tinham as piores taxas de mortalidade fetal. Acácia apontou que o principal
391 componente da mortalidade fetal era o neonatal precoce (até 7 dias de vida). Mostrou que tanto os óbitos infantil e fetal
392 em sua maioria eram de mães com faixa etária entre 20 e 39 anos, da raça/cor branca, e a maior parte delas eram
393 mulheres que haviam planejado a gravidez. Falou da importância da assistência hospitalar, considerando que a maioria
394 dos óbitos acontecia nos hospitais. Em seguida, disse que os problemas identificados na análise dos óbitos infantis e
395 fetais haviam mostrado que os principais problemas tinham se dado durante o pré natal e o parto, e a maioria das
396 causas eram as afecções originadas no período perinatal - prematuridade, asfixia e infecções. **Lorena**, Secretária
397 Municipal de Saúde de Mallet, disse que analisando a fala de Acácia, havia ponderado a necessidade de investimento
398 na qualificação dos serviços de referência para parto, ressaltando o grande número de casos de *Near Miss* materno.
399 Disse que em seu município contava com hospital de pequeno porte que estava na Linha Guia como referência para
400 parto de risco habitual, mas que, de fato, não tinha condições e prestar tal atendimento. Contou que buscavam outros
401 serviços para mudar a referência, mas, que não havia prestador interessado em assumir os atendimentos aos partos.
402 Assim, reafirmou que, mesmo entendendo a importância do atendimento pré natal, era necessário se pensar a
403 qualificação dos serviços de referência. **4. Pactuações. 4.1. Cronograma de Pactuação Interfederativa de**
404 **Indicadores para Municípios, Regiões de Saúde e Estado – SESA/NGE. Sandra Busnello**, contextualizou que todos
405 os anos era pactuado o cronograma de pactuação interfederativa de indicadores estabelecidos pela Comissão
406 Intergestores Tripartite. Disse que a Resolução CIT nº 08/2016, que dispõe sobre o processo de pactuação
407 interfederativa de indicadores, já estabelecia os indicadores para os próximos 5 anos – de 2017 a 2021, sendo,
408 portanto, os mesmos indicadores pactuados desde 2017. Assim, disse que a proposta que traziam para pactuação era
409 do cronograma. Pontuou que, de acordo com a Resolução citada, a definição de metas para os indicadores deveria ser
410 finalizada até 31 de março de cada ano, mas, salientou que na proposta elaborada haviam estendido um pouco este
411 prazo, considerando que havia novos gestores, novos técnicos, e nem todos tinham conhecimento deste processo.
412 Sandra apontou que de acordo com o artigo 7º da Resolução CIT nº 08/2016, o fluxo da pactuação interfederativa se
413 davam da seguinte forma: os municípios se reúnem em CIR para discutir e pactuar as metas municipais e regionais
414 observando as especificidades locais, e então, é emitida Deliberação CIR aprovando a Pactuação Interfederativa.
415 Sandra ressaltou que por muitos anos não vinham sendo pactuadas as metas das regiões de saúde e que a partir deste
416 ano voltariam a pactuar as metas das regiões. Explicou que a pactuação municipal deve ser submetida ao respectivo
417 Conselho Municipal para aprovação, e o Conselho emite resolução aprovando a Pactuação. Então, continuou, a
418 pactuação deve ser formalizada pelas secretarias municipais de saúde mediante registro e validação no sistema
419 informatizado – sistema DigiSUS, com posterior homologação pela Secretaria de Estado da Saúde – homologação é
420 feita pelos técnicos nas Regionais de Saúde. Sandra disse que o sistema DigiSUS ainda não disponibilizava campo

421 para lançamento das pactuações regionais, mas que já trabalhavam para inclusão deste campo. Explicou que a
422 pactuação estadual seguia a mesma lógica da pactuação municipal, devendo ser discutida em CIB e submetida ao
423 Conselho Estadual de Saúde. Afirmou que a pactuação é ascendente, e desta forma é primeiro feita nos municípios,
424 nas regiões e depois no estado – com base no que os municípios pactuam e nos resultados alcançados até então, o
425 estado estabelece as metas para o próximo ano. Então, Sandra apresentou a proposta de cronograma: a partir de
426 15/03/2021: o NGE/SESA encaminharia Informe Técnico às Regionais de Saúde e ao COSEMS sobre o processo e as
427 etapas municipais e regionais referente à Pactuação Interfederativa, com prazos estabelecidos – afirmou que
428 conseguiriam antecipar esta etapa; 29/03/2021 a 14/04/2021: Técnicos das Regionais de Saúde e Apoiadores do
429 COSEMS em processo de sensibilização e assessoramento aos gestores e técnicos municipais sobre as etapas de
430 pactuação Interfederativa, com orientações que subsidiem a definição das metas municipais e das regiões de saúde
431 para o ano de 2021, discussão e pactuação em CIR sobre o estabelecimento de metas municipais e das 22 regiões de
432 saúde; 23/04/2021: apresentação das metas municipais pactuadas em CIR aos respectivos Conselhos Municipais de
433 Saúde para aprovação; de 23/04/2021 a 30/04/2021: registro pelo gestor municipal da pactuação Municipal no sistema
434 DigiSUS Módulo Planejamento, e validação do Conselho Municipal de Saúde no referido sistema; de 03/05/2021 a
435 14/05/2021: homologação das metas municipais pelos técnicos estaduais no Sistema DigiSUS Módulo Planejamento;
436 entre 03/05/2021 e 14/05/2021: data limite para encaminhar ao NGE/SESA as deliberações CIR e metas municipais e
437 regionais pactuadas; de 01/06/2021 a 30/06/2021: apresentação e discussão em CIB das metas estaduais da pactuação
438 interfederativa para o ano de 2021; de 01/06/2021 a 30/06/2021: apresentação da pactuação interfederativa para
439 aprovação do Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR; e por fim, de 01/06/2021 a 30/06/2021: registro das
440 metas estaduais no Sistema DigiSUS Módulo Planejamento. Ivo agradeceu à SESA da compreensão em aguardar a
