



1

1 **ATA DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2021**

2 **Data: 08 de dezembro de 2021**

3 **Local: Pequeno auditório do Teatro Guaira/ Reunião transmitida online em tempo real pelo**
4 **canal da SESA-PR no YouTube**

5 **Participantes Presenciais: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Ivoliciano Leonarchik
6 (Mangueirinha), Marcia Huçulak (Curitiba), Cleide T. dos Santos Messias (Corbélia), Adriane
7 Carvalho (Pinhais) **SESA: Titulares SESA:** Nestor Werner (Diretor Geral), Beto Preto (Secretário),
8 César Neves (Chefe de Gabinete/SESA), Maria Goretti David Lopes(DAV/SESA); Vinícius Filipak
9 (DGS/SESA)

10 **Secretária Executiva da CIB:** José Carlos Silva de Abreu e Edson Andruzinski.

11 Ata da 5ª Reunião da Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual, realizada, no dia 08 de
12 dezembro de 2021, com início às 8h30 horas, coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde, nas
13 dependências do Teatro Guaira (miniauditório) de forma presencial, e transmissão através de
14 sistema **online**

15 Dando início a Reunião, Nestor Werner cumprimentou a todos em seu nome e do Secretário Beto
16 Preto e desejou boas vindas a todos que se fazem presentes na 5ª reunião ordinária da comissão
17 intergestores bipartite do Paraná. Parabenizou Ivoliciano Leonarchik, pela posse como Presidente
18 do COSEMS PR, dizendo que a Secretaria Estadual reconhece o trabalho do COSEMS Paraná na
19 construção do sistema único de saúde, travando batalhas na construção do SUS e que nessa luta
20 diária, faz com que a nossa população, receba cada vez mais o atendimento que ela merece.
21 Reiterou o reconhecimento da Secretaria de Saúde, do Secretário e do Governador para com a
22 diretoria do COSEMS e desejou um bom mandato para a nova diretoria do COSEMS/PR.

23 Anunciou que o secretário Beto Preto estará presente com vários anúncios de diversas naturezas
24 com boas novas e recursos para os municípios. Comentou que faz um ano hoje da aplicação da
25 primeira dose da vacina no Reino Unido e lembrou que os municípios merecem nosso
26 reconhecimento e pediu uma salva de palmas para todo mundo que trabalhou nessa campanha.

27 Cumprimentou o Secretário Beto Preto e o Prefeito Betinho, e passou a palavra para o Presidente do
28 COSEMS fazer suas considerações iniciais.

29 Ivo cumprimentou o secretário Beto Preto e a todos da SESA, os membros da diretoria do
30 COSEMS, os gestores municipais, os diretores regionais e os apoiadores. Destacou os presidentes
31 dos CRESEMS, que tem uma grande responsabilidade de levar informação nas regiões de saúde



2

32 Falou de sua posse, como um momento muito especial para o COSEMS do Paraná que fará 35 anos,
33 assumiu o compromisso de seguir firmes no apoio aos gestores, fazendo seu empoderamento com
34 conhecimento para as tomadas de decisões. Falou do compromisso de reativar as reuniões
35 presenciais porque é no olho no Olho que queremos tratar as políticas de saúde do nosso Estado.
36 Agradeceu e pediu que Deus abençoe a todos e passou a palavra para o secretário Beto Preto
37 afirmando que são grandes companheiros nas questões relacionadas as políticas de saúde do nosso
38 estado.

39 Com a palavra o Secretário Beto Preto saudou a todos e agradece pela presença, com o retorno das
40 reuniões presenciais, mantendo os devidos cuidados ainda devido à continuidade da pandemia e
41 pelo risco da nova variante. Cumprimentou a Ângela, ex-Secretaria Municipal de Saúde de Ponta
42 Grossa e o presidente do COSEMS/PR, e também os prefeitos do Paraná na figura do prefeito de
43 Goioerê, Betinho.

44 Anunciou que está programando ainda para o mês de dezembro o anúncio de um pacote especial do
45 Governo do Estado do Paraná para os municípios da ordem de cerca de 180 milhões de reais que
46 não estavam previstos. Estes R\$ 180.000.000,00 já foram pré pactuados, com 30 milhões de reais
47 para o VIGIASUS, custeio para a assistência farmacêutica básica fazendo uma contrapartida
48 extraordinária de cerca de 11 milhões de reais para 398 municípios que receberão a contrapartida
49 através do consórcio Paraná saúde e o município de Curitiba que receberá no Fundo Municipal de
50 Curitiba.

51 Está montando uma tabela para poder contemplar municípios que não foram atendidos nas emendas
52 parlamentares do programa Paraná mais cidades, com o transporte sanitário, emitindo a resolução e
53 repassando recursos ainda no ano de 2021. Em 2021 contemplará alguns pequenos municípios com
54 veículos para o Programa de Saúde da Família e anunciou a pactuação para o incentivo financeiro
55 Estadual para cirurgias eletivas, com um esforço nunca realizado anteriormente cujo esforço para a
56 realização marcará época na saúde do Paraná.

57 Também na Saúde da Família tentando diminuir o retrabalho e colocando mais efetividade lá na
58 ponta, na mão dos agentes comunitários de saúde, propôs uma resolução fundo a fundo colocando
59 mais recursos na conta dos Municípios para a compra de um tablete por agente comunitário de
60 saúde, serão 13.000 tablets. Por fim apresentou um documento da escola de saúde pública do
61 Paraná pedindo a compreensão e ajuda para concluir um programa que não é deste governo
62 relacionado ao curso de técnico de enfermagem do agente comunitário de saúde. Dos quase mil hoje

3

63 ainda persistem cerca de 600 a 700 e pediu aos secretários apoio para a questão relacionada ao
64 estágio na área prática que necessita ser feito para que possam finalizar esse curso no ano de 2022.
65 O Secretário enalteceu as vitórias obtidas, mas alertou para o fato de que a guerra não está ganha,
66 fez considerações sobre a posição do Ministério da Saúde em relação a quarentena para os que
67 entram no Brasil, que a seu ver é insuficiente, e pediu que a Bipartite discuta a questão para uma
68 tomada de posição no Estado.

69 Abordando o papel dos vacinadores e das equipes da vigilância em saúde nos municípios de médio
70 e pequeno porte que fizeram uma mudança na finalidade de área do seu trabalho alertou para a
71 necessidade de retomar o cuidado do hipertenso, do diabético e de outras patologias, para voltar a
72 cuidar da saúde pública como um todo.

73 Anunciou que fará um esforço para a realização de cirurgia eletiva, no Estado do Paraná. O
74 Ministério da Saúde colocou em 2021 dezenove milhões de reais para cirurgias eletivas e o Estado
75 do Paraná colocará 100 milhões de reais, sendo que metade desse recurso irá para os municípios de
76 gestão plena e a outra metade para o fundo Estadual de Saúde para comprar cirurgias
77 extraordinárias, desde que seja pactuado aqui durante esta Bipartite. É um esforço para todos nós do
78 governo Ratinho Júnior que olha para todo estado do Paraná e para todas as 22 regionais de saúde.

79 Agradeceu ao esforço de todos os secretários municipais de saúde que passaram um ano de 2021
80 sofrido principalmente nos momentos em que não tínhamos onde internar pessoas e tivemos que
81 abrir as portas inclusive das Unidades de Pronto Atendimento e dos hospitais de pequeno porte, que
82 de repente, começaram a se comportar como unidade de pronto atendimento, com respiradores e
83 com monitores. Os municípios tiveram que montar as suas estratégias locais para poder atender os
84 paranaenses na porta de entrada dos serviços de urgência.

85 Reiterou o agradecimento aos Secretários e ao COSEMS como instituição, dizendo que ninguém
86 aqui é melhor do que ninguém, todos nós estamos no mesmo barco, a angústia de vocês e a nossa
87 angústia. Esse sentimento de solidariedade e fraternidade é que nos trouxe até aqui.

88 Rememorou os momentos difíceis que passamos em 2020 e 2021 lamentando os óbitos ocorridos.
89 Lembrou que ainda morrem pessoas no Paraná por não tomarem a vacina, e que temos vacina no
90 Paraná desde 19 de Janeiro de 2021.

91 Externou o seu agradecimento ao presidente Ivo e a todos os diretores presentes em nome do
92 Governo do Estado do Paraná, dizendo que todos mostramos unidade, e a unidade tem nos livrado
93 de todos os percalços, seja na condução da pandemia ou nos atos gerados na pandemia, porque
94 como gestores tomamos decisão e somos ordenadores de despesa, não adianta passar por este



4

95 momento deixando rastros de alguns atos fora da legalidade. Temos todos o compromisso de zelar
96 pelo bem público, pelo patrimônio e pelo dinheiro público, temos Norte e por isso somos
97 vencedores.

98 Nestor anuncia o primeiro item de pauta, com aprovação da ata da 4ª reunião extraordinária 2021
99 por parte da secretaria sendo aprovado também por parte do COSEMS.

100 O segundo ponto da pauta são as homologações da secretaria-executiva da comissão intergestores
101 bipartite num total de aproximadamente 130 deliberações. Abreu apresentou uma planilha com
102 diversos pedidos de habilitações na área da saúde mental, habilitação de serviços hospitalares,
103 solicitação de mudança de referências, convênios, emendas parlamentares e desabilitações que
104 tramitaram internamente na secretaria e junto aos municípios com processos e estão aqui relatados.
105 Lembrou que por determinação do Ministério da Saúde, está cada vez mais restrito o aceite de
106 aprovações “ad referendum” por parte da CIB e CIR.

107 Seguindo adiante, foram feitas as apresentações previstas no ponto 3 da pauta. Nestor propôs a
108 retirada do ponto 4.1 da pauta com a retirada do cronograma de trabalho do PRI, e pede a inclusão
109 do item 4.8 a pedido da área de vigilância ambiental com a atualização dos municípios infectados
110 pela dengue..

111 O item 3.1 é o plano estadual de vacinação apresentado pela Virgínia da divisão de vigilância do
112 programa de imunização. O Paraná já recebeu até a data de do dia 7 de dezembro de 2021,
113 20.905.212 doses de vacina contra covid-19 e foram distribuídas nos municípios 19.918.100 D1, D2
114 ou dose única e também doses de reforço, sendo aplicadas até a data de ontem 17.426.200 doses.
115 Em relação ao registro de doses aplicadas, no gráfico, observamos que dose 1 e dose única teve uma
116 aplicação de 9.021.000 doses, para a dose dois 7.482.000 doses e em relação a dose de reforço após
117 os cinco meses da aplicação da D2 ou dose adicional no caso de pessoas imunossuprimidas 922.000
118 doses.

119 Em relação as doses dos Adolescentes que teve o início da vacinação no dia 15 de setembro o
120 Paraná já aplicou 736.000. Em relação à aplicação da primeira dose da vacina contra covid-19, o
121 Paraná obteve a cobertura de 92,72%, principalmente na faixa etária dos 20 a 24 anos e toda a
122 população idosa. Está em fase final a vacinação dos adolescentes que até o momento tem 78,12% de
123 cobertura vacinal.

