



1

1 **ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2022.**

2 **Data: 22 de junho de 2022**

3 **Local: Hotel – Auditório da CELEPAR – Rua Mateus Leme, 1561 – Bom Retiro – Curitiba –**

4 **Paraná / Reunião transmitida online em tempo real pelo canal da SESA-PR no YouTube**

5 **Participantes Presenciais: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Ivoliciano Leonarchik

6 (Mangueirinha), Flavia Quadros (Curitiba), Sergio Henrique dos Santos (Campo Mourão), Adriane

7 Carvalho (Pinhais) **SESA: Titulares SESA:** Nestor Werner (Diretor-Geral), Cesar Neves

8 (Secretário), Maria Goretti David Lopes(DAV/SESA); Vinícius Filipak (DGS/SESA)

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

10 Dando início a reunião, o Secretário César Neves deu boas vindas a nossa a 4ª reunião ordinária da
11 CIB cumprimentou a todos e em sua fala inicial, citou o momento atual pelo qual passamos em que
12 há um tensionamento há entre Ministério da Saúde e o Conselho Nacional dos secretários Estaduais
13 de saúde (CONASS) e também com o CONASEMS, dizendo que esse tipo de movimento não
14 agrega absolutamente nada, com o Ministério da Saúde liberando pautas em pactuar com a CIT e
15 que isso está acontecendo com a estratégia da Saúde cardiovascular, com as cirurgias eletivas e com
16 incorporação de novos fármacos pela CONITEC sem avaliação técnica do CONASS. Apesar disto
17 disse ter uma ideia bastante otimista e que com o diálogo reverteremos essa situação, uma vez que
18 isso não é bom para ninguém. Disse que é importante fortalecer a relação tripartite e que irá
19 novamente a Brasília, e tentar uma reunião de esforços evitando esse tipo de posicionamento nessa
20 hora, porque os municípios estão sequiosos de recursos os estados estão combalidos e nós não
21 precisamos ficar neste momento abrindo mão de recursos que venham de alguma forma fomentar
22 especialmente a atenção primária e atenção secundária. Disse que como vice-presidente da região
23 Sul é uma pessoa que luta pelo consenso e que nós não estamos no momento de perdemos recursos
24 e dividir os recursos e que estará em Londrina recebendo o secretário Nacional da atenção primária
25 em Londrina e que temos que ter esse convívio Republicano e buscar o Consenso. Ivo fez uma
26 saudação especial ao nosso secretário de estado Dr César Neves e em seu nome cumprimentou os
27 demais integrantes da mesa que representam a secretaria de estado e os gestores os apoiadores os
28 Diretores de Regionais e os que estão nos acompanhando também através da internet. Disse estar
29 muito feliz porque tivemos a retomada das câmaras técnicas presenciais o que traz uma
30 responsabilidade maior e também uma agilidade nas soluções dos nossos problemas. Lamentou o
31 momento nós estamos passando na relação com Brasília e tem acompanhado a edição de portarias a
32 toque de caixa sem a devida a discussão e pactuação mas ao mesmo tempo propôs buscarmos
33 estratégias para conduzir isso da melhor forma possível e que o objetivo é atender a nossa
34 população de uma forma equânime. Disse que por parte do COSEMS fica aprovada a ata da 3ª
35 reunião extraordinária de 2022, no que foi acompanhado pelo Estado. Abreu deu bom dia a todos e
36 a todas e cumprimentando o secretário cumprimentou a todos da mesa e disse que no primeiro
37 momento nós vamos homologar algumas deliberações que já foram feitas e que essas deliberações
38 tiveram a aprovação nas suas correspondentes CIR, e na sequência fará a leitura de todos os
39 processos que foram encaminhados pelos municípios para aprovação na CIB. Inicialmente como
40 temas de homologação temos algumas alterações do teto Estadual com repasses então de recursos
41 nos dois sentidos, inicialmente do município de Foz para a gestão Estadual de R\$ 12 mil reais e da
42 gestão estadual para Francisco Beltrão de R\$ 150 mil reais em parcela única Ubiratan do valor de
43 R\$ 1271 reais. Na sequência apresentou um conjunto de deliberações do nº 123 até a deliberação nº
44 149 que estão disponíveis no site da CIB que foram homologadas pelo pleno.