441 chegada dos novos gestores para a referida pactuação. E disse que pelo COSEMS estava pactuada a proposta
442 apresentada. **4.2. Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 - SESA/DAV.** Nestor esclareceu que o Plano
443 Estadual de Vacinação contra a Covid-19 já havia sido discutida e pactuada em Câmara Técnica, mas, que precisavam
444 discutir em reunião da CIB-PR, constando em ata a aprovação, para que fosse homologada a Deliberação CIR. Ivo
445 sinaliza à Nestor que pelo COSEMS estava pactuado, assim, fica aprovado o Plano Estadual de Vacinação contra a
446 Covid-19. **4.3. Estratificação de Risco Gestacional - SESA/DAV.** Carolina Poliquesi, Divisão de Saúde da
447 Mulher/DAV/SESA, contextualizou que diante da necessidade da revisão da estratificação de risco gestacional, tinha
448 sido iniciado um processo colaborativo e participativo no estado com este objetivo. Agradeceu ao COSEMS e a todos os
449 gestores que participaram deste processo, assim como, às Regionais de Saúde e equipes de atenção primária,
450 ambulatorial e hospitalar que estiveram junto. Então, passou à apresentação do desenho definido. Disse que a
451 estratificação de risco estava pautada no Planifica SUS e que tinham sido mantidos os riscos habitual, intermediário e
452 alto risco. Carol mostrou que diferentemente da estratificação anterior, nesta proposta especificavam ainda mais os
453 grupos de gestantes, citando características individuais e socioeconômicas e histórias reprodutiva anterior que estariam
454 incluídas no grupo, além de condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual. Exemplificou com o
455 grupo de Risco Habitual - as gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis,
456 inclusive aquelas com obesidade grau I e grau II (IMC<40); aquelas com até dois abortos precoces (até 12 semanas)
457 em gestações anteriores; e aquelas com ameaça de aborto, hipotireoidismo, tabagismo, etilismo sem indicativo de
458 dependência, anemia leve, depressão e ansiedade leve, sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com
459 penicilina benzatina ou com achados ecográficos de sífilis congênita). Sobre o local de atendimento, Carolina salientou
460 que a Atenção Primária estaria em todos os estratos de risco, buscando fortalecer a questão do cuidado compartilhado,
461 para que a gestante de risco intermediário e de alto risco não tenha alta da atenção primária, mas, possa ser feito este
462 cuidado compartilhado entre os diversos pontos de atenção. Esclareceu que haviam colocado alguns escalonamentos

463 tanto para o uso de tabaco como para uso de álcool, já que dentre as necessidades de revisão da estratificação de
464 risco, uma das maiores problemáticas apontadas pelas equipes era a dificuldade de acesso à agenda do alto risco.
465 Explicou que com isso buscava-se acesso mais rápido ao alto risco para as gestantes que realmente precisassem.
466 Disse que essas planilhas já estavam também nas carteiras da gestante. Então, Carolina destacou alguns pontos
467 específicos para maior esclarecimento: a necessidade de capacitação constante para atenção primária para tratamento
468 da sífilis e o acompanhamento das gestantes com diabetes não insulínica, que pode ser feito equipe
469 multiprofissional especializada da Atenção Ambulatorial Especializada. Contou que dariam início ao projeto Terça Tece
470 Linha, desenvolvido pela área técnica da DAV/SESA em parceria com a Escola de Saúde Pública do Paraná –
471 encontros transmitidos online, pelo canal da SESA no YouTube, com previsão de acontecer uma terça-feira por mês,
472 durante uma hora e meia, contemplando, a partir de dados epidemiológicos, assuntos pertinentes à Linha de Cuidado
473 Integral à Saúde da Mulher e Atenção Materno-Infantil. Disse que, conforme programação já encaminhada via
474 Regionais de Saúde, o primeiro encontro aconteceria dia 02 de março no período das 9h às 10:30h, e trataria da
475 estratificação de risco. Retomando a apresentação, Carolina ressaltou que a estratificação de risco deve ser realizada
476 em todos os atendimentos, ou seja, na primeira consulta e em todas as subsequentes programadas, ou sempre que for
477 identificado um fator de risco, valendo o critério de maior risco. Falou da importância de trocar os termos referência e
478 contrarreferência, que davam a ideia de alta do serviço, para a proposta de cuidado compartilhado; da construção do
479 Plano de Cuidados da Gestante na transição do cuidado da Atenção Ambulatorial Especializada para Atenção Primária
480 à Saúde. Carolina disse que o documento apresentado seria disponibilizado no site, e que a equipe técnica estava
481 disponível para qualquer necessidade. Ivo agradeceu a apresentação de Carolina e disse que diante da estratificação
482 de risco era necessário o trabalho paralelo com mais três situações: a questão dos pontos de atenção, o financiamento,
483 e a avaliação dos serviços já existentes – disse perceber que as Regionais precisavam do apoio do nível central da
484 SESA para avaliação dos serviços existentes, em especial os serviços de alto risco. Carolina disse que o documento
485 apresentado contemplava o respeito às pactuações e programações dos programas vigentes. Maria Goretti agradeceu
486 Carolina e a equipe técnica que participou da elaboração da proposta apresentada, lembrou que a proposta já havia
487 sido apresentada e discutida no ano anterior, com resultados produtivos. Afirmou que tinham as mesmas preocupações
488 que o COSEMS e que trabalhariam para levar para discussão na próxima reunião do Grupo Técnico de Atenção à
489 Saúde a questão dos pontos de atenção, assim como, da avaliação dos serviços, e, talvez conseguissem também, a
490 proposta de um financiamento adequado para toda a Linha de Atenção Materno-Infantil no Paraná. Nestor disse que,
491 então, ficava aprovada a proposta com os apontamentos do COSEMS que seriam trabalhados pela SESA-PR. **4.4.**