124 Tem gerado muita preocupação em relação as doses 2, o atraso vacinal. Segundo o Ministério da
125 Saúde o estado do Paraná tem 728.775 doses 2 em atraso. Em relação a vacina da Butantã tem até a
126 data de ontem 178 mil pessoas faltosos. Há um banco de dados nominal para cada município que já

127 foi mandado para todas as regionais de saúde, detalhados por município para que a busca ativa seja
128 realizada em todos os municípios.

129 Em relação as outras duas vacinas Pfizer e Astra Zênica até a data de ontem um milhão de pessoas
130 faltosos com uma boa parcela da população idosa que ainda não fez a busca pela segunda dose.

131 As últimas notas técnicas do ministério da saúde que foram publicadas no mês de novembro (nota
132 técnica 55) que trata da aplicação com complementação do esquema vacinal para as pessoas que
133 têm viagens para outros países que não atendem os critérios regulatórios. A segunda nota técnica é a
134 59 que trata da dose de reforço para toda a população acima de 18 anos com intervalo mínimo de 5
135 meses preferencialmente com vacina PFIZER ou de maneira alternativa com o humanizante da
136 Astra Zênica ou da Jansen.

137 A nota técnica 61 é a mais atual do mês de novembro e trata da aplicação da dose de reforço para o
138 imunizante da Jansen, com exceção para gestantes e puérperas e para as pessoas imunossuprimidas.
139 A partir do 49º informe técnico o intervalo entre a primeira dose a segunda dose do imunizante da
140 Pfizer passou para 56 dias, da Astra Zênica a partir do 56º informe esse intervalo de doses passou
141 para 56 dias e a Butantã permaneceu 25 dias que é preconizado aqui no Paraná.

142 Em relação à utilização e uso de frascos da Pfizer, ela é distribuída aos municípios descongelada
143 numa temperatura de 2 a 8 graus. Após o descongelamento desta vacina ela tem validade de apenas
144 de 31 dias, havendo muitos relatos de perdas. O Paraná já perdeu 19 mil doses de vacinas porque os
145 municípios não conseguiram utilizar dentro do prazo de 30 dias. As regionais de saúde e os
146 municípios devem verificar estas validades. O Estado tem colaborado para o remanejamento de
147 doses, evitando perdas.

148 O Paraná recebeu uma oferta extra de 150 mil doses de Astra Zênica para que a nossa população
149 não fique desassistida com D2 A. Após uma reunião com o CONASS houve a orientação para que a
150 distribuição de doses aos municípios seja realizada conforme a demanda para evitar as perdas de
151 doses por vencimento. Atualmente no CEMEPAR, tem 807.000 doses de Pfizer congeladas
152 aguardando a solicitação dos municípios, que não tem capacidade de armazenagem.

153 Nestor disse que diferente do início do ano, não há falta de vacinas, quem precisar de vacina no seu
154 planejamento não vai ter problema. Não é muito provável que haja resistência do novo vírus, a
155 variante ÔMICRON, também chama a atenção a quantidade de idosos e de adolescentes ainda não
156 vacinados. São 200 mil adolescentes em algo em torno de 20%, sendo que teve uma grande pressão
157 nos meses de outubro e novembro para que pudesse ser vacinadas. Precisamos traçar estratégias um

158 pouco mais contundente, estamos vendo uma acomodação da população e precisamos manter
159 nossos esquemas vacinais.

160 A terceira dose, vai nos cálculos preliminares do ministério até maio do ano que vem.

161 Ivo pontuou que a maior frustração que a gente tem como secretário de saúde e ter que fazer busca
162 ativa para segunda dose ou a terceira dose e pediu apoio ao Secretário Beto Preto para que através
163 da sua assessoria de comunicação apoie os municípios. Por parte dos Municípios estamos nos
164 esforçando muito.

165 A Márcia Huçulak informou que estamos vivendo um tempo difícil em Curitiba, tem 82.000
166 pessoas a serem vacinadas, propôs para ser pensado a ideia do passaporte de vacina no Paraná, o
167 ministro disse que não vai fazer, mas se todos os estados fizeram tá resolvido o problema. Há o
168 risco da introdução da nova variante neste período de festas e férias. Em Curitiba desde que iniciou
169 a vacinação tem sido acompanhado os óbitos e em 83% dos óbitos ocorridos desde março, foram
170 em pessoas não vacinadas ou que não fizeram as duas doses e especialmente nos idosos que não
171 fizeram reforço. Em Curitiba, a taxa de óbito no mês de novembro para vacinados foi 1.8 óbitos por
172 100 mil habitantes e para os não vacinados 17.2, o que significa dez vezes mais, então tem que
173 vacinar, a vacina é a nossa proteção para a gente viver o momento que a gente tá vivendo.

174 Nestor disse que a ideia do passaporte é convergente, tem um projeto de lei na Assembleia que
175 acabou não passando durante o mês de outubro. O negacionismo é uma coisa impressionante e esse
176 tema do passaporte deve ser discutido.

177 O próximo ponto de pauta será apresentado pela Assistente Social Rosane da divisão de promoção
178 da Equidade em saúde.

179 Recentemente o Ministério da Saúde fez algumas atualizações na portaria e nas normas de
180 operacionalização da política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade
181 no sistema prisional. É importante falarmos um pouco sobre a Equidade que reconhece as
182 diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas e tentar minimizar as
183 desigualdades. Equidade não é um privilégio, ela simplesmente entende que deve atender a
184 diversidade e à Equidade em saúde, é um princípio doutrinário do SUS. As políticas de promoção
185 da Equidade em saúde se estendem para a população negra, para a saúde da população do campo, da
186 floresta e das águas, saúde da população LGBT, saúde da população em situação de rua, da
187 população cigana, para migrantes, apátridas e refugiados, para povos indígenas e também a
188 população privada de liberdade.

189 Em setembro foi publicada pelo Ministério da Saúde as novas normas de operacionalização que
190 tratam especificamente sobre a composição e a Organização das equipes de atenção primária
191 prisional.

192 Pensando na política como um todo e na execução prática dela temos duas opções desde a adesão à
193 política como credenciamento dessas equipes de atenção primária prisional. Para realizar a adesão
194 de uma forma simples, o município deve realizar o envio dos documentos ao ministério da saúde,
195 via correio, com o termo de adesão e o plano de ação Municipal. É também interessante que o
196 município envie um ofício a Regional comunicando essa solicitação de adesão à política. Em
197 seguida se os documentos estiverem corretos o ministério faz a publicação de uma portaria
198 específica da Adesão Municipal e a partir daí o município passa a ter direito a receber o recurso do
199 componente básico da assistência farmacêutica de forma descentralizada ,transferindo anualmente o
200 valor de R\$ 17,73 por pessoa privada de liberdade do território conforme dados do Infopen, que é
201 um sistema específico do Depen. Esse recurso anual é transferido pela união aos municípios que
202 aderem a política ou ao Fundo Estadual de saúde no caso dos municípios que não realizam adesão à
203 política. Vale destacar que é um valor inclusive superior da população em geral Em relação a outra
204 possibilidade é o credenciamento das equipes de atenção primária prisional, o Ministério da Saúde
205 trouxe novos arranjos e possibilidades sendo que as equipes podem ser compartilhadas com a
206 equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal do território. A carga horária que é destinada por
207 essas equipes que já realizam o serviço ou assistência no território, com 6 horas dessa carga horária
208 sendo deslocada especificamente para o atendimento da população privada de liberdade e o
209 município receberá o valor adicional de R\$ 4000,00, não há prejuízo no valor do recurso que o
210 município já recebe apenas uma sobreposição de valores.

211 Há outras duas possibilidades com equipe de atenção primária prisional essencial, composta por
212 quatro profissionais sendo que a carga horária pode variar entre 20 e 30 horas e o recurso também
213 varia sendo para 20 horas R\$ 25.000,00 o repasse mensal do Ministério da Saúde e R\$ 30.000,00
214 para a equipe de 30 horas.

215 A equipe de atenção primária prisional ampliada composta por cinco profissionais, com os mesmos
216 profissionais da equipe mínima mais um profissional dentre eles médico, enfermeiro, psicólogo,
217 farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional o recurso
218 também varia conforme a carga horária sendo de R\$ 35.000 ou de R\$ 40.000 mensais. Outra
219 possibilidade são equipes adicionais, podemos ter uma equipe complementar psicossocial que é
220 composta por dois profissionais ou três profissionais com um profissional de saúde bucal, sendo ele

221 técnico ou auxiliar de saúde bucal que vai complementar com a carga horária variando entre 20 e 30
222 horas. O recurso para as equipes complementares psicossociais de 20 horas o valor e de R\$
223 10.000,00 e de 30 horas R\$ 20.000,00. O profissional de saúde bucal cadastrado vai ser um valor
224 adicional de R\$ 1.000,00 por 20 horas e 1.500,00 por 30 horas. Vale destacar que a equipe
225 complementar psicossocial pode ter uma carga horária variável. As equipes são credenciadas
226 conforme a população privada de liberdade, devendo estar atentos para receber estes recursos. O
227 Paraná tem resolução que estabelece uma contrapartida estadual de 20% sobre os valores recebidos.
228 O município deve comunicar a CIB a intenção de aderir a proposta e inscrevê-la no SAIPS.
229 No Estado temos 14 municípios cadastrados e há um grupo condutor para essa política que no ano
230 realizaram 6 reuniões.

231 Nestor agradeceu a apresentação e destaca a necessidade de atender os invisíveis nos nossos
232 territórios lembrando que há recursos do Estado e do Governo Federal para esta ação.

233 Ivo fez uma colocação, dizendo que os municípios foram orientados para aderir a política, e que
234 apesar de dificuldades esse atendimento será feito.

235 O Secretário Beto Preto, disse que o assunto da Saúde Mental é uma prioridade com recursos
236 financeiros a serem repassados pelo Governo do Paraná, e deixou claro aos apoiadores do COSEMS
237 e Diretores das regionais de saúde e a todos os secretários municipais o seu pedido de que haja um
238 máximo esforço para que nos próximos 90 dias se faça o credenciamento das equipes de saúde
239 mental municipal, e fez a leitura dos municípios que foram homologados hoje na reunião, com um
240 valor adicional de R\$ 2.000,00 reais por equipe. São eles, Califórnia uma equipe, Nova Tebas uma
241 equipe, Rolândia uma equipe, Querência do Norte uma equipe, Marumbi uma equipe, Apucarana,
242 Rio Negro, Reserva, Cambira, Rio Bom, Jardim Alegre, Novo Itacolomi, Francisco Beltrão tipo 1,
243 tipo 2 em Paranavaí, Assis Chateaubriand, Dois Vizinhos, Astorga, Santa Helena e Paranapoema e
244 tipo 3 municípios para Apucarana, Almirante Tamandaré e Bonsucesso. Tem ainda os CAPS, e
245 outras situações relacionadas à política nacional de saúde mental que vem encontrando muitas
246 dificuldades na sua gestão junto ao Ministério, mas aqui no âmbito dos nossos municípios queria
247 propor uma avaliação inclusive do trabalho dessas equipes nos próximos dois ou três meses.