Na sequência fez a leitura para aprovação do protocolo 19.078.808-3 que aprovam o projeto técnico para aquisição de unidade móvel para o município de Guaratuba, o protocolo 18.457.622-8 aprova uma Emenda parlamentar no município de Inácio Martins para aquisição do consultório odontológico; o protocolo 19.080.971-1 com o incremento de R\$ 23.500,00 no teto financeiro do município de Pato Branco; o processo 18.280.741-0 o projeto implantação de equipe multiprofissional de saúde mental no município de Araucária; o processo 18.782.611-8 é um projeto de implantação de leite de saúde mental em Hospital Geral em Curitiba; o 17.038.995 habilitação como centro do tipo 2 aos pacientes com acidente vascular cerebral em Toledo; Habilitação para realização de procedimentos de videocirurgia pela Fundação Hospitalar São Lucas em Cascavel; 19.784.355 habilitação da associação de Mangueirinha para realização de procedimento de vasectomia e laqueadura tubária; 19.078.629 de liberação para aquisição de mamógrafo para unidade de atenção especializada em saúde referente uma Emenda parlamentar em Palmas; 19.086.520-9 solicitação por parte do CISMEPAR para deliberação CIB para aquisição de equipamentos via emenda parlamentar; Recursos para um gerador de energia para Salto do Lontra: 19.113.158 deliberação que aprova credenciamento uma equipe de saúde da família no município de Guaratuba; 19.101.941-5 aprova projeto técnico das equipes multiprofissionais de saúde mental para Pontal do Paraná; 19.103.674-3 solicitação de construção de UPA para o município de Pontal do Paraná; 19.633.582 aprova solicitação de habilitação do Centro de Atenção psicossocial CAPS tipo 2 do município de Pontal do Paraná; 19.638.983 aprova credenciamento de equipe de saúde bucal no município de Pontal do Paraná; o 19.083.486-3 aprovando atualização do grupo condutor Estadual; o 19.068.032 Mandaguaçu e Marialva implantam uma base descentralizada do SAMU; o 18.783.371 município de Telêmaco Borba a proposta para reabilitação de custeio para Upa; 16.133.757-9 recurso financeiro para o projeto de automação na farmácia hospitalar do Hospital São Vicente em Curitiba; o 16.135.759-6 é os recursos para o hospital São Vicente; o 19.093.701-6 é um CAPS tipo 2 para Sarandi; 19.095.429-3 é uma Emenda parlamentar para a aquisição de transporte sanitário van para o município de Palmital; o 19.103.730 credenciamento de unidade de saúde bucal no município de Matinhos; o 19.094.935-4 proposta de emenda parlamentar para a aquisição de unidade móvel para Cruzeiro do Sul; o 18.896.186 convênio SESA com Associação Raul Carneiro para aquisição de equipamentos hospitalares; o 18.731.335 habilitação do Hospital de Clínicas para tratamento de pacientes com doença renal crônica; o 18.394.594-7 solicitação do município de Pato Branco para encaminhamento ao Ministério Público de uma solicitação do aumento do teto MAC em cardiologia; o 18.966.063-4 solicitação do aumento do teto financeiro no serviço de alta complexidade do Instituto Nossa Senhora Aparecida; o transporte sanitário para Rio Branco. Simone Peres, enfermeira do Centro de Hematologia e hemoterapia do Paraná fez uma apresentação com relação ao fluxo dos eventos agudos nas situações de urgência e emergência para os pacientes que têm doença falciforme. A doença falciforme é uma doença hematológica crônica degenerativa que se caracteriza por uma anemia crônica que se estabelece em função do funcionamento inadequado das células vermelhas, com impacto importante na saúde de uma certa da população, ela tem políticas específicas implementadas desde 2005 pelo Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de sangue e hemoderivados que libera e deliberam os protocolos e as diretrizes de Conduta dos Profissionais de Saúde que conseguem manejar essa patologia e tratar as pessoas que nascem com a doença falciforme. Dentro da Coordenação Geral de sangue e hemoderivados estão as doenças hematológicas benignas e hereditárias. Entre as hemoglobinopatias esta a anemia falciforme e os hemocentros da rede HEMEPAR são responsáveis pela condução do tratamento ambulatorial regular dessas patologias. A política nacional de atenção integral às pessoas com doença falciforme e regulada por várias portarias entre elas a nº 1391 que é de 2005 e a nº 2084 que é de 2009. O fluxo de atendimento da doença falciforme está bem estabelecido no primeiro

122 momento, como é uma doença crônica e hereditária o exame que se constata a presença dessa
123 doença é feito pela Fundação ecumênica quando a criança nasce na maternidade fazendo o teste do
124 pezinho, e entre 7 dias a 10 dias a família tem esse resultado. De posse desse resultado e
125 dependendo do município em que ela resida ela deve vir até a Curitiba, na Fundação ecumênica
126 para que sejam dadas as orientações iniciais. Feito o primeiro é contato com a equipe médica da
127 fundação ecumênica ela é encaminhada e vai ser acompanhada conforme os protocolos clínicos em
128 duas unidades uma é o ambulatório de Hematologia do HEMEPAR na Travessa João Prosdócimo e
129 o outro é no HC no ambulatório de Hematologia do HC na Pediatria. No primeiro momento ela fica
130 acompanhada nesses lugares até que faça seis meses e aí ela pode ser encaminhada e são
131 referendados para algumas outras unidades da hemorrede onde tem hematologista que vão
132 acompanhar essas crianças mensalmente é até aí o fluxo tá bem definido e ele funciona
133 perfeitamente sem nenhuma dificuldade. A dificuldade passa a ser no momento em que essas
134 pessoas apresentam eventos agudos, é uma doença crônica, uma anemia crônica, é eventualmente
135 em função de alteração de temperatura do clima frio para o clima quente, pode ocorrer desidratação,
136 processos infecciosos como a gripe amigdalite e otite vão fazer com que essas pessoas agravem.
137 Então essas crianças têm um agravamento da situação da anemia crônica que eles têm e esse
138 agravamento normalmente precisa de intervenção médica. Quando um paciente em qualquer
município e dependendo da patologia tem um agravo a família procura o posto de saúde procura
UPA ou o pronto atendimento do município e aí nesses lugares vai ser avaliado por um profissional
para definir se entra com medicação, se precisa de transfusão, se precisa fazer uma conduta mais
complexa. A doença falciforme em função da especificidade de ser uma doença crônica ela é
acompanhada é quase que exclusivamente nos hemocentros e nos ambulatórios das Universidades e
quando ele chega na UPA, no pronto atendimento muitos profissionais que lá estão não conhecem a
patologia, e não tem a expertise de fazer o manejo porque ele não vê sempre aquele paciente.
Muitas vezes é o que a pessoa apresenta, criança ou adolescente é uma coisa que pode ser
conduzida pela UPA e pelo pronto atendimento mas em situações em que não dá para ser só nesses
locais as pessoas ficam sem saber para onde encaminhar e o que fazer com esses pacientes. Propôs
um modelo de encaminhamento para que fique fácil para o usuário saber para onde ele deve ir a
partir do pronto atendimento da UBS ou do hospital de pequena complexidade O que fazer com
esse paciente quando agravar para não ficar com sequela ou ir a óbito. Essas são as duas maiores
preocupações, evitando que ele ficou peregrinando até chegar no local adequado. Então se o
paciente precisa de transfusão é preciso saber para onde deve ser mandado para reverter
rapidamente este quadro. Em Maringá que já atende seus pacientes já estão os municípios do
entorno que procuram o Hospital Universitário. Em 2021 e 2022 o Hospital Universitário de
Maringá atendeu 25 pessoas porque nessa região, o Hemocentro de Maringá tem 75 pacientes
cadastrados com doença falciforme e desses 75 nesses dois anos apresentaram 2525 eventos agudos.
Em Curitiba temos cadastrados 168 pacientes, porém a gente não tem acesso aos dados do
município para saber quantos fizeram agravo nesse período. A sugestão é que Hospital Pequeno
Príncipe que já faz o atendimento de Cardiologia e de Endócrino permaneça como responsável pelo
atendimento das crianças, e que o Hospital de Clínicas faça o atendimento dos adultos e o
atendimento das crianças que já são atendidas no ambulatório do HC. Em Londrina, o Hemocentro
de Londrina ficará responsável pela Regionais 16ª 17ª 18ª 19ª 22ª porque tem cadastrados naquela
região 89 pessoas e desses 46 já foram atendidos pelo pronto atendimento do HU de Londrina. Em
Foz a gente não teve acesso aos dados dos eventos, mas eles já são atendidos em boa parte no
Hospital Costa Cavalcante. Cascavel, a gente sugere que seja no Hospital Universitário, e foram 11
eventos agudos no período de 2021/2022 e Cascavel fica responsável pela 7ª, 8ª, 10ª e 20ª Regional.
Em Ponta Grossa no Hospital Regional serão atendidas a 3ª, 5ª. e a 21ª, nesta região tem registro