492 **Plano de Ação Estadual da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência - SESA/DAV. Aline**, da Divisão
493 de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência/DAV/SESA, apresentou a proposta de atualização do Plano de Ação
494 Estadual da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência – afirmou que o Plano tratava-se de um instrumento
495 utilizado para implantação, qualificação e implementação da rede da linha de cuidado à saúde da pessoa com
496 deficiência. Explicou que o Plano apresentado era um compilado dos Planos Regionais, que vinham sendo trabalhados
497 desde 2019. Contextualizou que o Plano estava previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017
498 (ref:PRT793/2012), que, conforme o Artigo nº 6, define quatro pontos principais para o desenho e organização deste
499 plano: I. Apresentação de Linha de Cuidado à Saúde da PcD – explicou que nesta apresentação destacavam todos os
500 pontos de atenção, incluindo atenção primária, secundária e terciária; II. Realização de diagnóstico e análise da
501 situação de saúde e elaboração do desenho regional da Linha de Cuidado à Saúde da PcD; III. Pactuação Desenho
502 Regional da Linha de Cuidado de Saúde da PcD e do Plano de Ação Regional na CIB – que, segundo Aline, era o
503 momento em que se encontravam; e, IV. Elaboração dos Planos de Ação Municipal dos Municípios. Aline contou que na
504 reunião da Câmara Técnica, realizada no dia anterior, houve questionamento sobre nem todas as regiões terem

participado da confecção dos Planos Regionais, mas, esclareceu que havia sido feito e que mostraria a linha do tempo com a localização do início deste processo. Disse que combinaram que trabalhariam novamente junto aos municípios e novos gestores para identificação do que precisaria de fato ser organizado no Plano. Então, apresentou a Linha do Tempo da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência desde 2012, mostrando que em 2019 tinha sido enviado o Memorando Circular nº 048/2019 para as Regionais de Saúde solicitando a atualização dos Planos de Ação Regionais da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência, o que foi trabalhado ao longo dos anos de 2019 e 2020. Em seguida, Aline apresentou mapa com os 25 serviços já implantados e habilitados para reabilitação de deficiência física, assim como os 18 novos pleitos de serviços para implantação. Na sequência, os mapas dos serviços de deficiência auditiva, com 19 serviços implantados e 8 serviços para implantação; dos serviços de deficiência visual, com 2 serviços implantados para reabilitação, 15 serviços que fazem dispensação de órteses e próteses e 8 serviços para implantação; dos serviços de deficiência intelectual, com 323 serviços implantados (em sua maioria as APAES) e 10 serviços para implantação. Por fim, Aline apresentou o mapa com todos os serviços da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência – os serviços implantados e aqueles que seriam pleiteados junto ao Ministério da Saúde. Ressaltou que o Plano era um instrumento dinâmico, cuja atualização é demandada pelo Ministério da Saúde anualmente. Aline contou que haviam solicitado às Regionais que fizessem e pactuassem os Planos Regionais, e disse que eles foram enviados, ressaltando que a 2ª Regional pactuou o Plano também. Disse que na reunião do dia anterior tiveram questionamento da Secretaria Municipal de Curitiba, que afirmou não ter participado desta pactuação, mas afirmou que o Plano Regional havia sido, de fato, pactuado. Relatou que outro questionamento se deu em relação a serviços que não estavam prestando atendimento, mas afirmou que geravam a produção destes serviços – o que, segundo Aline, tinha sido feito desde o Planejamento Regional Integrado, quando elencaram todos os prestadores, verificando se estava habilitados ou não, e, qual era a produção apresentada. Contou que este levantamento foi enviado para as Regionais, que avaliaram se a informação procedia. Assim, falou que enviaram e-mail para Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba no dia anterior, pedindo que informassem o que precisaria ser corrigido no Plano. **Adriane**, Secretária Municipal de Saúde de Pinhais, disse que já tinham algumas situações da 2ª Regional, que em 2019 tinha sido necessária aprovação de um Plano que havia sido apresentado, mas, não, discutido, por conta de alguns serviços que precisavam constar no Plano para aprovação, tendo ficado como compromisso da 2ª Regional o retorno desta discussão. Afirmou, portanto, que na 2ª Regional não houve discussão, mas, apenas, aprovação de uma proposta apresentada a fim de garantir habilitação dos serviços. Assim, disse que precisariam retomar esta discussão na Regional. **Ivo** disse que na Câmara Técnica já haviam deixado claro a necessidade das discussões do Plano nas Regionais de Saúde. Perguntou a data para envio do Plano, Aline informou que era dia 26/02/2020. **Aline** salientou que o Ministério da Saúde usaria este Plano, com o escalonamento de pleitos que seria enviado, para previsão orçamentária para o Estado do Paraná. Assim, sugeriu que a proposta fosse pactuada, mas que fosse discutida novamente, com envio posterior de novo documento para o Ministério da Saúde, se necessário, buscando assim, garantir os pleitos e os serviços que buscavam implantar. **Ivo** disse que não gostariam de perder o recurso para manutenção dos serviços existentes e implantação dos novos serviços necessários, mas, que, ficava preocupado com a questão das discussões e melhor articulação nas Regionais. Assim, disse entender que seria necessário garantir a pactuação para garantia dos recursos, mas, também, encontrar uma forma de garantir a discussão nas Regionais. **Márcia Huçulak** disse que o que estava colocado para Curitiba no Plano não correspondia à realidade há muito tempo e, portanto, que a proposta estava equivocada. **Aline** reafirmou que na reunião do dia anterior haviam combinado que Curitiba enviaria as alterações necessárias para correção do Plano. **Márcia Huçulak** falou que haviam tomado conhecimento do Plano no final da tarde do dia 22/2/2021, véspera da reunião da Câmara Técnica da CIB-PR. **Aline** disse que o Plano tinha sido pactuado em CIR da 2ª Região de Saúde. **Maria Goretti** sugeriu que fosse feito um grupo para trabalhar as devidas alterações do