248 Pediu aos secretários municipais de saúde e também aos diretores das regionais de saúde que
249 possam incentivar os médicos das equipes da atenção básica dos Municípios a realizar um curso que
250 está aberto no site da Escola de Saúde Pública sobre manejo de psicofármacos com 24 horas-aula.

251 Esse curso é auto-instrutivo com professores de psiquiatria de alto renome como o professor Marco

252 Antônio Bessa que é psiquiatra e um casal de professores da Universidade Federal do Paraná que
253 também auxiliou na formação das ementas.

254 Nestor agradeceu ao secretário passando então para o item 3.3 da nossa pauta com a apresentação
255 das prioridades sanitárias macrorregionais do PRI elencadas no processo de retomada do PRI em
256 2021, quem vai apresentar é a Sandra Busnello do núcleo de gestão estratégica da secretaria.

257 Sandra informou que houve 8 reuniões macrorregionais e reuniões regionais com revisão das
258 prioridades e incluído o eixo COVID. Agradeceu aos gestores e técnicos municipais e a todos os
259 apoiadores do COSEMS e Regionais e ao consultor da Beneficência Portuguesa que presta
260 consultoria, por termos conseguimos cumprir o cronograma e apresentar nesta reunião as
261 prioridades sanitárias.

262 Foram elencadas 91 prioridades sanitárias e não há possibilidade de ler todas elas, e propôs
263 apresentar as 8 prioridades que se referem ao covid porque é um eixo novo. As prioridades
264 sanitárias covid da macrorregião Leste são para fortalecer a rede de atenção através da incorporação
265 de novas tecnologias para atendimento pós covid com implementação de incentivo financeiro
266 estadual e Federal para equipe multiprofissional na atenção primária e nos serviços de reabilitação.
267 A segunda prioridade da macroleste é a manutenção de alguns leitos exclusivos para covid-19 na
268 região para garantir o acesso oportuno aos pacientes suspeitos e confirmados.

269 As prioridades covid da macrorregião Oeste são a garantia de financiamento adequado para
270 implantação e execução das ações da linha de cuidado da COVID incluindo serviços ambulatoriais,
271 equipamentos, assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e equipes multiprofissionais de
272 reabilitação, educação permanente e ampliação do programa de oxigenoterapia domiciliar
273 prolongada.

274 A segunda prioridade é manter e reestruturar os serviços existentes e ou implantando novos serviços
275 (ambulatorio pós covid-19) e assistência farmacêutica garantindo educação permanente em saúde
276 do trabalhador no processo de construção da linha guia.

277 Na macronorte as prioridades são; desenvolver estratégias para qualificação e capacitação de
278 profissionais da APS e de referência da atenção secundária para atendimento da covid por meio de
279 educação permanente, elaborar fluxos e protocolos baseados na oferta de serviços, com base na
280 capacidade instalada das regionais de saúde, subsidiados por mecanismos de apoio institucional e
281 integrado entre a vigilância e atenção à saúde para enfrentamento desse novo cenário. Como
282 segunda prioridade intensificar a retomada das ações da atenção primária ambulatorial e hospitalar,
283 ampliação da capacidade operacional dos serviços de saúde, através da viabilização do

10

284 financiamento específico, para custeio das ações de enfrentamento covid e pós covid de forma
285 concomitante as já existentes. Prioridades para a macronoroeste; Fortalecer é qualificar a atenção
286 primária secundária e terciária para reabilitação e tratamento da síndrome pós covid com ampliação
287 de equipes multiprofissionais. As prioridades serão disponibilizadas no site da CIB PR.

288 Nestor disse que houve revisão de prioridades com a inclusão do eixo covid e adiantou que a
289 Beneficência Portuguesa aqui representada pelo Carlos fara o acompanhamento através de
290 consultoria.

291 Lembrou que não é um Plano Municipal de Saúde é nem é o Plano Estadual de Saúde mas sim um
292 planejamento Regional onde temos que esquecer um pouquinho as nossas prioridades individuais e
293 pensar na organização da rede saúde. Vai ser um exercício bem complexo e vai exigir um
294 nivelamento de informação e entendimento daquilo que a gente quer como objetivo. O Ministério
295 da Saúde deverá estar presente na discussão de recursos financeiros e haver pactuação para um
296 boma gente tá bem vamos assim bem confiante de uma boa discussão e um bom trabalho no ano de
297 2.022.

298 O Dr. Vinícius Filipak, apresentará o item 3.4, com os resultados da primeira etapa do diagnóstico
299 Regional para o planejamento do programa Paranaense de procedimentos eletivos. Iniciou
300 cumprimentando a todos, e pede atenção dos senhores e senhoras para a apresentação que vai ser
301 feita porque ela é o Marco diferencial no processo de planejamento estratégico e que vai envolver o
302 futuro de milhares de paranaenses que tem necessidades assistenciais ora não atendidas.

303 Em sua fala relatou que na reunião passada da CIB fizemos uma pactuação para que criássemos
304 bases para que esse processo de enfrentamento da demanda reprimida de cirurgias eletivas fosse
305 exitoso, nós apenas começamos o trabalho que durante muito tempo não foi realizado no âmbito da
306 gestão, tanto estado quantos municípios nunca tiveram uma decisão política de fazer um processo
307 de qualificação de filas de assistência, sem isso não temos esperança de conseguimos equalizar a
308 assistência do SUS para a população.

309 Durante muito tempo deixamos as filas abandonadas, à mercê de cada município, tentando fazer
310 sozinho as suas escolhas e o Estado contratando pontualmente os serviços cirúrgicos dentro da
311 capacidade orçamentária e financeira. Há um jargão utilizado por todos os gestores de que as filas
312 estão de posse dos hospitais do estado, o que é pura verdade e vou apresentar para vocês aqui os
313 resultados de um processo muito intensivo que nós fizemos a partir da publicação da deliberação
314 230 no mês de outubro..

11

315 A deliberação estabelece a proposta de implantação do programa Paranaense de cirurgias eletivas,
316 pactuamos a primeira etapa do diagnóstico Regional, porque nós não temos uma base de dados
317 atualizados em tempo real, de onde estão os pacientes, quem são, quais demandas eles possuem e
318 qual a gravidade clínica que eles tem e se têm possibilidades cirúrgicas. Se não tivermos essas
319 informações todo esse processo poderá ser realizado, mas será mais exitoso com o diagnóstico
320 Foram esforços muito grandes, realizado por todos os municípios, pelas regionais de saúde como a
321 coordenação feita pela SESA e esse levantamento foi necessário para que pudesse tirar um retrato
322 naquela oportunidade de quantos pacientes estavam teoricamente numa demanda de consulta eletiva
323 e numa demanda de cirurgia eletiva represada nos municípios. Apenas a quantidade, sem identificar
324 quem são efetivamente esses pacientes, que eu vou demonstrar aqui como resultado, nós temos que
325 pensar muito bem e validar a relevância desse resultado que a gente construiu.

326 Priorizamos as especialidades de Ortopedia, cirurgia geral e os principais para que este
327 levantamento fosse feito. Adotamos em conjunto um fluxo de acesso ideal do paciente para
328 atendimento eletivo, que tem que se dar a partir da atenção primária e portanto pela mão do gestor
329 Municipal. Não é possível estabelecer uma estratégia sem que o gestor Municipal coordene a sua
330 demanda e nos dê capacidade de informação dessa demanda, papel que nós faremos num processo
331 de interoperabilidade de sistemas de regulação.

332 O estado tem um sistema oficial de regulação que é o GSUS/CARE, portanto bom ou ruim com
333 limitações ou excelências ele é o sistema que é vigente, portanto para esse sistema deveremos
334 migrar informações dos diferentes sistemas de regulação que cada município utiliza e que
335 consórcios utilizam. Esse ponto um ponto crítico, porque senão teremos que repetir esse diagnóstico
336 que consumiu quase dois meses para ser realizado a cada mês. Faremos então adoção de um
337 sistema oficial de registro com uma migração automática de dados dos sistemas dos Municípios
338 para o CARE. Cada município continuará usando o seu sistema de regulação, cada consórcio de
339 saúde continuará usando sistemas mas haverá uma migração desses dados, para que a gente possa
340 de tempos em tempos, analisar o status do andamento do programa e reservar um tempo que é
341 essencial para olhar o que está ocorrendo a pesquisar as potencialidades e os riscos que estão
342 surgindo, portanto ter esse relatório é fundamental.

343 Nessa primeira etapa portanto, identificamos a demanda reprimida das especialidades que estão
344 citadas e que foram preenchidos pelos gestores municipais com ajuda e colaboração das regionais
345 de saúde é a maior parte dos Municípios realizaram esse levantamento com participações
346 importantes dos apoiadores.

347 398 municípios responderam as informações ou seja praticamente 100% dos Municípios é 37
348 municípios não acessaram as informações no formulário eletrônico e estão citados aqui. Há
349 municípios de grande população que não acessaram o formulário eletrônico mas que pôr informação
350 de planilhas Excel encaminhadas para a SESA e dados destes municípios foram considerados.

351 Chama a atenção que Municípios de maior população como Cascavel, Londrina e Paranavaí não
352 acessaram o formulário eletrônico e esses resultados é uma transcrição de informação de uma
353 planilha de Excel para um formulário eletrônico, não sendo feito diretamente pelo gestor.

354 O resultado do que nós coletamos nos últimos meses, 233.544 procedimentos eletivos apenas das
355 especialidades principais e que não são todos e 367 mil consultas dessas especialidades aguardando
356 em algum momento a realização do atendimento. Portanto 611.000 cirurgias e consultas que
357 corresponde a 5,3% da população do Paraná com alguma espera nessas especialidades.

358 Na macrorregião leste ela corresponde a mais ou menos 50% da população e esse levantamento
359 identificou que tem 43% da demanda identificada na coleta, não havendo nenhuma discrepância
360 com relação a isso.

361 Mas analisando a macro Norte com 14% da demanda identificada comparando com a macro
362 Noroeste e a macro Oeste, tendo estas três macros têm praticamente a mesma população por volta
363 de 1.800.000 a 1.900.000 habitantes e por que essa iniquidade nas informações? Porque a
364 macronorte aparentemente tem dois terços apenas da demanda da macronoroeste? Será que
365 realmente há um melhor atendimento nesta macrorregião pergunta que os dados começam a nos
366 fazer.