de 17 atendimentos. A regulação nos passou que foram 106 pacientes ao longo desses dois anos que foram atendidos com os eventos agudos. É óbvio que tem subnotificação, nós não temos os dados de Curitiba nem do município de Pato Branco e nem dos pacientes que acessam a rede privada. O HEMEPAR como Hemocentro coordenador se coloca à disposição para fazer orientação de profissionais da UPA, do pronto atendimento e para alguns hospitais do interior que nos ligam perguntando questões relacionadas ao atendimento e encaminhamento de pacientes. Foi apresentado um quadro com os principais agravos que os pacientes podem apresentar, e apresentado as condutas a serem tomadas com estes pacientes, sendo que algumas podem ser realizadas na própria unidade de atendimento, com as famílias sendo orientadas a procurar os serviços nos primeiros sinais de dificuldade, de dor ou iniciar a medicação em casa. Se o paciente agravar tem que ser referenciado para o hospital que dê conta e pode ser que o quadro dele evolua negativamente razão pela qual a gente precisa definir bem direitinho os fluxos de atendimento para que para que as equipes não fiquem estressadas na ponta e possam encaminhar adequadamente os pacientes. Na sequência discorreu sobre várias condições clínicas que exigem atenção para o paciente e indicou as condutas a serem tomadas frente as alterações nas taxas de hemoglobina. Alertou para a presença de febre em menores de 5 anos e da gravidade dos quadros que se apresentam. Destacou a ocorrência de outras patologias que exigem atenção imediata como o caso de AVC, em criança ou adulto, e a necessidade de encaminhar com rapidez o paciente para serviços de maior complexidade. Alertou para a necessidade das equipes serem alertadas para o manejo clínico e farmacológico adequado dos pacientes, com o uso de medicações específicas. Finalizando solicitou que fosse feita esta pactuação para evitar que esses pacientes fiquem com mais sequelas, porque é uma doença crônico-degenerativa não tem cura e para que não agrave, e o tratamento no local adequado é que vai ajudar o paciente tirando ele da crise e evitando os riscos a que a doença os expõem. O Secretário parabenizou a Simone pela brilhante apresentação e pediu licença para se retirar, indicando o Nestor para continuar tocando a CIB. Vinicius, fez um breve comentário acerca da apresentação da Simone parabenizando pela clareza da exposição acerca dessa doença. Disse que nós estamos tratando de uma categoria especial de pacientes que têm doenças crônica com um pequeno número de eventos agudos durante o ano. Para todo o estado nós temos 11 milhões e meio de habitantes e estamos tratando aqui com mais ou menos 100 eventos agudos durante o ano portanto não é nada crítico em termos de volume. Porém o retardo no atendimento inicial desse paciência pode trazer graves consequências para essa população. Disse que é necessário que esse encaminhamento esteja incluído nos planos de ação de urgência e nas grades de referência das nossas regionais uma vez que esse paciente ao procurar qualquer unidade de urgência vai necessitar da central de regulação de urgência ou eventualmente a central de leitos para que a gente possa fazer o direcionamento. Dando sequência a pauta foi discutida a alteração de habilitação de leitos de UTI pelo Dr. Vinicius que fez uma breve contextualização do processo de habilitação de leitos UTI no Estado que foi deferido pelo Ministério da Saúde no final dos dois anos e tanto de pandemia para que pudéssemos incorporar na rede o número de leitos UTI COVID como leitos gerais. Fez reflexões sobre o que é o leito de UTI, que não é um bem de consumo e não é uma commoditie, o leito de UTI significa a diferença entre a vida e a morte, entre a recuperação e a sequela de pacientes, que incapaz de decidir pelo seu próprio futuro coloca uma vida nas mãos dos gestores e portanto nós temos muito respeito por esse processo de terapia intensiva. É uma modalidade terapêutica que é crítica que faz a diferença entre vida e morte, para que nós possamos dar em tempo oportuno a melhor terapêutica possível nos eventos agudos. Não é o leito que salva o doente, o que salva é o conjunto de ações assistenciais, as especialidades médicas, enfermagem, fisioterapia, nutrição e toda a retaguarda clínica de investigação diagnóstica e de manejo terapêutico de um doente grave. Portanto não podemos colocar um leito em qualquer hospital, no entanto nós temos esse sentimento que há a