547 Plano da 2ª Regional, para que o Plano fosse encaminhado sem equívocos, de forma a cumprir o prazo e não perder os
548 financiamentos. Disse que o Plano era dinâmico e que poderiam fazer novos pleitos conforme necessidade, mas, que
549 não poderiam perder o prazo de envio ao Ministério da Saúde. **Márcia Huçulak** ressaltou que o Plano havia sido
550 pactuado com o compromisso de retomarem as discussões, porém, esta retomada não tinha acontecido. Assim, disse
551 que precisariam marcar para semana seguinte uma conversa sobre o assunto. **Maria Goretti** pontuou que muitas
552 discussões haviam sido interrompidas no ano de 2020 e que era importante compreender este contexto, e que, diante
553 das inconsistências encontradas naquele momento, precisavam discutir para resolver o problema. **Ivo** concordou que
554 fosse montado grupo para discussão da situação, mas, reforçou o pedido de que todas as Regionais voltassem a
555 discutir o tema, para melhor apropriação e encaminhamentos. **Aline** disse que contavam com o Grupo Condutor, com
556 representante do COSEMS, e que já tinham previsão de fazer este trabalho. **Maria Goretti** reforçou que o trabalho
557 conjunto era de maior interesse da SESA e que o Plano Estadual era a reunião de todos os Planos Regionais, e disse
558 que as inconsistências deveriam ser trabalhadas e resolvidas. **Nestor**, então, disse que ficaria encaminhado desta
559 forma: corrigiriam as inconsistências até o dia 26/02/2021, para que pudessem encaminhar o Plano dentro do prazo, e
560 na sequência a discussão seria reaberta para as necessárias atualizações. **4.5. Plano de Ação Regional - PAR**
561 **Noroeste/Planos de Atenção às Urgências – SESA/DAV.** **Giovana**, da Gerência de Atenção à Urgência/DAV/SESA,
562 apresentou o Plano de Ação Regional – PAR da Macrorregião Noroeste. Contextualizou que a formação dos Planos de
563 Ação Regionais se dava nas Regionais de Saúde, então, a Regional Sede das Macrorregiões compilava os dados e
564 encaminhava para o Grupo Técnico (GT) de Urgência. Explicou que o GT havia devolvido o Plano da Macrorregião
565 Norte para algumas alterações e aguardava o retorno para discussão no Grupo. Contou que o Plano da Macrorregião
566 Noroeste não tinha sido apresentado na Câmara Técnica da CIB no dia anterior por já ter sido discutido no GT. **Giovana**
567 relatou que além do encaminhamento do Plano, o Ministério da Saúde havia solicitado, em dezembro/2020, que o
568 documento de aprovação do Plano contivesse em anexo as planilhas dos novos pleitos. Apresentou, assim, o Anexo I,
569 com a proposta de habilitação e qualificação de UPAs, mostrando que o cronograma incluía até 2021 a qualificação da
570 UPA Porte II de Campo Mourão, que em Umuarama seguia-se com 6 UPAs já habilitadas para qualificação, que em
571 Cianorte a UPA já estava qualificada e já recebia o recurso tanto da habilitação como da qualificação, que em Paranavaí
572 o pleito era somente para habilitação, que na 15ª Regional a solicitação era para qualificação de UPA em Astorga,
573 Colorado, Nova Esperança, Mandaguari e Paiçandu. Em seguida, apresentou o Anexo II – Proposta de Habilitação e
574 Qualificação de SAMU, mostrando a solicitação de inclusão de Goioerê como suporte avançado e de Campina da
575 Lagoa com previsão de implantação de Unidade de Suporte Básico. Disse ser muito importante que além de o pleito
576 constar no Plano de Ação Regional, que os municípios atentassem para atualização no SAIPES. Relatou que no dia
577 anterior após a reunião da Câmara Técnica, um município havia feito contato com a Gerência de Urgência questionando
578 o motivo da suspensão do repasse da Unidade de Suporte Básico, mas, informou que era o município quem
579 acompanhava isso no sistema e à Gerência de Urgência cabia o envio do Plano de Ação Regional ao Ministério da
580 Saúde. Seguiu apresentando a Proposta de Habilitação e Qualificação de SAMU, apontando que na ampliação havia
581 solicitação de Suporte Básico para Querência do Norte, Douradina, Paraíso do Norte e São João do Caiuá, e, Suporte
582 Avançado em Loanda. Então, **Giovana** apresentou o Anexo III – Proposta de Habilitação e Qualificação para o SAMU
583 Norte Novo, mostrando que na 15ª Regional solicitavam atualização do porte da central de regulação da urgência, já
584 que já tinham as suas unidades habilitadas e qualificadas, assim como o aeromédico, que já era habilitado e qualificado,
585 e pedido de ampliação para unidade de suporte básico de Marialva e de Mandaguaçu, e o veículo de intervenção rápida
586 para o município de Maringá. Apresentou, em seguida, o Anexo IV – Proposta do Componente Hospitalar de Porta de
587 Entrada, mostrando que o custeio de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para Hospital Geral era de R\$
588 1.200.000,00, para Tipo I era de R\$ 2.400.000,00, e para o Tipo II, R\$ 3.600.000,00. **Giovana** mostrou as propostas de

589 porta de entrada, com as observações de cada unidade, considerando que algumas não correspondiam exatamente ao
590 que estava escrito na Portaria. Na sequência, apresentou o Anexo V – Leitos de Retaguarda Clínica, com as propostas
591 e respectivas datas. Disse que tinham feito discussão junto às Macrorregiões para envolver os diretores para conseguir
592 que a verba dos leitos de retaguarda estivesse atrelada à porta de entrada, conforme preconizado na Portaria.