367 Aqui estão relacionados que a maior demanda é da ortopedia com 33% de cirurgias em princípio
368 que compõe esse montante. 75.000 procedimentos cirúrgicos ortopédicos aguardam a realização de
369 cirurgias. Depois a gente identifica aparelho digestivo com 39 mil pacientes, oftalmologia com
370 38.000, aparelho geniturinário 37.000, circulatório 23.000 e otorrino 18.000.

371 Temos diferenças regionais como por exemplo a maior demanda da cirurgia vascular na macroleste
372 com a maior população, mas há uma distribuição irregular de demandas entre as demais regiões.
373 Claro há serviços mais disponíveis em uma das macrorregiões do que em outras, isso significa o
374 quê, que o nosso planejamento até o presente momento não foi capaz de trazer equidade para o
375 acesso de alguns pacientes que têm acesso melhor na macrorregião do que nas outras portanto isso
376 tem que ser corrigido.

377 Em relação a ortopedia temos uma fila para cirurgia de joelho do 14 mil pacientes, coluna vertebral
378 7000 e 30.000 procedimentos que são secundárias a trauma. Em cirurgia do Aparelho Digestivo,

temos para hernioplastia de 13 mil pacientes, para hemorroidectomia 9.900, em oftalmologia 19.000, catarata 10.000 e assim por diante

Apresentou um gráfico em pizza mostrando que 8% dos pacientes estão vinculados ao sistema de regulação Estadual CARE Paraná, 11% estão vinculadas a sistemas de consórcios de saúde, 17% estão em filas de município e 64% em outros sistemas que são desconhecidos. Isso aqui é o resultado de um erro estratégico, histórico no Estado do Paraná, ou nós resolvemos esse processo aqui ou a gente não tem futuro.

Para corrigir isso esses pacientes têm que estar em algum lugar, e um paciente não pode estar em dois lugares, não é possível você dar oportunidades para alguns cidadãos e para outro não dar oportunidade nenhuma.

Quais são os municípios que tem a maior população percentual esperando um procedimento cirúrgico. Doutor Camargo tem uma população de 6.000 pessoas e tem 1.100 esperando cirurgia, eu não vou duvidar do gestor, mas pode haver erros de registro, como é que 18% da população está esperando cirurgia, isso pode revelar falha na base de dados que nós temos hoje, base não é confiável a gente não tem como planejar nada.

Em relação as consultas médicas, a ortopedia ganha como maior demanda, e em seguida oftalmologia, aparelho circulatório, gênito urinário, digestivo, otorrino, etc. Na macroleste que tem 50% da população tem apenas 30% das consultas em espera, o que é bastante diferente da macronorte, e estes fatos merecem nossa atenção.

Foi apresentado um quadro mostrando as filas de cirurgia e as demandas de consulta, evidenciando diferenças no acesso em relação as macrorregionais. Apresentou um quadro em que se verifica o elevado número de pessoas que estão em fila de espera, contudo não estão vinculados a uma fila o que merece várias análises.

Em relação a fila de consultas merece destaque avaliar o que os dados nos trouxeram, como por exemplo o elevado número de pacientes em fila de espera no município de Tamboara.

Este processo foi muito cansativo, e não conseguiremos repeti-lo, para obter estes dados daqui para a frente precisamos vincular os pacientes a partir do município e inseri-lo num sistema de informação, que deve dar um retrato em tempo real para todos nós, o CARE Paraná. Os grandes prestadores não informaram de forma clara seus dados, e deve ser melhorada a identificação de sua oferta de serviços, mas infelizmente neste momento não temos estas informações relativas aos prestadores.

410 O Paraná realizou um faturamento em 2020 de 214.000 procedimentos cirúrgicos a menos do que
411 em 2019, se a perda de 2021 em relação a 2020 for igual, então teríamos cerca de 400.000
412 procedimentos cirúrgicos não realizados e o relatório levantou apenas 233.000.

413 Apesar de todo esse esforço como foi pouca efetividade desse levantamento então a adoção de uma
414 política nova, significa que a gente vai ter que combinar o processo, trabalhar a transparência das
415 informações, independente se é uma demanda da justiça ou dos órgãos de controle, nos temos que
416 adotar estratégias que possam dar andamento para essa população.

417 Comentou que alguns procedimentos em contratos não possuem detalhamentos, e foi limitada a
418 análise dos contratos, porque foi insuficiente o tempo para fazer isso, e se fosse feita alocação pura
419 e simples de recurso financeiro, com esse levantamento, muito provavelmente seria errônea, e
420 provavelmente teria que estabelecer uma nova estratégia

421 Esse relatório é importante e deve ser analisado no âmbito de cada município, de cada região de
422 saúde e no âmbito da Macro. A SESA vai ajudar nesse processo de discussão.

423 Mas teremos que pactuar as diretrizes norteadoras do programa de cirurgias eletivas, ele é um item
424 do plano estadual de saúde, foi pactuado por nós, é hora de desenvolvê-lo.

425 O que ira se discutir na sequência na segunda etapa do diagnóstico Regional? Se a primeira etapa
426 foi apenas contar pacientes, agora temos que saber quem é o paciente, e começar a corrigir a
427 vinculação dos pacientes que não está em lugar nenhum, respondendo se este paciente existe de
428 verdade, se ele tem nome, CPF e RG. É verdade tem diversos pacientes que têm mais um cartão
429 mas como é que nós vamos trabalhar com esse processo de usar só o cartão, não é possível, então
430 teremos que adotar um método de identificação de pacientes. Estamos pensando seriamente que o
431 CPF é o melhor para este processo, é um documento não fraudável e temos que conversar para
432 migrar progressivamente a identificação para o CPF.

433 Para que a estratégia de assistência seja efetiva não dá para ter o mesmo paciente em mais de um
434 lugar esperando, ele tem um só lugar, para podermos contar só o que existe de verdade.

435 Vamos fazer uma definição do pacote mínimo de dados, ou seja, quais são os dados que os sistemas
436 de gestão municipais e dos consórcios terão que informar, e com que periodicidade, para a base de
437 dados do sistema Oficial do Estado, para que tenhamos um acompanhamento efetivo com a
438 identificação do paciente, com a identificação do estabelecimento, o tipo de demanda que ele tem, o
439 tipo de consulta, a nomenclatura das consultas, é um processo de uniformização de dados que não é
440 simples mas é absolutamente necessário.

441 Concluindo a apresentação diagnóstica e com base no que foi apresentado no grupo técnico da CIB,
442 ontem segunda-feira, a proposta do programa Estadual de cirurgias eletivas está com condições para
443 que a gente possa propor a pactuação e desenvolver os instrumentos apresentados.

444 Nestor agradeceu ao Vinícius dizendo que esse trabalho claramente demonstrou o quanto a gente
445 carece dessa organização, temos que entender a demanda para propor a oferta do serviço, é uma
446 clara demonstração de que mesmo que seja muito trabalhoso é necessário, nós precisamos nos
447 organizar, não há possibilidade da gente simplesmente alocar recursos sem saber para onde que ele
448 vai, isso não tem condição de dar certo, não tem um futuro Próspero.

449 O gestor Municipal tem que ter rastreabilidade de todo esse caminho dentro do SUS, o paciente tem
450 que ter condição de ser avaliado operado e depois auditado esse procedimento efetivamente pago, o
451 obvio precisa ser dito, quem contrata regula, quem regula paga, não dá para o prestador fazer a
452 regulação do negócio que é nosso, por isso a gente precisa saber o que nós estamos contratando,
453 para quem nós estamos pagando, com estamos fazendo acesso.. Nesse conjunto de situações
454 levantadas pelo estudo é que se vai fazer a proposição da implantação do programa de cirurgias
455 eletivas.

456 Ivo faz comentários de que este programa marcara a administração do Beto Preto, como um grande
457 marco da gestão, um sonho de termos uma política de continuidade para as cirurgias, um programa
458 que não deteve só na questão dos mutirões do governo federal .

459 Temos a certeza que todo ano teremos um programa Estadual de cirurgias eletivas. Quero enaltecer
460 muito o trabalho do Dr Vinícius. Nós realmente fizemos uma força-tarefa que contou todos os
461 apoiadores e foi uma grande surpresa nos depararmos com estas situações nos municípios, que não
462 tinham essa informação.

463 Nas visitas que nós fizemos por parte do COSEMS, chamamos atenção para o controle que se deve
464 ter neste processo, mas agora nós evoluímos, literalmente o programa Estadual de cirurgias eletivas
465 deve ser um programa sistemático, estas informações que até mesmo o Governo do Estado não
466 detinha é um grande marco, muitas vezes fazemos as cirurgias dos mutirões do governo federal
467 porém não é aquele gargalo que nós queremos resolver lá na ponta.

468 O que sempre dava certo era a oftalmo e tá claro aqui que o nosso grande gargalo nas cirurgias
469 eletivas é a Ortopedia, então agora de uma vez por todas, nós teremos com esse incremento e com
470 essas informações melhores resultados na prática.

471 Agradeceu ao anúncio feito pelo Secretário Beto Preto, dizendo que ficará para a história como o
472 maior investimento na área de cirurgias eletivas, e pediu para que possamos ter previsão
473 orçamentária todos os anos para atender esta demanda.

474 A pandemia trouxe a estruturação dos hospitais de pequeno porte, com um grande potencial e que
475 vão ajudar muito nesse processo de realização de cirurgias eletivas, que não deve se concentrar só
476 nos municípios maiores nos grandes centros e serão grandes apoiadores nessa política permanente
477 de cirurgias eletivas.

478 Passou a palavra para a Cleide que parabenizou a Secretaria por este programa e a todos os que
479 participaram do levantamento, dizendo que elogia o trabalho feito no Estado no levantamento de
480 informações e a coragem de mexer nessa ferida, das cirurgias eletivas. Afirma que é preciso fazer
481 justiça com as prefeituras e que lá na região de Cascavel as filas foram diminuídas, é dizer que os
482 nossos prefeitos na Secretaria de Saúde investiram para resolver o problema que ninguém queria
483 resolver e nós precisamos resolver.

484 Doutor Vinícius, é maravilhoso ter a sua sensibilidade para nos ouvir, os secretários não
485 conseguiram fazer uma fila real porque a grande maioria da fila tá lá no prestador, e nós que não
486 temos a gestão plena dependemos deles para ter acesso à informação e eles não entregam para nós,
487 nem eles sabem em que caixa estão os pacientes das cirurgias eletivas, reforçamos que precisamos
488 mesmo mexer nisso. Agradeceu ao o estado pela coragem e tem certeza que a competência de todos
489 ajudará a resolver esse problema.