186 necessidade de internação desse pacientes o mais rapidamente. Falou com critérios adotados pelo
187 Ministério para que se possa é autorizar a existência de um leito e alertou sobre os custos crescentes
188 da assistência médica no nosso país e a remuneração desses atendimentos na realidade atual. Nós
189 precisamos de terapia intensiva o mais perto possível do cidadão e temos a responsabilidade de
190 alocar o paciente certo no local certo e no tempo certo através do complexo regulador, para que
191 possamos beneficiar não só aqueles pacientes que circunstancialmente já estão em hospitais de
192 referência e que tenham terapia intensiva como uma das suas modalidades, mas principalmente para
193 aqueles que estão fora dessa assistência. No ano passado o ministério sinalizou para o estado do
194 Paraná com até 320 leitos novos para ser incorporados como habilitados e fez uma pequena
195 correção no valor de tabela de repasse financeiro por diária de UTI e foi a primeira revisão de tabela
196 após muitos anos, longe ainda de ser o ideal. Isso foi deliberado por essa comissão e procuramos
197 nesse processo identificar prestadores nas principais regiões que tinham um maior deficit de leitos
198 de UTI per capita e incidência de patologias agudas. Nós temos uma deficiência muito grande de
199 leitos per capita na macrorregião Oeste, a segunda menos beneficiada é a Noroeste, a terceira é a
200 macro Norte e a quarta a macro Leste, portanto nesta alocação de leitos nós identificamos primeiro
201 hospital que tinham interesse e capacidade técnica para implantar o leito. Os leitos foram alocados
202 da seguinte maneira; na macro-Leste 108, na macro-oeste 86 leitos, na macro Noroeste 77, e 49
203 leitos na macro Norte, com essa distribuição nós tentamos a equalização destes leitos mas a
204 solicitação precisa ser aprovada pelo Ministério da Saúde com documentação obrigatória inserida
205 nos sites. Os leitos que estão relacionados aqui já estão aprovados pelo Ministério da Saúde e
206 portanto definitivamente habilitados, lembrando que em fevereiro o ministério colocou recurso
207 financeiro nos tetos respectivos do estado e municípios. Temos hoje 101 leitos nos hospitais da
208 Santa Casa Curitiba, a Universidade de Ponta Grossa, a Universidade de Cascavel, a Santa Casa de
209 Goioerê, a Santa Casa de Misericórdia Campo Mourão e Metropolitano de Sarandi. Esses hospitais
210 em gradações diferentes de dificuldades estão com algum problema com relação ao aspecto de
211 vigilância sanitária sendo essencial que esse processo seja resolvido pelo hospital e que a vigilância
212 possa dar aprovação de acordo com as normas. Nós temos um risco potencial de perda de 101 leitos
213 o que é inadmissível, nós não podemos perder esses leitos, se perdermos esses leitos nós teremos
214 aumento de risco de morte desses pacientes. isso não interessa a ninguém nós precisamos que esses
215 hospitais e as respectivas vigilâncias estudem maneiras de poder viabilizar essa habilitação. Disse
216 que teve a necessidade de relocar alguns serviços porque entre a nossa primeira abordagem do final
217 do ano passado e no mês de março deste ano tivemos a sinalização de que o Hospital Municipal
218 Padre Germano Lauck que havia se proposto inicialmente e habilitar 30 novos leitos de terapia
219 intensiva na macrorregião Oeste em princípio abriu mão dessa habilitação e a Santa Casa de
220 Misericórdia de Campo Mourão abriu mão de habilitação de dois leitos e o Hospital Municipal de
221 Maringá abriu mão da habilitação de 10 novos leitos. Para que não percamos a postulada habilitação
222 nós propusemos a habilitação no Hospital Regional do litoral de 10 leitos é o Hospital Regional de
223 Francisco Beltrão mais 10, em Palotina dez leitos e para o Regional de Maringá Universitário de 12
224 leitos. Em função da desistência dos hospitais propusemos essa nova habilitação e precisamos
225 apresentar para o ministério da saúde uma deliberação nova retificando o pedido inicial. O hospital
226 Municipal de Foz do Iguaçu pode ter interesse ainda de manter habilitação de alguns desses 30
227 leitos se isso ocorrer é de nosso interesse manter os leitos na região oeste e não nos interessa
228 habilitar leitos no ministério para o hospital do litoral mas tentaremos com o Conselho diretor do
229 hospital para que sinalize em definitivo se há ou não possibilidade da manutenção desses leitos no
230 Hospital Municipal de Foz do Iguaçu. Se isso ocorrer é interesse da SESA preservar os 30 leitos da
231 macrorregião Oeste, e isso não ocorrer nós prosseguiremos com habilitação do Hospital Regional
232 do Sudoeste com mais 10 leitos e do Hospital Regional do litoral

233 Ivo comentou que na reunião do COSEMS e foi muito evidenciado o fato de não perdermos esses
234 leitos, visto que o Paraná não deixou de atender a macro-oeste que tem essa fragilidade no
235 quantitativo e disse que fica muito satisfeito com a condução da SESA e aprova a mudança da
236 deliberação. Reforçou a questão e o alerta aos municípios, aos gestores e prestadores que dependem
237 da regulamentação de pendências sanitárias e outras que foram apresentadas para que o mais breve
238 para que o estado do Paraná habilite estes serviços. Nestor destacou que uma coisa boa que fica do
239 legado deixado pela pandemia e a inclusão de 329 leitos de UTI na rede do estado, é uma boa
240 informação é 25 por cento de aumento, a gente passa a contar com aproximadamente 1.550 leitos de
241 UTI a disposição da rede do SUS. Fez um apelo aos diretores das regionais e aos secretários de
242 saúde para que a gente consiga se unir para que de uma maneira a série consiga resolver as
243 pendências para habilitação e o trabalho conjunto do estado e dos municípios e dos prestadores para
244 que a gente não tenha a perda da habilitação e nem tenha que devolver dinheiro. Isso é muito
245 importante é um ganho que o Estado tem diante daquilo que se tinha de número de leitos de UTI
246 disponíveis. Dando sequência a pauta, 4.2 programa Cuida Mais Brasil. Carolina Poliquesi falou da
247 portaria 937 que a exemplo de outras portarias não foram pactuadas na CIT. Mas tomamos a decisão
248 de fazer uma discussão regionalizada e hierarquizada do documento em conjunto SESA e COSEMS
249 para poder balizar as discussões do que se trata essa portaria. Ela permite a contratação de
250 ginecologistas, obstetras e pediatras na atenção primária em saúde com um montante de
251 financiamento dividido entre as regionais de Saúde do Estado. Coube as regiões decidir que
252 municípios receberiam e definir o valor repassado. O que nós temos é que a princípio são sete
253 parcelas é que vai ser avaliado conforme a produção ligado ao previne Brasil. Não só produção, mas
254 nas ações de educação e saúde também e o que a gente determinou aqui no estado do Paraná. O que
255 está previsto nesta portaria infringe algumas regras da Constituição e o que a gente tem previsto na
256 atenção primária em saúde e que o uso desse recurso será feito sem desrespeitar nada do que nós
257 construímos tendo em vista a rede de atenção e Saúde Modelo de atenção às condições crônicas.
258 Externou a preocupação com o fato de que se siga as orientações da linha-guia materno-infantil e de
259 que esses profissionais não atendessem regionalmente porque se a gente está prevendo a atenção no
260 território não está prevendo que uma gestante vá ser regulada de um município a outro para ser
261 atendido pela atenção primária. Disse que a Goretti externou que está sendo feito uma discussão em
262 relação ao uso desses recursos na atenção especializada, é isso não está posto na portaria e esta em
263 discussão com os gestores. Falou que procuramos fazer um documento orientador nesse sentido
264 para que não haja uma inversão de fluxo nenhuma inversão do que está posto na linha de cuidados
265 materno-infantil. O que a traz aqui para deliberação é o compilado de todas essas discussões e que é
266 uma decisão da SESA como um todo do COSEMS como um todo com participação ativa dos
267 nossos apoiadores e dos gestores do Estado. Apresentou um quadro com o montante de dinheiro por
268 região e cada região decidiu que municípios receberiam e fizeram a divisão desse dinheiro. O que
269 Estado fará agora e encaminhar para o ministério da saúde para ser feita essa habilitação Goretti fez
270 uma contextualização sobre a organização do processo do Estado do Paraná e da modalidade dos
271 consórcios, e que só o Paraná tem essa expertise e utiliza muito esse instrumento. A portaria foi
272 editada a toque de caixa, o próprio CONASEMS bateu muito no processo de articulação com os
273 Estados e assim com muito cuidado foi feita essa adesão a portaria visto que na Federação são 12
274 estados que não aderiram a essa portaria alegando e questionando o Ministério da Saúde,
275 principalmente a Secretaria de Atenção Primária sobre as habilitações de várias equipes da equipe
276 de saúde da família e equipes de saúde bucal que estariam pendentes para pagamento e que os
277 municípios já estão bancando com recursos próprios. Disse que coerentemente discutimos muito
278 com o secretário de estado e permitimos com o COSEMS que cada região fizesse a discussão com
279 nossos apoiadores, e cada região observasse se queria ou não aderir, isso é um ato democrático. A