593 Apresentou, ainda, o Anexo VI – Leitos de Retaguarda UTI; o Anexo VII – Leitos de Unidades de Cuidados Prolongados
594 – UCP – disse que o volume de leitos assim como o recurso repassado era bem menor, mas, que, ainda assim, tinham
595 conseguido ampliar o número de leitos até 2022 com mais 89 leitos; o Anexo VIII – Leitos Unidade AVC e Unidade
596 Coronariana (UCO), sendo 40 leitos de unidade AVC e 20 leitos unidade coronariana; e, por fim, o Anexo IX – Serviço
597 de Atenção Domiciliar – EMAD e EMAP, apontando que havia uma equipe habilitada em Paranavaí e uma equipe
598 implantada em processo de habilitação e futura qualificação em Maringá. Ao final da apresentação, Giovana disse
599 também que fariam alteração do Grupo Condutor, incluindo os diretores das Regionais Sede de Macrorregiões,
600 conforme já havia comentado. COSEMS e SESA aprovaram o Plano de Ação Regional da Macrorregião Noroeste
601 apresentado. **4.6. Recursos da Portaria GM/MS nº 3.896 de 30 de dezembro de 2020, que dispõe sobre a**
602 **transferência de recursos financeiros aos Estados e Distrito Federal, para o enfrentamento das demandas**
603 **assistenciais geradas pela emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo novo**
604 **Coronavírus – SESA/DGS.** Vinícius Filipak, diretor de Gestão em Saúde, disse que o recurso referente à Portaria
605 GM/MS nº 3.896/2020 tinha sido depositado em dezembro do ano anterior, em um montante de R\$ 39.586.166,77.
606 Disse que a Portaria era lacônica com relação à aplicação deste recurso, estabelecendo que se destinava a ações da
607 Covid. Contextualizou que todos os municípios do estado estavam tendo custeio extremamente elevado, lembrando que
608 naqueles últimos quatorze dias tinham tido um aumento de 750% na fila de espera de pacientes aguardando leitos.
609 Afirmou que internavam em média, em leitos do estado, gerenciados pela SESA, de 150 a 160 pacientes diariamente,
610 mas, ressaltou que na noite anterior tinham 336 pacientes aguardando leito. Disse que este cenário piorava a cada dia e
611 que era necessário ter recurso garantido para poder fazer face ao custeio. Falou que a estratégia de financiamento de
612 leitos da SESA possibilitou que tivessem naquele momento 1.793 leitos de enfermaria custeados permanentemente e
613 exclusivamente com recurso SESA, sem qualquer recurso proveniente do Ministério da Saúde para este custeio de
614 leitos de enfermaria. Contextualizou que cada leito custava R\$ 9.000,00 ao mês e que este custeio tinha sido mantido
615 pela SESA ao longo de todo o ano de 2020 e seguia mantido pela SESA em 2021. Para os leitos de UTI, disse que a
616 SESA praticava diária similar à do Ministério da Saúde, sendo que o Ministério habilitava leitos para os municípios que
617 tinham gestão do Teto e para o estado. Mas, ressaltou que em dezembro/2020 tinham no Paraná, entre gestão estadual
618 e gestão municipal, 746 leitos de UTI habilitados, e no mês de fevereiro/2021, apenas 138 leitos, não tendo sido feitas
619 as renovações das Portarias de habilitação e não tendo habilitado leitos novos que tinham sido pleiteados. Disse que
620 contavam com 1.250 leitos de UTI funcionando, como que demandava aporte financeiro para a sustentabilidade mínima
621 destes leitos que atendiam paciente com suspeita ou confirmados com Covid-19. Afirmou que a demanda crescia
622 diariamente, que era necessário ampliar a realização de testes para detecção precoce da doença com isolamento dos
623 pacientes. Falou que a perspectiva para os 10 dias seguintes era de uma situação quase insustentável. Apontou
624 ocupação de quase 92% das UTIs adultos no estado no dia anterior, com pouquíssimos leitos disponíveis e perspectiva
625 de falta de leitos na sequência. Afirmou que esta situação se dava em todas as regiões do estado. Assim, disse que o
626 pleito do estado era para que houvesse compartilhamento do recurso da referida Portaria com a maior equidade
627 possível, considerando que não era destinado para leitos ou qualquer atividade específica. Contextualizou que a SESA
628 tinha um custo mensal de aproximadamente cinquenta milhões de reais para custeio de leitos de UTI e de enfermaria
629 clínica – um custeio, segundo ele, insustentável se não houvesse fonte de recurso. Então, apresentou a proposta de
630 que fosse destinado ao estado 50% do recurso, totalizando R\$ 19.793.083,39, e que 50% fosse dividido *per capita* para

os municípios – um valor de R\$ 1,73 *per capita*. afirmou que se fosse pactuado desta forma, o estado utilizaria o recurso para compor o financiamento dos leitos de enfermaria cujo custeio era feito exclusivamente pela SESA. Disse que estavam em uma tentativa de ampliação de leitos o mais rapidamente possível, mas, que já não havia equipamentos nem equipes disponíveis. **Ivo** contextualizou que na reunião da Câmara Técnica da CIB, realizada no dia anterior, a proposta da SESA era para cobrir os leitos de referência para Covid, mas, disse que segundo informado pelo CONASEMS, o Ministério da Saúde garantiria o pagamento dos leitos referente aos meses de janeiro, fevereiro e março no valor de R\$ 1.600,00. Ressaltou que a Portaria não destinava o recurso apenas para custeio de leitos, mas, para todo serviço de atendimento à Covid. Disse reconhecer o esforço do estado, em especial no custeio dos leitos de enfermaria, mas, que o pedido do COSEMS tinha sido para que todo o recurso fosse dividido *per capita* para os municípios. **Jonas**, Secretário Municipal de Saúde de Capanema, destacou a situação dos municípios de pequeno porte, que não contavam com hospital de referência, mas que, segundo ele, da mesma forma, atendiam pacientes Covid, e, portanto, viviam junto com o estado esta problemática. Disse que, representando a 8ª Região de Saúde, solicitavam a integralidade do recurso para os municípios, com uma divisão *per capita*, considerando que o Ministério da Saúde liberaria o recurso referente aos meses de janeiro, fevereiro e março/2021 para custeio das UTIs. Disse entender a dificuldade do estado, mas, afirmou que os municípios também tinham grande fragilidade, pois já investiam de 25 a 30% de seus orçamentos em saúde. Disse que com o recurso seria possível aos municípios a compra de materiais de consumo, assim como, o pagamento de profissionais. **Nestor** disse compreender os pontos do COSEMS, mas, reforçou que a SESA estava custeando os leitos para atendimento a todos os municípios que não tinham unidade hospitalar, e que, ainda que os municípios tivessem aumento das despesas com as equipes em função dos atendimentos Covid, estes atendimentos já eram financiados por outras linhas de financiamento – o que não acontecia com os leitos de UTI exclusivos para Covid nem com os leitos de retaguarda. Nestor disse, ainda, que apesar da informação de que o Ministério da Saúde pagaria os meses de janeiro a março/2021, não poderiam contar com este recurso antes de ter ele na conta. **Vinícius** pontuou que se o Ministério retornasse a habilitação a partir de dezembro, teriam 746 leitos habilitados, de um total de 1.250 e quem arcaria com estes leitos restantes seguiria sendo o estado. **Nestor** afirmou que o incremento de 500 leitos, com o custo de R\$ 1.600,00 por leito por dia, gerava impacto de vinte e quatro milhões de reais por mês, e, portanto, o pleito da SESA não chegaria a cobrir o custo de um mês destes leitos. Contou que tinha ido duas vezes a Brasília para discutir, junto ao Ministro, o recurso da referida Portaria, e que em outros estados, para cobrir os custos dos leitos, a divisão do recurso ficava em 60 a 80% para o estado e o restante para os municípios. Reforçou que entendia a necessidade dos municípios, mas, que o estado não poderia abrir mão de todo este recurso, ainda mais se considerando a previsão de gastos dentro da SESA era de R\$ 820.000.000,00 para manutenção de leitos e outras despesas durante todo o ano. Lembrou que no ano de 2020 a SESA-PR acabou por fazer 12,98% do orçamento do governo do estado, o que significou R\$ 360.000.000,00 a mais em um orçamento deficitário tendo recebido todo aporte de recursos para Covid. afirmou que em 2020 a SESA teve despesas de R\$ 4.190.157.995,00. Defendeu, assim, a divisão do recurso conforme já proposto por Vinícius, sendo 50% para estado e 50% dividido *per capita* para todos os municípios. **Vinícius** ressaltou que, conforme informado na Portaria, a base de cálculo usada pelo Ministério para chegar ao valor final do recurso tinha sido o número de UTIs ativas e população, pontuando que isto fosse também considerado para a pactuação. **Sérgio**, Secretário Municipal de Saúde de Campo Mourão, disse compreender, mas, ponderou que o custeio de leitos disponíveis que não estavam ocupados era vantajoso para as instituições, e citou a situação de seu município, que já havia repassado R\$ 3.000.000,00 para o hospital referência da região para arcar com tais despesas, além de todos os outros custos do município. Assim, disse que apesar de o pedido inicial do COSEMS ter sido pela integralidade do recurso, entendiam também o exposto pela SESA, e, portanto, faziam a proposta de 70% para os municípios e 30% para o estado. **Lorena**, Secretária Municipal de Saúde de Mallet,

673 contextualizou que era de um município de pequeno porte, e assim como outros municípios de sua região, precisavam
674 do recurso para atenção básica, mas, que, precisavam, principalmente, da garantia de leitos, então, entendia ser justa a
675 divisão 50-50, de forma a manter a garantia do acesso ao leito Covid. **Ivo** disse que precisariam entrar em consenso
676 para definir a divisão dos recursos. **Márcia Huçulak** disse que no dia anterior tinham tido informação do CONASEMS
677 que, por um pedido da Frente Nacional de Prefeitos, o Ministro havia garantido que sairia uma Portaria garantindo o
678 pagamento dos leitos de janeiro, fevereiro e março/2021. Falou que entendiam a situação do estado, mas, que todos os
679 municípios haviam executado além do limite orçamentário para saúde, e contextualizou que tinham despesas para além
680 dos leitos Covid – exemplificou que o custeio do Hospital Vitória era de seis milhões, mas, que não faturavam dois
681 milhões e meio, assim como, os custos com outros serviços. Disse entender que quando o estado propôs o pagamento
682 dos R\$ 300,00, era a contrapartida do estado, assim como cada município também dava a sua contrapartida. Assim,
683 disse entender que a pactuação 30% para estado e 70% para municípios era a mais adequada. Disse, ainda, que 92%
684 dos pacientes eram casos leves de Covid, mas que exigiam atendimento e monitoramento, o que tinha um custo – com
685 contratação de profissionais e manutenção dos serviços, reforçando que o custeio dos municípios havia aumentado
686 muito. **Nestor** disse compreender o posicionamento de Márcia, entender que poderiam olhar como contrapartida os R\$
687 300,00 para leitos de enfermaria, mas, ressaltou que não poderiam esquecer de toda estrutura hospitalar que o estado
688 havia colocado sem qualquer contrapartida dos municípios – exemplificou com três hospitais abertos – Telêmaco Borba,
689 Guarapuava e Ivaiporã, com custo mensal de oito a nove milhões de reais, além de todo financiamento dos quatro
690 hospitais universitários do estado, integralmente custeados pela SESA. Desta forma, disse que o custo que os
691 municípios tinham com o aumento dos serviços, das unidades próprias, na atenção primária, o estado também tinha –
692 citou os 1.100 bolsistas que o estado havia colocado nos municípios para apoiar no enfrentamento à Covid no primeiro
693 momento da pandemia – esclarecendo que eram custos que por vezes não apareciam mas, eram muito elevados.