490 Disse que volta muito feliz para a sua região e deixa um abraço apertado para os colegas que
491 vieram lá de Cascavel para a posse da Diretoria do COSEMS e que para estar aqui hoje eu volto
492 muito feliz porque todo investimento que nós é convencemos o nosso prefeito de fazer para resolver
493 as cirurgias eletivas e inclusive nos hospitais de pequeno porte hoje o estado vai assumir isso é
494 maravilhoso se nós temos que complementar não tem problema mas, pelo menos, hoje a gente vê
495 que nós teremos o aporte financeiro e técnico do Estado porque nós que não temos gestão plena
496 vamos depender exclusivamente do estado para fazer com que esse processo ande mas eu volto
497 muito feliz e quero aqui de coração parabenizar a secretaria do estado de saúde o nosso secretário
498 Beto preto e dizer que contem aí com os municípios e o COSEMS.

499 Adriane comentou sobre a importância que todo esse processo que o Estado está assumindo, e
500 reforçou que são grandes as dificuldades e desafios e trazendo para uma realidade como é a da
501 segunda região metropolitana onde há grandes dificuldades de fazer acontecer o programa de
502 cirurgias eletivas. As várias situações que podem ser relatadas de prestador, às vezes de pactuação

17

503 quando a gente tem a grande capital e que precisa ter o processo validado, precisa fazer um recorte
504 individualizado.

505 A exemplo do que está sendo colocando, a grande demanda de todas as áreas é principalmente a
506 ortopedia, quando a gente entende o que é a ortopedia, precisa fazer um olhar considerando o custo
507 efetivo das cirurgias. As vezes o prestador não vai oferecer alguns tipos de cirurgias como as
508 ginecológicas, e teremos que avaliar se os nossos serviços próprios podem fazê-lo, e tem cirurgia
509 que precisa ter projetos específicos, entre ela as cirurgias vasculares, em que a gente precisa do
510 procedimento que às vezes não é o do pacote cirurgias eletivas como a escleroterapia, e precisa da
511 cirurgia convencional.

512 Devemos ter também este momento de discussões dessas possibilidades de condução nas regionais,
513 e ter estes encaminhamentos também com o prestador envolvido, e que a partir do momento que ele
514 se coloca disponível assuma de fato estes compromissos.

515 Hoje se pensa no atendimento pós-cirúrgico e deve também ser considerado o pós-cirúrgico, o
516 pacote completo, isso acaba sendo uma grande dificuldade quando a gente pactua pois o paciente
517 chegava no hospital e era solicitado exames que não estavam previstos sem a possibilidade do
518 município realizar e muitos gestores desistiram de encaminhar pacientes para a cirurgia eletiva por
519 conta dessa dificuldade, principalmente aqui na nossa região.

520 Márcia parabeniza a iniciativa da SESA, faz uma observação de que este processo não seja
521 engessado, cita que 60% da fila da macroeste é de Curitiba, porque há especificidades nas
522 negociações com prestador, não criando amarras no repasse de recursos. A maior razão das filas na
523 ortopedia é que a tabela SUS não cobre os custos e só consegue fazer a fila andar com recursos
524 próprios e os municípios de gestão plena não podem pagar para municípios que não são seus.
525 Recomendou que na resolução não haja amarras porque nas negociações os prestadores são
526 diferentes.

527 O Secretário Beto Preto disse que seguira as tabelas do Ministério da Saúde, e alertou para os
528 diretores das regionais que diversos hospitais têm POA e que neles também tem cirurgias eletivas e
529 devemos pedir que as metas sejam cumpridas. Esse mesmo POA tem nos municípios e há
530 dificuldade para cumprir estes contratos. Além deste esforço único de colocar 100 milhões no
531 programa, temos que fazer valor os contratos existentes. Se pactuarmos a proposta ainda este ano
532 serão empenhados estes valores e nos próximos dias iniciaremos as contratações do Estado. Informa
533 que há contratos na oftalmologia que serão mantidos com 100% da tabela SUS e serão lançados em
534 caráter excepcional mutirões para realizar procedimentos e contratando encima dos contratos

535 vigentes na área de oftalmologia. Os próximos meses deverão ser de muita discussão, pactuações e
536 realizações de cirurgias eletivas, não temos aqui a pretensão de fazer tudo, temos um atraso normal
537 de um ano e meio e mais dois anos que entraram na fila, vamos trabalhar por muito mais atraso de
538 cirurgia do que tínhamos, mas é um passo adiante que deve ser dado não esperamos o ministério da
539 saúde para poder fazer a nossa pactuação estadual e eu quero dizer que neste ano de 2021 o
540 Ministério da Saúde colocou 19 milhões, foram realizados em cirurgias eletivas fora dos contratos,
541 a metade das cirurgias em um ano todo. Claro tivemos interrupções cirurgias eletivas mais só foram
542 realizados metade dos recursos e a outra metade, tem uma proposta de transformar 50% de MAC,
543 ou seja, nós não conseguimos cumprir os 19 milhões que o ministério tinha colocado, agora vai
544 depender de muito mais conversa e articulação, não temos solução para tudo não adianta falar que
545 vamos sair pagando 5 vezes a tabela SUS porque ninguém aguenta. Então vamos lutar para
546 transformar o nosso purgatório diário num local melhor para se viver.

547 Nestor retoma propondo as pactuações, para fazer a primeira defesa de pactuação chamando a
548 Luciane Otaviano de Lima que é coordenadora da vigilância sanitária que vai fazer apresentação do
549 programa Estadual de fortalecimento da vigilância em saúde (PROVIGIA). Antes porém propõem a
550 pactuação de algumas coisas que foram aprovadas nas comissões e para alguns anúncios feitos pelo
551 Secretário, aprovando as propostas da secretaria em relação a inserção do componente extra da
552 assistência farmacêutica básica dentro do aditivo do convênio consórcio Paraná saúde, os critérios
553 de distribuição dos veículos que o secretário anunciou aqui e também o dinheiro relacionado para
554 aquisição dos tablets, colocando tudo numa mesma resolução. Por parte do Estado foi aprovado e
555 por aclamação, pelos municípios.

556 Luciane fez sua apresentação e cumprimentou a todos em especial aqueles que trabalharam para
557 construção e para a consolidação do PROVIGIA concluindo o ano de 2021 com a apresentação da
558 proposta para pactuação de programa e com tudo que ela representa para a consolidação da
559 vigilância em saúde no Paraná

560 A política nacional de vigilância em saúde é definida como um processo que trabalha com diversos
561 setores e áreas na regulação e na intervenção nos condicionantes e determinantes de saúde sempre
562 pautada nos pilares de prevenção proteção e promoção. É bem importante pensar nessas três
563 palavras porque elas acabam determinando todas as atividades que são realizadas no escopo da
564 vigilância em saúde, com várias diretrizes e estratégias para o fortalecimento da vigilância no
565 contexto do país, do estado e dos Municípios, passando pela articulação e pactuação nas três esferas
566 de gestão.

567 As diretrizes e a abrangência das ações de vigilância sanitária, vigilância ambiental, epidemiológica
568 e de saúde do Trabalhador devem estar em todos os pontos de atenção à saúde para conseguir atingir
569 a integralidade do cuidado, fortalecendo sempre a inserção na rede de atenção, e com destaque para
570 a atenção primária em saúde, fortalecendo e avançando na construção de todas as linhas de cuidado
571 e de todas as atividades que precisam ser construídas no escopo da Vigilância, passando também
572 pela promoção e o intercâmbio de informações técnicas na construção de saberes como a gestão do
573 risco, para conseguir monitorar, acompanhar e intervir quando for necessário.

574 Também atuar nas emergências em saúde pública fortalecendo as capacidades básicas da vigilância
575 em saúde com a produção de evidências a partir da análise de situação de saúde para a gente
576 conseguir avançar no escopo da Saúde como um todo porque se eu não conheço meu território eu
577 não conheço a minha situação de saúde.

578 O acompanhamento e toda análise das informações que a vigilância em saúde fornece trabalhando
579 no dia a dia é fundamental para avançar e consolidar as nossas práticas e por fim a diretriz passa
580 pela avaliação do impacto de novas tecnologias e dos serviços para conseguir prevenir riscos e
581 eventos adversos.

582 Nas regiões de saúde precisamos integrar as áreas da vigilância pensando sempre na regionalização
583 de saúde fortalecendo as linhas de cuidado, trabalhando nas instâncias de pactuação, no controle
584 social e pensando ,em todas as estratégias para fortalecer a comunicação. A comunicação dentro da
585 vigilância em saúde é fundamental, precisamos comunicar riscos e agravos, a necessidade de
586 intervenção, a necessidade de atuação no território, precisamos fortalecer muito essa comunicação.

587 Avaliação e monitoramento são bem importantes, se eu não olho de forma sistemática e continua o
588 meu cenário eu não consigo enxergar se estou caminhando na direção correta se eu preciso mudar a
589 rota, o que foi consolidado, por que precisa ser melhorado para poder ir avançando cada vez mais.

590 A proposta da instituição do programa Estadual de fortalecimento da vigilância em saúde
591 denominado de PROVIGIA PARANÁ, é fruto de uma discussão muito longa, muito intensa,
592 olhando para os planos, projetos e programas que já foram estruturados, olhando para os resultados
593 que já foram alcançados e as dificuldades que foram enfrentadas e para as necessidades que ainda
594 temos que atender.

595 Ele vem como um impulsionador para fortalecer ainda mais a vigilância em saúde e contempla nas
596 diretrizes do programa um resumo da política nacional, abordando o processo de regionalização e
597 descentralização, o repasse de recursos financeiros, a educação permanente, a capacitação ou

20

598 treinamento envolvendo todas as equipes para essa construção pautado fortemente na avaliação, no
599 monitoramento e no trabalho integrado.

600 O programa é instituído basicamente em três pilares, o pilar das ações estratégicas, do
601 monitoramento e do repasse de recurso financeiro. Em relação às ações estratégicas foram
602 elencadas algumas ações nas áreas de vigilância sanitária, promoção à saúde, atenção à saúde,
603 vigilância ambiental, saúde do Trabalhador e vigilância epidemiológica com 12 ações estratégicas
604 para fins de monitoramento e acompanhamento, com uma proposta de revisão minimamente a cada
605 dois anos

606 Será discutindo no início do ano com mais propriedade cada uma dessas ações, mas é necessário
607 passar pela qualificação do registro de informação em vigilância sanitária; pelo desenvolvimento de
608 ações com foco no risco sanitário das atividades; na melhoria da qualidade de vida dos idosos
609 institucionalizados; trabalho relacionado a hanseníase; desenvolvimento de ações de capacitação em
610 saúde do trabalhador; na investigação dos acidentes de trabalho que resultaram em óbitos; aqueles
611 em crianças e adolescentes que foram definidos como prioridade para investigação; no registro do
612 estado nutricional de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes; ação para prevenção e
613 controle dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis; vigilância das intoxicações
614 exógenas; animais peçonhentos e o controle da arbovirose; análise das amostras de água para
615 consumo humano; ações de avaliação e monitoramento da vigilância do óbito; as infecções
616 sexualmente transmissíveis e ações de avaliação e monitoramento do sistema de informação da
617 vigilância epidemiológica. De forma muito resumida são ações de rotina da vigilância em saúde que
618 foram consolidadas para fins de monitoramento

619 O pilar do monitoramento vem como uma fortaleza dentro do programa e deve ser contínuo e
620 sistemático. A estratégia do monitoramento deve ser bem fortalecida, com compilado anual dessas
621 informações, ele vai subsidiar o repasse de recurso complementar do próximo ano.