280 proposta será apresentada ao Ministério da Saúde numa reunião em Londrina com a presença do
281 Secretário da Saúde e será pleiteado a utilização do recurso para pagamento nos consórcios. Foi
282 falado sobre o registro dessa produção porque na portaria diz que tem que ser no E-SUS o registro
283 dessas consultas, tanto do obstetra como do pediatra. Ivo disse que podemos fazer a pactuação
284 tendo como base os critérios da portaria mas pontuou que se for permitida a adesão dos consórcios,
285 haverá interesse de outros municípios em receber o recurso, citando como exemplo a sétima
286 regional, havendo uma revisão da distribuição dos valores. Disse que como a Deliberação CIB já
287 havia sido aprovada com base nos critérios da portaria, e com a possibilidade de revisão dos termos,
288 a SESA, formalizasse ao Ministério da eventual possibilidade de alteração desta pactuação, caso
289 seja possibilitado a inserção dos consórcios. Considerando que a equipe técnica da SESA tem prazo
290 para entregar a proposta ao Ministério da Saúde, foi proposto que seja encaminhado a deliberação
291 nos termos apresentados e que havendo mudança de posição em relação aos termos da portaria, a
292 pactuação seja revista. Ivo insistiu, que mantido a posição da pactuação, seja oficializado ao
293 Ministério a intenção do Estado em discutir a inclusão do consórcio neste processo com revisão da
294 distribuição dos valores. Novos esclarecimentos foram feitos pela equipe da SESA com a
295 informação de que havia prazo para encaminhar a proposta e se houver eventualmente alguns
296 ajustes vai na sequência. Dando sequência aos itens da pauta, foi apresentado o item 4.3 revogação
297 da deliberação CIB 36 de 22 com a proposição de nova deliberação de acordo com o ofício circular
298 1522 do Ministério da Saúde de 3/04/2022. Com a palavra Lucimar cumprimentou a todos e fez
299 uma contextualização sobre o porque de uma deliberação tão jovem ter uma mudança e falou sobre
300 a política nacional de atenção integral às pessoas privadas de Liberdade e da possibilidade de
301 receber recursos do componente básico da assistência farmacêutica a partir do momento em que o
302 Estado faz adesão e os municípios. No final do ano passado o Ministério da Saúde e soltou uma
303 portaria de nº 2298 mudando as regras de solicitação e credenciamento de equipes de atenção
304 prisional, e para isso ele desobrigou que os municípios para fazer o pedido tivessem adesão ao
305 PNAISP mas isso só foi para atenção primária prisional. No começo desse ano o departamento de
306 assistência farmacêutica do Ministério da Saúde enviou ofício para os Estados dizendo que a partir
307 do momento em que os municípios tivessem pactuação e CIB eles estariam desobrigadas de fazer
308 adesão ao PNAISP. Foi feito um trabalho conjunto entre o Cemepar e os municípios onde fizemos
309 umas quatro reuniões prestando esclarecimentos. Foi um momento intenso e dos 92 municípios
310 então que tem unidades penais 87 fizeram a pactuação de descentralização do recurso. Agora o
311 ministério da saúde, através do departamento de assistência farmacêutica emitiu um novo ofício no
312 mês de abril revogando a descentralização do recurso da assistência farmacêutica e alterando o que
313 havia sido feito. Como resultado desta alteração teremos que fazer a revogação da deliberação
314 036/2022 e alterar os critérios de pactuação. A nova proposição foi aprovada por todos. Passando
315 para o item 4.4 da pauta Edilaine falou sobre os municípios do Paraná que aderiram à estratégia de
316 saúde cardiovascular conforme a portaria 3008 que instituiu o custeio de apoio à implementação da
317 estratégia de saúde cardiovascular na atenção primária à saúde e o objetivo de qualificar o cuidado
318 integral e melhorar o controle dos fatores de risco, com foco especial em hipertensão arterial e
319 diabetes, contribuir para o aumento da adesão ao tratamento e a redução de complicações,
320 internações e mortes dessas pessoas. Disse que a atenção primária à saúde tem um papel essencial
321 na identificação precoce, no tratamento e nas condições consideradas fatores de risco, além de atuar
322 nas ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos a nível comunitário. Os eixos de ações
323 estratégicos promoverão comportamentos saudáveis, rastreamento, estratificação de risco e
324 diagnóstico precoce. Falou dos critérios estabelecidos nas portarias do Ministério da Saúde para
325 implementar a estratégia e nos indicadores de acompanhamento e avaliação da linha de cuidado de
326 pessoas com hipertensão e diabetes que será iniciado no período de um ano após a transferência do