694 Apontou também os esforços feitos pelo estado na região metropolitana com incremento no contrato do estado com
695 hospitais para acréscimo de leitos de UTI, como por exemplo com o Hospital do Rocio. Retomou o que estava sendo
696 pactuado nos outros estados brasileiros, afirmando que em todos eles minimamente 50% do recurso tinha sido
697 destinado ao estado, por conta da manutenção dos leitos Covid, que era a maior despesa naquele momento. Assim,
698 disse que seguia defendendo a divisão 50% - 50% do recurso. **Gislaine**, Secretária Municipal de Saúde de Santo
699 Antônio da Platina, disse que, considerando a realidade da dificuldade orçamentária dos municípios (exemplificou com
700 gastos com recursos humanos para garantir vacinação e monitoramento), deveriam fazer a divisão 70% para municípios
701 e 30% para o estado. **Ivo** destacou que tinham até dia 26/02/2021 para encaminhar esta proposta ao Ministério da
702 Saúde, caso contrário, o estado teria que devolver o recurso. **Vinicius** contextualizou que a proposta inicial da SESA
703 era de que todo o recurso fosse destinado ao estado, considerando tudo o que havia sido exposto até ali. Disse que se
704 corria o risco efetivo de não poderem mais financiar os 500 leitos adicionais de UTI que não eram habilitados pelo
705 Ministério da Saúde, que sem recursos talvez fosse necessário fechar leitos, piorando a condição epidemiológica da
706 pandemia. Ressaltou a necessidade de terem bom senso na decisão, entendendo que estavam juntos neste
707 enfrentamento. Reforçou, assim, em nome do Secretário de Estado da Saúde, que o pleito do estado era para que
708 ficasse com ao menos 50% do recurso, o que era o mínimo do necessário. **Márcia Huçulak** falou que era necessário
709 partir de um critério e que se o critério fosse leito, era preciso rever a proposta. Afirmou que não avançariam na
710 discussão caso estado e municípios não cedessem. Considerando que estavam, os dois lados, corretos em suas
711 ponderações, disse que era necessário mudar os critérios para definição da divisão. Falou que se o critério fossem os
712 leitos, deveriam fazer uma distribuição para todos os que tivessem leitos fossem contemplados igualmente.
713 **Vinicius** disse que poderiam, então, trabalhar com o critério de leitos, considerando que leitos de enfermarias e leitos
714 de UTI tinham custos diferentes e poderiam dividir o recurso conforme os leitos habilitados, e todo o resto dos

715 municípios que não tivesse leitos de enfermaria nem de UTI ficaria sem receber qualquer recurso. **Márcia Huçulak**
716 esclareceu que não estava propondo que o critério fossem os leitos, mas, que exemplificou para dizer da necessidade
717 de definirem um critério para pactuação a fim de saírem do impasse em que se encontravam. **Ivo** discordou, explicando
718 que desta forma estariam indo contra uma solicitação dos municípios, que haviam exposto a necessidade de custear
719 outros serviços onde também faziam atenção à Covid. **Marciane**, representando a 20ª Região de Saúde, disse que na
720 reunião da câmara técnica no dia anterior quando receberam a proposta da SESA, levantaram a questão do custeio das
721 UPAs, Hospitais Municipais, Pronto Atendimentos, mas que entendia que deveriam pactuar os 50% considerando que
722 assim poderiam manter parte dos leitos, para onde precisavam encaminhar os pacientes, e, o suporte às unidades
723 municipais. **Jonas** disse que concordava com Márcia Huçulak em alguns apontamentos, mas, que não havia
724 possibilidade de fazer a divisão do recurso a partir do critério de leitos. Disse que diante das pontuações do estado,
725 concordava, junto com outros colegas, com a divisão do recurso 50% - 50%, mas, pediu que diante de novos recursos
726 pudessem discutir melhor a distribuição. **Ivo** disse que, então, por voto da maioria, concordavam com esta divisão de
727 50% - 50%, mas pediu que diante de novas Portarias pudessem discutir de forma mais ampla. **Nestor** pontuou que a
728 divisão 50% - 50% não era a escolha inicial da SESA nem do COSEMS, mas que era a melhor decisão conjunta a que
729 conseguiram chegar, e afirmou que diante de novos recursos retomariam as discussões. Disse que enfrentariam um
730 ano difícil pela frente com relação à orçamento, e que, portanto, SESA e COSEMS precisariam seguir discutindo juntos
731 para conseguirem o melhor enfrentamento. Afirmou que a SESA concordava também com a divisão 50% - 50% do
732 recurso e assim ficou pactuado. **4.7. Recursos da Portaria GM/MS nº 3.641 de 21 de dezembro de 2020, que define,**
733 **para o exercício de 2021, a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema**
734 **Único de Saúde (SUS) – SESA/DGS.** **Ivo** disse que antes de iniciarem a pactuação das cirurgias eletivas, gostaria de
735 fazer alguns apontamentos. Falou sobre o anseio do COSEMS por uma organização mais sistemática para a fila de
736 cirurgias eletivas. Disse, ainda, da necessidade de levantamento de alguns gargalos – citou a ortopedia. Contextualizou
737 que todos os anos a situação se dava da mesma forma – com as Regionais solicitando lista de espera aos municípios,
738 mas, esclareceu que os municípios não conseguem tempo para elaborar esta lista. Disse que era necessário
739 informatizar este processo. **Vinícius** concordou que era necessário um sistema informatizado que possibilitasse
740 integração da base de dados e fosse dada transparência ao processo. Afirmou que era necessária participação de todos
741 os municípios e que os consórcios de saúde precisavam compulsoriamente integrar suas bases de dados com o CARE,
742 e os prestadores precisarão inserir também as suas filas para que seja possível organizar este processo. Contou que
743 este processo já estava encaminhado junto à CELEPAR no desenvolvimento de um módulo dentro do CARE Paraná,
744 que permitirá a interoperabilidade com os diversos sistemas de informação. Falou que oportunamente marcariam com o
745 COSEMS a discussão técnica para conclusão do desenvolvimento do referido sistema. **Nestor** disse que dentro da
746 SESA já discutiam como seria no pós pandemia a retomada de todos os procedimentos represados ao longo deste
747 período. **Raquel Mazetti**, da Coordenação de Contratualização de Cuidados em Saúde/DGS/SESA, disse que trataria
748 da Portaria GM/MS nº 3.641/2020, que definiu, para o exercício de 2021, a estratégia de acesso aos Procedimentos
749 Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Afirmou que por meio desta Portaria havia sido
750 destinado ao estado do Paraná o total de R\$ 19.043.253,39 e que como havia um prazo para encaminhar a Deliberação
751 CIB para o Ministério da Saúde, tinha sido feita a Deliberação CIB-PR nº 012/2021 *Ad Referendum*, que pactuava a
752 utilização deste recurso de forma *per capita*. Então, apresentou a tabela com os municípios, população e valores a
753 serem recebidos, assim como o valor a ser recebido pela gestão estadual, conforme consta na referida Deliberação.