622 O recurso tem a definição de que pode ser utilizado como recurso de capital e ou de custeio
623 dependendo da previsão orçamentária para cada ano, uma parcela desse recurso vai sempre ser fixo
624 e uma parcela vai ser vinculada aos resultados atingidos e excepcionalmente para o primeiro
625 repasse em 2021 ele vai ser integral para impulsionar essas ações de vigilância em saúde e com os
626 repasses posteriores vinculados com parcelas fixas e variáveis.

627 Diferentes variáveis forma levadas em conta para a definição dos valores a serem repassados,
628 dependendo do porte assumido ou de ações que está sob a responsabilidade de cada município ele

21

629 aumenta significativamente. O rateio considerou tudo isso para atender a necessidade de todos os
630 municípios na melhor forma possível.

631 O repasse em 2021 vai ser o valor integral na modalidade de custeio, mas nos repasses posteriores a
632 ideia é trabalhar sempre que possível a parcela de capital e de custeio, na parcela de custeio a
633 proposta é trabalhar um valor fixo e um outro valor variável dependendo do que se atingir de
634 resultados em relação as ações.

635 Este repasse inicial de 2021 que vem integral para modalidade de custeio, pode ser utilizado em
636 treinamento, capacitação, contratação de serviço Laboratorial, calibração, e numa infinidade de
637 atividades e serviços .necessários para manutenção diária das práticas da Vigilância.

638 Há um instrutivo com vários detalhamentos que orientam sobre o programa, e o que está em
639 negrito, que é o bloco de estratégia e atividades, merece bastante destaque porque na verdade é ali
640 que está a base de todo o programa, com várias estratégias que tem que ser realizadas para
641 conseguir atingir a meta que foi proposta. A ideia desse programa é trabalhar essas estratégias de
642 forma muito detalhada para gente conseguir avançar e consolidar a vigilância em saúde.

643 Nestor afirma que a mesma lógica do programa de cirurgia eletivas foi utilizada na modernização e
644 fortalecimento da vigilância de saúde é entende que é necessário colocar o recurso de 2021 em
645 custeio, e que em 2022 possamos trabalhar com todas as questões, com recurso fixo, com recurso
646 variável e com recursos de capital apoiando a estruturação das vigilâncias.

647 A Diretora Maria Goretti cumprimentou o presidente do COSEMS e a todos os presentes na reunião
648 da CIB e se manifestou para dizer da importância do programa Estadual de fortalecimento da
649 vigilância em saúde e dos pilares desse programa de qualificação e fortalecimento de todas as ações
650 da vigilância em saúde e com foco nas 12 ações estratégicas que foram apresentadas, não foi um
651 trabalho fácil, foram muitas reuniões e foi muito difícil revisar o programa anterior e compilar essas
652 ações estratégicas que estão definidas nesta proposta, agradeceu a todos os coordenadores e as suas
653 equipes e a todos os técnicos das regionais e também as contribuições do grupo técnico no sentido
654 de aperfeiçoar a proposta.

655 Deixou registrado que não é uma mudança de nome dos programas é uma mudança de visão é uma
656 mudança na perspectiva da Integração de todas as ações da Vigilância e saúde e principalmente na
657 integração entre vigilância e atenção à saúde que é o propósito objetivo da nossa Diretoria,
658 agradecendo a Luciane e ao secretário Beto Preto.

659 Proposta a pactuação com a aprovação do Estado, o Presidente Ivo destacou a importância da
660 vigilância durante o período da pandemia e reconheceu a necessidade da reformulação do antigo

661 programa VIGIASUS, apoiando a revisão do conjunto dos indicadores e considerou aprovada a
662 proposta.

663 Márcia fez a proposta de ajustes com os sistemas de informação, o que foi aceito pela Goretti.

664 Nestor deu sequência a pauta, chamando o tema relacionado a pactuação de distribuição de
665 medicamentos a ser feito pela Margely do CEMEPAR.

666 Margely propôs a pactuação da migração dos medicamento de hepatite para o componente
667 estratégico da assistência farmacêutica (CEAF) que antes faziam parte do componente
668 especializado. Houve já a pactuação na CIT, com a publicação da portaria que autoriza a migração
669 em 2020 com uma nota técnica sendo enviada no mesmo ano.

670 O Ministério disponibilizou os sistemas HORUS e CICLON para fazer a migração do sistema. O
671 Paraná já utiliza o CICLON e como vantagem já apresenta o controle de dispensação, trazendo
672 bastante agilidade para os pacientes. A proposta para pactuação é que no estado do Paraná os
673 medicamentos para o tratamento das hepatites virais serão gerenciadas pelo CICLON hepatites, que
674 a assistência farmacêutica prestada aos pacientes portadores das hepatites será realizado nas
675 unidades dispensadoras de medicamentos (UDM) naquelas que hoje já fazem a dispensação dos
676 medicamentos HIV, que as farmácias que já atendem os pacientes portadores das hepatites por meio
677 do SIAFI descentralizadas nos municípios possam manter esses atendimentos desde que sejam
678 cadastradas para o uso do CICLON e façam o gerenciamento por esse sistema e também que outras
679 farmácias que ainda não atendem os pacientes portadores de hepatite possam por decisão da gestão
680 Municipal passar a atender esses pacientes desde que sejam cadastradas no CICLON e a transição
681 para o modelo de acesso se de em até 180 dias da publicação desta deliberação.

682 Nestor declara que da parte da secretaria esta aprovada o que foi acompanhado pelo Ivo.

683 Vinícius Filipak volta ao tema da cirurgia e propôs a pactuação do programa Estadual de ampliação
684 de acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos que é um programa de caráter permanente com
685 execução periódica na medida que identificarmos demandas reprimidas mais relevantes,
686 disponibilidade orçamentária e capacidade operacional, será feita um lançamento de uma etapa nova
687 do programa, ou seja, serão sucessivas resoluções SESA impondo financiamento, modalidade de
688 controle, modalidade de acesso que descaracterizaria uma campanha tornando-se um programa
689 Paranaense de cirurgia de acesso a cirurgias eletivas.

690 É uma ação de muita responsabilidade em pactuarmos isto, assumiremos em conjunto de
691 compromissos mútuos, ter sabedoria de escolher quais são os passos mais seguros e de que forma

692 que a gente vai avançar progressivamente fazendo o atendimento com equidade, integralidade,
693 universalidade e transparência de processo.

694 Cada etapa sucessiva terá prioridades a uma prioridade inicial, depois complementares e quem sabe
695 um dia teremos uma redução muito significativa do tempo de espera desses pacientes. Isso não vai
696 ser conseguido no primeiro no segundo ou terceiro ano mas é a meta que a gente pretende
697 estabelecer e que a gente possa ter rastreabilidade desse paciente, do recurso que foi utilizado e da
698 eficácia do processo, utilizando para isso .recursos federais, estaduais e municipais.

699 As prioridades principais são qualificação e ampliação do acesso, adotar padrões de fluxos
700 definidos, adotando ferramentas adicionais no CARE Paraná para se ter interoperacionalidade e em
701 relação ao paciente, caracterizá-lo em quatro estágios. Primeiro com uma suspeita clínica de um
702 diagnóstico, depois confirmação diagnóstica, estágio pré operatório e o pós operado. Em qualquer
703 destes estágios, o paciente pode regredir a condição anterior por ter condições clínicas que contra
704 indicam a cirurgia neste momento, devendo ser remetido para o tratamento da patologia de base,
705 voltando no processo mais tarde quando estiver com a condição cirúrgica.

706 Esses quatro status é que faz parte da integração de sistemas que a gente pretende adotar com esse
707 padrão de acesso obrigatório, entrando através de sistemas de regulação, passando pelo processo de
708 qualificação e requalificação e equalização de acesso aos procedimentos cirúrgicos.

709 O paciente que tem uma indicação cirúrgica tem uma data e hora que você confirmou o diagnóstico
710 e tem uma gravidade, como será a situação dos pacientes daqui a seis meses? Haverá muitos
711 pacientes com a mesma indicação, quem vai ser operado primeiro? é apenas por ordem cronológica
712 ou por gravidade? Teremos que estabelecer protocolos de acesso com risco clínico para priorizar o
713 acesso desse paciente estabelecendo de comum acordo e de forma pactuada que paciente será o
714 elegível inicialmente.

715 A utilização de recursos da União com complementação do estado e dos Municípios e pretendemos
716 que esse problema seja desenvolvido sempre com pacote integral, uma linha de cuidado cirúrgica
717 para o doente, com as ações de confirmação diagnóstica de pré operatório e a cirurgia e o pós-
718 operatório, sendo realizados de forma integral e portanto de preferência no mesmo estabelecimento.
719 Quando o paciente já tem diagnóstico pré-operatório estabelecido e bem caracterizado, por
720 exemplo, nos consórcios, que fazem a identificação desse paciente com exames complementares
721 estando pronto para operar, não precisa mais de fazer diagnóstico, mas ele precisa fazer operatório e
722 a cirurgia. Então nesse processo ganhamos escala nesse atendimento porque quando o paciente for
723 direcionado para um Hospital, ele chega com a confirmação de fato que tem o diagnóstico correto e

24

724 pode operar o mais rápido possível. Temos que criar condições para ter pacotes de incentivo e
725 contratualize melhor esse processo de confirmação diagnóstica, pré-operatório e pós-operatório
726 Definida as prioridades sanitárias elas podem ser verificadas de tempos em tempos com alguma
727 especialidade tendo maior relevância naquele momento e o acesso do paciente do SUS por meio de
728 consulta médica especializada registrado em sistema de regulação oficial.

729 Então esse paciente entra com consulta especializada para o especialista através de um sistema de
730 regulação que pode ser do município ou do estado, mas há que ter uma identificação do paciente
731 pelo gestor e deve ser inserido e colocado num acesso qualificado havendo como comprovar a
732 veracidade da existência desse doente, preferencialmente a ação de inserção deve ser feita a partir
733 da atenção primária.

734 A distribuição de recursos é feita a partir de duas lógicas, uma lógica prioritária é a per capita,
735 baseado na população mas nós temos que criar mecanismos de equalização de filas, e o outro seria
736 baseado no tamanho da demanda reprimida. Se houver uma base de dados confiável será criado
737 mecanismos de equalização reduzindo iniquidades.

738 A lógica de financiamento passa por recursos das três esferas de governo para o custeio do prestador
739 criando capacidade operacional. Na SESA será trabalhado com dois contratos com o prestador, um
740 regular com metas e outro complementar, recebendo incentivos caso tenha cumprido o contrato
741 principal.