incentivo financeiro Federal, que vai ser de 3.500 ao mês e no total ano de 42 mil reais para o município que fizerem a adesão, e o não cumprimento da meta pactuada implicará na devolução dos recursos financeiros recebidos pelo município e pelo Distrito Federal. Os municípios que fizeram adesão foram Adrianópolis, Bela Vista do Paraíso, Campina da Lagoa, Diamante do Norte, Figueira, Floraí, Iguatu, Inajá, Japira, Leópolis, Ribeirão do Pinhal, Rio Branco do Sul, Rosário do Ivaí, Salto do Itararé e Tomazina. Esses foram os municípios com menos de 200 mil habitantes ou igual e os municípios de 200 mil habitantes ou mais também entram na mesma proposta da portaria 1054 e também o incentivo é o mesmo dos municípios menores que 200 mil habitantes. Os municípios com mais de 200 mil habitantes foram três Cascavel, Londrina e Ponta Grossa. Dando sequência a apresentação, o item 4.5 que é a mortalidade infantil e mortalidade materna, foram feitas ponderações sobre esta pauta, pelo Ivo e pela Carol de que havia sido combinado que a pauta permanente não iria se restringir aos dados epidemiológicos e seria ampliada para outras questões relacionadas com a assistência e passou a fazer a apresentação Carol disse que o nosso último óbito materno por COVID foi em outubro do ano passado e que é resultado das ações ligadas a imunização das gestantes, em algumas regiões tivemos ações específicas, e voltamos a ter aquelas razões que nós tínhamos nos anos de 2018/2019. Em média último dado apresentado foi 38,4, ainda está em análise, são dados preliminares mas voltamos a ter indicadores que se observava no Paraná. Disse ter apresentado na Bahia a experiência do Paraná, na vinculação de gestantes, mas que apesar disso ainda enfrenta a ocorrência de óbitos em decorrência das demoras encontradas, com avanços na primeira e na segunda demora mas ainda tem um déficit em relação a demora 3 que é o da assistência em si. Disse que como já foi citado na última reunião pela Doutora Maria Goretti está programando a capacitação do zero morte por hemorragia. Citou o bom exemplo da Bahia onde morte materna por causa obstétrica direta ligada a hemorragia pós-parto não é a principal causa de mortalidade, lá é pré-eclâmpsia e infecção. Falou do EQP e da necessidade de contratualizar novamente para pagamento dos novos valores com a incorporação de novos critérios de avaliação. Sobre a mortalidade infantil, disse que no último ano atingimos um dígito e destacou que no 1º e 2º quadrimestre deste ano subiu um pouco, para 11,3, mas são dados preliminares mas é importante dizer que em algumas regiões a gente tem mais de um dígito e que mantido reunião com regionais especificamente para tratar de adequações de melhoria na linha de cuidados materno-infantil e trabalhar as suas especificidades Ivo trouxe para a discussão, a necessidade da avaliação das maternidades dizendo que sua maior frustração é vê a placa bonita de um Hospital amigo da criança, do Hospital amigo da mamãe, contudo na hora do atendimento são evidenciadas várias fragilidades no atendimento e no acesso. Disse que são cobrados dos municípios a fragilidade na atenção ao pré-natal na atenção primária e que tem sido feito muito esforço para inverter essa situação, mas precisamos criar um processo de avaliação dos serviços de maternidade no estado do Paraná. Disse ter recebido relatos frequentemente de dificuldade de acesso para as gestantes, principalmente as de alto risco e isso não dá para admitir porque quando se falava que não tinha estrutura, quando se falava que não tinha equipamento, quando você falava que não tinha incentivo, houve respostas por parte da Gestão com o apoio de todos. Citou que o Paraná é o único estado que faz esse tipo de apoio, disse não generalizar todos os serviços do Paraná, mas que precisamos criar uma estrutura e uma forma de fiscalizar, porque estamos tendo algumas fragilidades em algumas regiões do estado no que diz a qualidade do atendimento das nossas mamães. Apelou ao Nestor para colocar isso em evidência pela gestão e que sejam tomadas medidas para minimizar estes problemas. Carol diz que não é repetitivo este pedido e que é muito bem-vindo e estamos sempre vigilantes com isso, que sempre é prioridade. O processo de capacitação das maternidades é contínuo para todas as áreas hospitalares e tem procurado fortalecer os critérios de avaliação. A proposta que está fazendo é colocar pesos nesses critérios de avaliação e que a depender desse