754 Esclareceu que o valor *per capita* era de R\$ 1,66. Explicou que como o Ministério da Saúde não estava aceitando as
755 Deliberações *Ad Referendum*, haviam levado o item para pactuação no pleno da CIB-PR. Informou que em 2020,
756 conforme Deliberação CIB-PR nº 009/2020, o recurso para cirurgias eletivas tinha sido de R\$ 13.600.000,00, sendo que

757 R\$ 5.246.391,61 tinha sido repassado pela média e o valor restante, de R\$ 8.343.697,68, tinha sido redistribuído, por
758 meio da Deliberação CIB-PR nº 225/2020. Lembrou que tiveram o prazo de novembro e dezembro/2020, apenas, para
759 realização das cirurgias eletivas, e que tinha sido processado via sistema R\$ 1.313.966,94. **Ivo** disse que a proposta
760 estava aprovada por parte do COSEMS. **4.8. Calendário das Reuniões da CIB/2021.** **Nestor** apresentou a proposta de
761 calendário para as reuniões da CIB-PR, com as reuniões de Grupo Técnico acontecendo sempre um dia antes do pleno
762 da CIB, ficando propostas as seguintes datas para as reuniões da CIB: 24 de Fevereiro, 31 de Março, 28 de Abril, 19 de
763 Maio, 23 de Junho, 21 de Julho, 18 de Agosto, 22 de Setembro, 20 de Outubro, 17 de Novembro e 10 de Dezembro. **Ivo**
764 disse que o COSEMS aprovava o calendário proposto. Pediu que, dentro das possibilidades, conseguissem que
765 estivessem presentes na reunião ao menos os presidentes de CRESEMS. **Nestor** falou que à medida que avançassem
766 com a vacinação e os trabalhadores de saúde fossem todos vacinados, poderiam pensar em retomar e melhorar a
767 representação presencial do COSEMS e da SESA-PR. **5. Informes. 5.1. Recursos da Portaria GM/MS nº 3.712 de 22**
768 **de dezembro de 2020, que institui em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o**
769 **fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no**
770 **Sistema Único de Saúde – SESA/DGS.** **Vinicius** disse que inicialmente a Portaria exigia que a utilização dos recursos
771 fosse pactuada até fevereiro/2021, mas, que tinha sido prorrogado para o mês de março/2021, e portanto, pretendiam
772 pactuar no mês de março. Disse que estavam fazendo avaliação técnica sobre a capacidade dos prestadores para
773 ampliar suas ações e desta forma, pactuariam no mês seguinte. **5.2. Pagamentos prestadores contratualizados –**
774 **SESA/DGS.** **Vinicius** afirmou que haviam definido que retomar o pagamento dos prestadores contratualizados por
775 produção a partir da competência fevereiro/2021, mas, que, no entanto, com o recrudescimento da Covid-19 e com a
776 necessidade imediata de cancelamento das cirurgias eletivas, disse que isso seria revisto. Disse que em breve seria
777 publicada nova Resolução com a definição do critério para o pagamento. **5.3. Revogação e repactuação das**
778 **Deliberações CIB-PR n. 052/2020 e 115/2020 – Ministério da Saúde não aceita Deliberação Ad Referendum para**
779 **habilitações/deshabilitações – SESA/DGS.** **Vinicius** informou que haviam encaminhado as Deliberações CIB-PR nº
780 052 e 115/2020 que tinham sido elaboradas *Ad Referendum*, mas, que precisavam ser apresentadas no pleno da CIB-
781 PR. Portanto, estavam informando naquela reunião. **5.4. Apresentação sobre aquisição dos kits de equipamentos**
782 **destinados às Vigilâncias Sentinelas de Síndrome Gripal (SG): Vigilância Epidemiológica Estadual de Síndrome**
783 **Gripal (SG), Vigilância Epidemiológica Municipal de Síndrome Gripal (SG) e Unidade de Saúde Sentinela de**
784 **Síndrome Gripal (SG), conforme Portaria 3.248 de 02/12/2020 – SESA/DAV.** **Acácia** disse que o recurso da Portaria
785 3.248/2020, que instituiu o incentivo financeiro aos estados tanto para estruturação da rede de frios como da vigilância
786 epidemiológica da síndrome gripal, havia chegado em 16/12/2020, no valor total de R\$ 2.916.450,00. Disse que tinha
787 sido previsto um computador para o nível central para Vigilância Epidemiológica da Síndrome Gripal, um computador
788 para Vigilância Epidemiológica de cada município (totalizando 28 municípios com Unidades de Vigilância Sentinela) e 34
789 computadores para as Unidades de Vigilância Sentinela. **Sérgio** reforçou o pedido ao estado para um maior apoio no
790 posicionamento diante das medidas restritivas determinadas nos municípios, de forma que as decisões municipais
791 tivessem também respaldo estadual no enfrentamento à pandemia. **Nestor** disse compreender, ressaltou que a SESA-
792 PR era balizadora, mas que as decisões eram do governo. Disse que independentemente das ações tomadas pela
793 gestão ao longo da pandemia, havia uma limitação imposta pela própria doença, e que, portanto, o enfrentamento à
794 pandemia não era responsabilidade apenas municipal ou estadual, mas, de todo o conjunto das instâncias somados às
795 ações da população. **Ivo** agradeceu a presença de todos, e entregou aos membros da SESA, em agradecimento à
796 parceria no enfrentamento da pandemia e todos os desafios da saúde, um kit com agenda e máscara do COSEMS.
797 Assim, encerrou-se a reunião.-----