742 Faremos monitoramento contínuo entre a SESA e o COSEMS, para que a gente possa avaliar a
743 eficácia do atendimento e do desenvolvimento do programa com correção de metas e de processo de
744 atendimento. O monitoramento é essencial e todos os procedimentos cirúrgicos eletivos deverão ser
745 informados obrigatoriamente nos sistemas oficiais de informação da SESA. Será feita uma
746 distribuição de série numérica especial da SESA para todos os municípios para que a gente possa
747 identificar o paciente operado. Os gestores do teto MAC receberam recursos fundo a fundo para
748 antecipadamente poder começar sua execução, e à medida que for sendo feita a execução desse
749 recurso parcelas subsequentes serão destinadas, e uma vez que o gestor informar no sistema oficial
750 a realização daquele procedimento conforme a série numérica específica nos entendemos que ele
751 prestou contas do atendimento prestado.

752 As fases de execução sucessivas serão feitas por resolução da SESA e a cada etapa de execução de
753 2020 e 21/22 e na sequência 22/23. e poderemos montar processos de execução atendendo a
754 demanda reprimida de maior volume. O prazo deve ser de 12 meses e a referência para definição do

25

755 valor seria obviamente o SIGTAP e pretendemos fazer um incremento em cima desse padrão
756 financeiro. Esta etapa foi pactuada entre a SESA e o COSEMS, prevendo alguns ajustes.

757 Passando para a apresentação da primeira fase ela está baseada na demanda que foi identificada
758 inicialmente, e vamos atender as 6 principais especialidades levantadas com os municípios e os
759 procedimentos cirúrgicos vinculados a essas especialidades. Fizemos uma proposição com um
760 cálculo financeiro de que cada procedimento tem valor referencial de tabela seja SIH ou SIA , e
761 criaremos condição adicional para o prestador, significando que queremos que o prestador confirme
762 o diagnóstico com os exames que ele precisa realizar e realizar a cirurgia de modo ágil é rápido.
763 Não pretendemos com este programa que o paciente tem que voltar para o município para fazer
764 uma ecografia que faltou, uma ressonância que não tem acesso, senão para sempre nunca será
765 operado .

766 Esse e falo que nós temos hoje, o paciente circula na rede, tenta fazer o exame, onde o consórcio
767 está organizados pode resolver, mas onde não há consórcio o paciente fica sem saída.

768 No programa o prestador irá então receber 100% sobre o valor do procedimento previsto no
769 SIGTAP e 50% como incentivo para as ações de execução de exames pré e pós-operatório.

770 Ele vai receber esse pagamento se todas as ações de pre operatório e pós-operatório estiverem
771 executados Então temos que criar sistemas de registro e de controle e monitoramento da execução.

772 Esse procedimento executado pelo prestador, auditado pelo seu gestor, identificado com a senha
773 numérica especial para a rastreabilidade da execução pode ser pago.

774 Ficam excluídos nesta etapa os procedimentos de catarata e facectomia catarata que não estão
775 incluídos neste procedimento os pacientes oculares poderão ser incluídos menos a catarata, porque
776 já tem em fase de publicação pela SESA um edital para atender especificamente essa atividade.

777 O recurso financeiro da primeira fase e de até 100 milhões de reais. Nesta fase faremos apenas a
778 distribuição per capita desse recurso, ou seja, o recurso não irá para todos os municípios, ele será
779 feito fundo a fundo para o município que tem gestão do teto MAC e os municípios que não tem
780 gestão do teto MAC terão acesso ao recurso nos contratos que a SESA fará mediante um
781 chamamento por edital.

782 O município por exemplo que vai ter direito a um valor, ele identificará os pacientes na
783 especialidade que ele tem necessidade, vai inserir o paciente no acesso aos hospitais
784 contratualizados e sendo operado o paciente o recurso é contabilizado como gasto do município e
785 esse custeio será pago pela SESA usando a série numérica especial.

786 Quem vai escolher o paciente é o município, ainda não temos protocolo de risco, mas podemos
787 trabalhar com os municípios para que seja inserido, por exemplo, aqueles que os consórcios já tem
788 classificação de risco. A SESA não interferirá na indicação do paciente. Se não ocorrer a execução
789 até 360 dias o recurso deverá ser devolvido ou reprogramado e para os municípios que tem gestão
790 do teto MAC a SESA fará de imediato repasse do valor de 35% no valor total. A medida que for
791 estabelecido a execução parcial desse recurso faremos um segundo pagamento de 35% e o terceiro
792 pagamento de 30% remanescente, respeitando a capacidade orçamentária e financeira do estado.
793 Para a adesão nessa primeira etapa será repassado 35% de forma imediata para quem tem gestão do
794 teto MAC à medida que for entregue o termo de adesão pelo Município. Haverá uma deliberação da
795 da CIB com a indicação de cada município, de que tipo de especialidades e qual a quantidade de
796 paciência que precisam para utilizar o recurso. Em até 45 dias após a publicação da resolução
797 deveremos receber a deliberação da CIR relativa a escolha de cada município ou seja cada
798 município terá esse recurso financeiro para atender as especialidades e procedimentos indicadas.
799 Esta relação poderá ser mudada, a cada etapa que o município identificar que o paciente não foi
800 localizado, já operou de alguma forma, podendo vir a substituir o paciente ou procedimento. A cota
801 financeira permanecerá igual. Após 60 dias será iniciado o monitoramento e avaliação do realizado
802 com critérios pactuados na CIB, com uma condição indispensável que é regulação e processamento
803 no SIS e SIHSUS.

804 Cada gestor terá que negociar com seu prestador para que não realizem apenas as cirurgias previstas
805 no programa, ficando a critério de cada um identificar as ações que precisam ser feitas. Poderá
806 haver repactuação dos valores indicados, podendo o gestor que tiver não tiver teto MAC, pactuar
807 com aquele que tem teto MAC.

808 Nestor destaca o passo importante que se dá neste momento, e esclarece uma dúvida, se os
809 municípios receberam os recursos financeiros, informando que os de gestão plena receberam fundo
810 a fundo e os que não tem gestão plena não receberão.

811 A distribuição será per capita, ficando cada município com um crédito a ser executado nos contratos
812 do Estado. A informação e registro de pacientes os sistemas da SESA ou nos do município com
813 interoperabilidade são fatos indispensáveis para a gestão dos recursos e transparência da gestão.
814 Colocado em votação a Márcia, fez considerações com a garantia da linha de cuidado, e pediu
815 flexibilidade para negociar com prestadores.

816 Vinícius argumentou que 150% é o valor a ser remunerado em bloco e a negociação com o
817 prestador do município é livre para ser aplicado e a negociação é sua.

818 Márcia argumenta que se este fato está na resolução amarra nas nossas procuradorias e no
819 entendimento dos tribunais, a leitura deles é diferente quando se escreve que 50% é para o pré.
820 Vinícius disse que isso não será escrito e apenas deixou para entendimento do valor que inclui o pré
821 e pós-operatório.

822 Ivo, após as considerações, considerou aprovada a proposta.

823 Nestor retoma e a Olga apresenta a alteração das referências para exames eletrofisiológicas dos
824 residentes na sétima Regional de Saúde.

825 Olga cumprimentou disse que a demanda originalmente surgiu da necessidade colocada pela 7ª
826 Regional de Saúde de mudar a referência do laboratório eletrofisiológico que tem até hoje a
827 referência vigente para o município de Curitiba, propondo a mudança para o Hospital Angelina
828 Caron na segunda regional de saúde.

829 A partir da competência de janeiro, uma vez que as agendas de dezembro já foram liberadas e
830 agendadas a sétima Regional passa ter agendas através do sistema CARE no estabelecimento
831 Angelina Caron, e passa portanto não ter mais acesso no E-saúde.

832 COSEMS e SESA, aprovam a mudança.

833 O item 4.6 da pauta e colocado em discussão, e Olga faz um breve histórico dizendo que durante a
834 pandemia nós tivemos o bloqueio da realização das cirurgias bariátricas a partir de 1º de Abril do
835 ano 2000, através de uma resolução da SESA, a Resolução 395 impedindo portanto que os
836 estabelecimentos de saúde pudessem continuar atendendo a cirurgia bariátrica. Essa resolução foi
837 revogada em outubro deste ano, portanto os estabelecimentos de saúde voltam a ter atividade no
838 atendimento ambulatorial e cirúrgico dos pacientes da cirurgia bariátrica.

839 Devido a isso nós também tivemos que nos organizar nas referências, uma vez que para esse
840 movimento de liberação dos estabelecimentos para voltar a atender os pacientes o Hospital Angelina
841 Caron ainda se encontra bloqueado porque estamos em processos de auditoria daquele
842 estabelecimento. Também porque tivemos novos serviços habilitados que não estavam no PDR,
843 que são os casos de Cascavel e Maringá, sendo assim propomos fazer uma readequação dos
844 serviços de referência.

845 A partir da resolução SESA de outubro foi feita uma primeira proposta de readequação dessas
846 referências, mas na conversa de segunda-feira aqui da região metropolitana tivemos um movimento
847 da secretária Adriana e da secretária Márcia com os municípios da 2ª Regional de Saúde, com a
848 proposta de mudar as referências da segunda para o município de Curitiba. Estamos propondo que
849 dos 29 municípios da 2ª Regional 23 municípios incluindo município de Curitiba fiquem como

850 referência nos três estabelecimentos em Curitiba que são, o Hospital de Clínicas, o Hospital
851 Universitário Evangélico e a Santa Casa totalizando 3.380.000 habitantes nessa região de saúde e
852 também mantendo a 6ª Regional de Saúde no município de Curitiba também. A segunda grade de
853 referência seria o Município de Campo Largo as referências para os dois estabelecimentos de saúde
854 de Campo Largo que é o Hospital São Lucas Hospital do Rocio e vai englobar os outros seis
855 municípios da 2ª Regional de Saúde entrando a primeira regional de saúde e continuando a 3ª
856 Regional, 4ª Regional, 5ª regional de saúde e 21ª todos em Campo Largo comportando 2.251.000
857 habitantes nessa referência. A referência Pato Branco mantém sétima e a oitava regional de saúde
858 que compõem 628 mil habitantes. A próxima divisão com um prestador novo o Hospital
859 Universitário do Oeste com referência para Cascavel, nona, décima e a vigésima Regional para
860 referência nos dois estabelecimentos de saúde certo essa composição leva para 1.361.000 mil
861 habitantes nessa região de saúde.

862 A 21ª.RS e a 22ªRs se vinculam a dois estabelecimentos em Umuarama e a UOPECAN tem uma
863 habilitação nova, compondo 604 mil habitantes para essa região Essa e a proposta que a gente havia
864 feito. A próxima e a Santa Casa de Paranavaí, que vai atender a 13ª. RS e a 14ª. RS com 439.000
865 habitantes. Na 15ª RS temos o hospital Universitário de Maringá e o Hospital de Sarandi. O
866 Hospital HONPAR, fica como para 16ª.Rs, 19ª. RS e 22ª. RS e por último Londrina para 17ª.RS,
867 18ª.RS com 1.194.000 habitantes.