374 alcance de pontos vai cortar o recurso. Pediu apoio as Regionais e não quer fechar hospital de forma
375 alguma, que nunca trabalhou nesse sentido. O que tem feito sempre e no sentido de fortalecimento
376 que formou quase 30 pessoas agora, a 15 dias atrás nos hospitais aqui de Curitiba e região
377 metropolitana, com a retomada da avaliação, e sempre vai ser nesse sentido de estrutura, de
378 processos e resultados para manter a qualidade materno-infantil do Estado. O Secretário disse que
379 acolheu os comentários do Ivo e da Carol, e que vai internalizar na secretaria e apresentar ao
380 COSEMS uma estratégia diferenciada e que é necessário que seja feita a fiscalização e o constante
381 acompanhamento daquelas situações que nos são caras no dia a dia. Entende que é lá na porta dos
382 municípios é que vai bater a gestante ou a família quando não tem acesso no ambulatório de alto
383 risco, quando é dificultado o acesso por qualquer situação que seja da gestante já perto do trabalho
384 de parto. Entende isso e que cabe a Secretaria de Saúde reconhecer o tamanho da responsabilidade
385 que ela tem nessa situação e fazer esse enfrentamento das dificuldades. Destacou que os números da
386 queda da mortalidade materna e infantil ao longo dos últimos 20, 25 anos foi difícil de ser
387 conseguida mas que efetivamente o trabalho de todo mundo aconteceu e tem certeza de que esse
388 compromisso com as novas estratégias do acompanhamento dará resultados e que vamos melhorar e
389 diminuir essa sensação de desamparo ou de falta de assistência e que não pode comprometer o
390 trabalho que já foi feito e pediu encarecidamente que quando tiver esses apontamentos, seja
391 personalizado, relatando que aconteceu esse problema, essa dificuldade de acesso, negativa de
392 atendimento, porque é assim que a gente consegue melhorar, trabalhando diretamente com as
393 Regionais e os pontos de atenção onde ocorrem os problemas. Flávia complementou dizendo que
394 nós avaliarmos aqui em Curitiba, e que 17% das causas de óbito materno são por causas
395 hospitalares e que estamos trabalhando e construindo parâmetros de avaliação e isso que eu quero
396 colocar totalmente à disposição com os itens que a gente já levantou para colocar no contrato dos
397 prestadores cobrando a qualidade assistencial engatou a fala do Ivo abordando que não é só
398 capacitar a atenção primária, mas também tem que capacitar equipes que estão dentro dos serviços
399 hospitalares e com análise do óbito a gente consegue identificar quais as causas, onde foi que esse
400 hospital falhou. Disse que foram feitos dois encontros com as maternidades para discutir os pontos
401 que foram levantados e agora está trabalhando para incluir dentro dos contratos indicadores que
402 atinjam as falhas que identificou e isso pode estar dividindo todos. Houve comentários sobre a fala
403 da Flávia e que está havendo revisão da estratificação de risco, na revisão da carteira da gestante
404 com atenção ambulatorial especializada e inclusive em conjunto a formação dos enfermeiros
405 obstetras. Carol disse que somos o único estado que tem o investimento próprio para a formação de
406 Enfermeiros obstetras e essa vigilância das boas práticas e com outras estratégias de formação de
407 mão de obra para qualificar a assistência ao parto. Foi abordado a questão da Lei das cesáreas,
408 inclusive foi pedido ponto de pauta na Câmara técnica nesse mês, mas infelizmente não foi possível
409 discutir por que isso tem um reflexo lá na ponta, os prestadores perdem pontos. Quando comparado
410 com outros estados, percebe-se que tem uma cultura de cesárea no Paraná e isso está embutido na
411 avaliação e precisa ser olhado para isso. Ivo reconheceu os esforços de todos para qualificar a
412 atenção ao parto, e os instrumentos de avaliação, e pediu urgência com medidas praticas como no
413 caso do pagamento do EQP e agradeceu pelo retorno das informações como a do edital que está em
414 processo, e que os prestadores vão poder se habilitar de novo, e está em avaliação a questão da
415 cesária. Carol voltou a abordar o tema cesárea no Estado Paraná, dizendo que nunca foi uma
416 dificuldade sua realização e que temos taxas de sessenta por cento nos últimos dez anos. Disse que
417 este indicador revela aspectos da atenção ao parto que precisam ser discutidas, e que está
418 trabalhando neste processo com a inserção do plano de parto na carteira da gestante, a capacitação a
419 inserção de enfermeiro obstetra trabalhando em conjunto com a Associação Brasileira de
420 Enfermeiros obstetras. Ressaltou que nesse sentido não é a Carolina como enfermeira obstetra que

421 está falando, são as evidências que mostram que a inserção desse profissional aumenta as boas
422 práticas na atenção ao parto e por isso não quis abrir mão desse indicador nas avaliações. Ivo na
423 sequência prestou esclarecimentos sobre as apresentações feitas anteriormente em relação as
424 portarias discutidas, referentes as doenças crônicas e a definição dos valores do cuida Brasil, com a
425 participação da Marina. Dando sequência a pauta foi iniciada uma discussão sobre a situação da
426 COVID no Estado. Nestor falou sobre o aumento do percentual do número de casos e do no
427 número de internações que é infinitamente menor do que o cenário que a gente viveu em tempos
428 passados quando não havia cobertura vacinal. Disse que tivemos o anúncio ontem feito pelo
429 Ministério da Saúde de vacinas para as pessoas acima de 40 anos (segunda dose de reforço) mas que
430 temos um atraso vacinal importante de pessoas na segunda dose e na primeira dose de reforço e
431 também agora, na segunda dose de reforço para os grupos prioritários. Disse que a gente deve
432 avançar num movimento claro para a segunda dose de reforço para todos acima de 18 anos. É uma
433 questão de tempo para isso acontecer. Agradeceu pela movimentação do dia 11 a todos os
434 municípios, ao COSEMS é a secretaria de saúde pela efetiva mobilização feita que atingiu um
435 número bem razoável de doses aplicadas e conseguiu recuperar um terreno que ainda tem muito
436 para ser recuperado. Foram feitas várias considerações sobre a peculiaridade da campanha de
437 vacinação contra a COVID, que se arrasta por longo tempo, sendo isso uma característica única, e
438 foi solicitado aos municípios que permaneçam mobilizando a população para manter as coberturas
439 elevadas. Essa mobilização fez a diferença nos tempos epidemiológicos da doença, frente a número
440 de casos graves, hospitalizações e número de óbitos. A Dra. Acacia fez consideração sobre a
441 mortalidade materna, que representa o risco da mulher morrer durante a gestação parto e puerpério é
442 também com a melhoria das nossas UTI nós observamos que muitos dos óbitos não são computados
443 na razão de mortalidade materna. O estado do Paraná é um dos Estados com a menor razão de
444 mortalidade materna. Disse que ela ocorre não apenas por fatores de saúde mas por fatores
445 socioeconômicos e isso subiu muito em 2020/21. Disse que temos que tomar muito cuidado nas
446 análises, por exemplo quando avaliamos os óbitos dessas mulheres em razão do tipo do parto. Não é
447 possível aferir que elas morreram em função de cesárea, como regra essas mulheres estavam num
448 estado tão grave que essa gestação precisou ser interrompida naquele momento. Então a gente tem
449 que ter muito cuidado quando a gente vai fazer as análises, tem que ser baseado em evidência não
450 em ideologias. Falando da COVID, disse que apesar de tudo, o impacto que a COVID teve na vida
451 das pessoas citando um artigo da LANCET, que para cada pessoa que morria de COVID 6
452 morreram pelos fatores socioeconômicos. Abordando os aspectos epidemiológicos da doença, falou
453 do número de casos e óbitos que ainda ocorrem no Estado, mostrando que o impacto nas pessoas
454 com 60 anos ou mais ele é muito maior para os não vacinados do que para aquelas pessoas com
455 esquema primário completo e que esse risco também é muito maior nos internamentos para os não
456 vacinados. Disse que temos que continuar com todas as medidas de prevenção neste período sazonal
457 devido ao clima do Estado do Paraná. Informou que temos um período de no mínimo seis semanas
458 de alerta para os casos de síndrome respiratória aguda grave não só causado por SARSCOV mas
459 também pelos outros vírus circulantes. Lembrou da vacina da influenza e da importância da
460 vacinação das nossas gestantes e crianças e que o número de internamentos aumenta principalmente
461 naquelas menores de dois anos e também os idosos, tem importância vacinar contra influenza e
462 todas as outras vacinas. Chamou a atenção sobre os refugiados e o reaparecimento nesses bolsões
463 de não vacinados da poliomielite a falou da importância de avaliar todos os menores de 15 anos
464 contra as paralisias flácidas agudas e fazer a notificação no sistema de informação. Goretti falou de
465 alguns pontos que chamam a atenção nas apresentações dizendo que há 400 mil pessoas que ainda
466 precisam tomar a primeira dose, 2 milhões e meio de pessoas que precisam tomar a primeira dose
467 de reforço e agora na medida em que entra a segunda dose de reforço vai aumentando este