868 Vinícius justificou a necessidade de manter esta pactuação considerando outros aspectos
869 relacionados a condição clínica dos pacientes e disse que os pacientes que já iniciaram os
870 atendimentos em outra referência serão atendidos considerado as exigências clínicas previstas na
871 Resolução SESA 225.

872 Olga retoma e cita a resolução SESA 225 sugerindo que todos que ainda não conhecem a portaria
873 leiam com atenção, pois tem todas as questões técnicas envolvidas no atendimento, a questão da
874 temporalidade, a questão do fluxo do acesso regulado pela Regional de Saúde e autorizado pela
875 gestão do Estado.

876 Vinícius lembrou de que o paciente que já teve acesso regulado e está no estabelecimento
877 permanece onde já iniciou o processo.

878 Márcia disse ter feito uma boa conversa a respeito disso e tem hoje uma fila de 495 pacientes nos
879 três serviços, com a pactuação de hoje nós temos 141 que estão na fila e não foram atendidos em
880 serviços nenhum. Então serão devolvidos porque eles não tiveram nenhum atendimento, e

881 receberam os novos, resultado desta pactuação. Disse haver necessidade de um encontro de contas
882 porque 15% dos pacientes tem intercorrências com custos adicionais que não são FAEC.
883 Nestor e Ivo aprovam a pactuação apresentada.
884 O item 4.7 da pauta e a proposta de utilização dos saldos de recursos da campanha de cirurgias
885 eletivas incorporando ao teto MAC Estadual.
886 Raquel disse que houve a reunião técnica do CONASS e o Ministério da Saúde solicitou um
887 panorama referente as cirurgias eletivas do ano de 2021, os recursos que já foram utilizados e a
888 previsão do saldo não utilizado nos meses de novembro e dezembro. Dos 19 milhões recebidos pelo
889 Estado, foi realizado 2.2 milhões e a um saldo de aproximadamente 16,8 milhões. O município de
890 Curitiba foi um dos únicos municípios que já utilizou quase todo recurso e manifestou que vai ter
891 condição de utilizar todo recurso ainda esse ano.
892 Foi encaminhado para o ministério esta planilha com o pedido de possível reversão desse recurso
893 que é FAEC para MAC. Vinícius disse que é vantajosa esta proposta e a pactuação e que 50% do
894 recurso seja transformado em MAC, com exceção de Curitiba que continuará FAEC. Nestor propôs
895 a pactuação que foi aprovada pelo presidente Ivo.
896 Ivana ira propor a pactuação dos municípios infestados por Dengue no Paraná, por uma Deliberação
897 da CIB, a última deliberação que era a nº 169 tinha 334 municípios infestados, foi feito um ofício ao
898 Ministério da Saúde solicitando quais critérios adotar para aqueles municípios que têm infestação
899 acima de zero e casos autóctones e não se consideram infestados. A resposta do Ministério da Saúde
900 através do Ofício 355, foi de que aqueles municípios que têm casos autóctones ou índice de
901 infestação acima de zero automaticamente passaram a condição de infestados, dessa forma, não
902 fizemos isso automaticamente, fizemos uma listagem dos municípios que tinham essas
903 características e repassamos as regionais de saúde para pactuar com os municípios diretamente nas
904 suas regionais de saúde.
905 O resultado é que nós ficamos com o seguinte quadro; 1ª Regional de Saúde tinham 4 municípios;
906 Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos e Morretes, nessa condição três deles confirmaram a questão
907 da infestação e Guaraqueçaba pediu uma reavaliação e também fazer um monitoramento por
908 armadilha por 12 meses consecutivos para uma reavaliação.
909 Na segunda regional de saúde o município de Adrianópolis ratificou a condição de infestado e os
910 municípios de Colombo, Curitiba, Pinhais, Piraquara e São José dos Pinhais também vão realizar
911 essa avaliação por monitoramento de armadilhas por 12 meses consecutivos e vão constituir um
912 grupo técnico já que são municípios conurbados com uma densidade de população elevada para

913 fazer esse monitoramento e reavaliar esta condição no final de 12 meses. A 4ª Regional de Saúde
914 Guamiranga, Mallet, Rio azul e Teixeira Soares ratificaram, na 5ª regional de saúde já havia sido
915 incluído via CIR Foz do Jordão, Laranjal, Marquinhos, Palmital e Porto Barreiro e ratificaram a
916 condição de infestado Campina do Simão, Candói e Goiochin, na 6ª Regional de Saúde, General
917 Carneiro ratificou Porto Vitória ratificou e São Mateus do Sul ratificou. Na sétima Regional de
918 Saúde Manguierinha ratificou como infestado, na oitava Regional de Saúde Enéas Marques também
919 ratificou sendo que na sétima Regional de Saúde Sulina havia feito a inclusão via CIR. Dessa forma
920 o novo mapa de infestados no Paraná e este com 356 municípios infestados e 43 municípios não
921 infestados ficando em monitoramento aqueles municípios que assim o solicitar. Essa é a nova
922 proposta de deliberação

923 Márcia não aceitou a proposta de pactuação, dizendo que era só um informe. Ivana, disse que
924 Curitiba não foi considerada infestada, e que foi combinado com a equipe fazer o monitoramento.
925 Ivana esclarece que o monitoramento será feito com a identificação dos vetores com o apoio do
926 professor Navarro por 12 meses.

927 Ivo manifestou sua preocupação com a evolução dizendo que desta forma o Paraná inteiro ficara
928 infestado e deveria ser melhor pensado sobre essa situação é essa atualização que é passada aqui,
929 principalmente na questão do critério.

930 Ivana disse que é uma atualização do cenário para o Ministério. Nessa atualização o município
931 passa a ser configurado como infestado porque tem a presença do Aedes aegypti e tem a
932 transmissão da dengue no município. Isso é uma questão técnica a partir desse momento deve agir
933 como município infestado fazendo a prevenção.

934 Ivana disse que essa deliberação todo ano é publicada para atualizar os municípios que estão
935 infestados no estado do Paraná e os municípios que são infestados tem uma categoria de atividades
936 diferenciadas daqueles municípios não infestados. Com certeza anualmente nós temos acréscimo de
937 municípios, o vetor não tem fronteiras ele se disseminando devido as condições climáticas. O
938 Ministério da Saúde estabeleceu esses critérios de que a partir do momento que você tem índice de
939 infestação acima de zero e casos autóctones você é um município infestado mas nós no estado do
940 Paraná sempre pactuamos isso junto com o município. O município concorda ele passa a ser
941 infestado e foi isso que nós fizemos novamente, então nós fomos a cada região de saúde e os nossos
942 municípios confirmaram suas condições aqueles que não confirmaram vão fazer esse
943 monitoramento 12 meses se for constatado que não é infestado continua não infestado.

944 Nestor vai para o último ponto de pauta, com Maria Goretti informando que vamos começar 2022
945 com a conferência de Saúde Mental, é uma resolução do Conselho Nacional de saúde, que já define
946 as etapas municipais, regionais, macrorregionais, estadual e Nacional. A 5ª conferência nacional de
947 saúde mental, será de 17 e 20 de Maio de 2022.

948 O Conselho Estadual de Saúde do Paraná já definiu a nossa Conferência estadual de saúde mental
949 que será nos dias 27 e 28 de abril, é uma definição também do Conselho Estadual de que não
950 faremos etapas municipais, eu sei que alguns municípios já estão fazendo, respeita-se isso, mas não
951 é a indicação do Conselho Estadual são conferências regionais. O ponto crítico é que nós vamos
952 realizar essas conferências a partir do que foi definido pelo Conselho Nacional, pelo nosso
953 Conselho Estadual no mês de janeiro de 2022, então amanhã praticamente nós teremos que realizar
954 22 conferências regionais de saúde mental, o tema da conferência, vamos seguir o tema nacional
955 que é a política de saúde mental como direito pela defesa do Cuidado em liberdade como avanços e
956 garantia dos serviços de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. Então dizer a todos que
957 nós estamos compondo a comissão organizadora representando a SESA e ficamos à disposição para
958 apoiar as nossas regionais e aos municípios de abrangência na organização destas conferências
959 regionais. Já tem um regulamento aprovado, estava aqui trabalhando justamente na última revisão e
960 quero passar ainda hoje para os nossos diretores das regionais e pedir que eles compartilham de
961 imediato com todos os municípios os gestores. Passou ao presidente Ivo e as coordenadoras técnicas
962 do COSEMS PARANA, o pedido para que nos ajude na divulgação, e vamos juntar esforços para
963 esse evento envolvendo cerca de 700 participantes, que em Curitiba acontecerá nos dias 27 e 28 de
964 abril.

965 Goretti falou de sua gratidão pelo apoio que tem recebido dos nossos diretores, equipes das
966 regionais de saúde, dos Municípios, dos prefeitos, dos Senhores gestores da saúde em cada
967 município do Paraná, já realizamos 13 workshop de adesão ao planifica SUS Paraná em todas as
968 regiões com adesão total dos Municípios e com eventos muito interessantes e afirma que como
969 servidora e gestora pública, enfim militante do SUS, terminar de uma maneira mais interessante e
970 agradável esse ano que já foi tão difícil para nós.

971 Foi muito interessantes estar próximo dos profissionais e dos gestores e próximos dos tutores que
972 vão dar conta desse desafio da planificação da atenção à saúde no Paraná, estão todos já sabem o
973 projeto tem como objetivo integrar as ações e os processos de trabalho das equipes de atenção
974 básica, atenção primária à saúde, com as equipes da atenção ambulatorial especializada. É uma
975 estratégia de mudança, do modus operandi, do sistema único de saúde no Paraná para que a gente



32

976 possa avançar e resgatar aquelas ações que porventura não demos conta durante o período de
977 pandemia. Esta maratona segue em frente hoje mesmo já viajamos a Pato Branco, Pato Branco,
978 Franciso Beltrão e Foz do Iguaçu. Foram apresentadas fotos ilustrativas dos momentos acontecidos
979 nas diversas regiões do Estado e agradeceu a todos pelo apoio e pelo entendimento do objetivo da
980 proposta que é o alinhamento de todas as ações do nosso sistema Estadual de saúde no Paraná.
981 Finalizando cumprimentou o presidente Ivo e seus diretores e apoiadores por ter tomado posse
982 frente ao COSEMS Paraná.

983 Nestor encerrou a 5ª. Reunião e desejou que nos reencontremos com muita saúde e desejou a todos
984 um bom natal e bom ano novo e o Ivo, por parte do COSEMS Paraná também fez felicitações a
985 todos., com muita paz e força e deixou um grande abraço pedindo que Deus nos abençoe.