468 contingente. Destacou que os não vacinados e os com esquema incompleto aumentam a chance de
469 ser internados e adoecer gravemente e por isso da necessidade da vacinação e a necessidade de
470 entender que vamos conviver com a doença. Fez considerações sobre os 32 milhões de resultados
471 positivos em dois anos de pandemia e que 70 a 80 por cento das pessoas que vão ter contato com
472 vírus não vão desenvolver doença. O Presidente passou aos informes sendo apresentado a
473 distribuição da primeira remessa de 93 câmaras refrigeradas, referentes a portaria 2885 de 2019
474 conforme deliberação CIB nº 100 de 2019 Virgínia de um rápido informe com a devolutiva de uma
475 pactuação que ocorreu em 2020. Falou da portaria 2855 de 2019 que determina o incentivo
476 financeiro para aquisição de câmaras refrigeradas pelos estados do Brasil e através desta portaria o
477 estado do Paraná fez a deliberação estabelecendo critérios e definindo quais foram os municípios
478 que foram contemplados com esses refrigeradores. O Estado Paraná recebeu um aporte de dois
479 milhões de reais para aquisição dessas câmaras refrigeradas. Falou da RDC 97/2017 que determina
480 que todas as salas de vacina tem que ter uma câmara científica e não podem mais ter contemplado
481 em seus estabelecimentos a geladeira doméstica. Foi feito um levantamento e tivemos adesão de
482 alguns municípios e conseguimos adquirir 110 refrigeradores através desse aporte do CONASS.
483 Informou que já recebemos 93 refrigeradores para ser entregue até o final de Julho, no começo de
484 agosto nós vamos receber mais 27 totalizando os 110 refrigeradores. Finalizando sua fala disse dos
485 critérios usados na distribuição e aquisição destes refrigeradores e elencou todos os municípios que
486 foram contemplados com essa proposta. A distribuição nesse momento vai partir do município que
487 tem uma população menor para uma população maior mas até o começo de agosto todos serão
488 contemplados. Passando para o próximo informe a Lucimara falou sobre a resolução SESA
489 241/2022 e os valores de contrapartida Estadual referente à política nacional de atenção integral às
490 pessoas privadas de liberdade que começa desde a atenção primária através das equipes de atenção
491 primária prisional e também do componente básico da assistência farmacêutica que foi falado aqui a
492 pouco lembrando que temos hoje segundo dados do DEPEN aproximadamente 33 mil pessoas
493 privadas de liberdade, distribuídas em 92 municípios. Muitas vezes não são penitenciárias, às vezes
494 cadeias públicas em todas as regionais de saúde totalizando 115 unidades penais distribuídas no
495 Estado, sendo que 83 unidades tem até 300 pessoas privadas de liberdade, 32 unidades tem mais de
496 301 pessoas privadas de liberdade geralmente são as penitenciárias. A nova resolução traz uma
497 contrapartida escalonada que é um meio de contribuir junto com a contrapartida estadual e estimular
498 realmente que os municípios façam a previsão das equipes na atenção primária prisional e que o
499 estado entre também com a contrapartida com aporte financeiro. Para a equipe compartilhada de 6
500 horas semanais que atende nessas unidades e contrapartida do estado é 50% em cima que o
501 ministério passa, o que dá um total de dois mil reais. Passando para o terceiro informe tem a nota
502 técnica 01/2022 que trata do fluxo assistencial para os casos suspeitos e confirmados de Monkeypox
503 que será apresentado pela Sidneia. Esta informou que nós já estamos com 8 casos confirmados que
504 estão no Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro e que pensamos em condensar as
505 informações e dados que constam em vários instrumentos que estão sendo disponibilizados nessa
506 nota que foi elaborada no dia Dezesesseis de junho e teve uma última atualização no dia vinte.
507 Chamou a atenção para essa atualização que houve uma mudança na definição do caso suspeito bem
508 como na questão da avaliação dos critérios de risco. Informou que está disponibilizando essa nota
509 no site e encaminhará para as regionais de saúde para que façam ampla divulgação a aos municípios
510 do Paraná. Nestor fez um comentário rápido sobre a Varíola dos Macacos, que a gente precisa
511 entender que ainda são poucos os casos no Brasil e que estamos um pouco traumatizados com a
512 introdução de doenças novas com potencial epidêmico mas que essa não tem o mesmo potencial do
513 COVID e que podemos por enquanto ficar bem tranquilo. É necessário vigilância é estabelecer
514 fluxo de assistência e definição de caso suspeito. Já tem kit diagnóstico sendo produzido aqui em

Curitiba no instituto de biologia molecular do Paraná para detecção dos casos suspeitos Nestor deu o último informe 5.4 em relação ao planejamento Regional integrado. Apresentou os dois assessores técnicos da beneficência portuguesa que foi o hospital de excelência designado para trabalhar o projeto de regionalização através do PROADI do Ministério da Saúde que tá apoiando o Paraná na construção do PRI. Eles entraram em agosto do ano passado e fizeram uma visita técnica para gente ontem na sede do COSEMS, com a participação do Secretário de Saúde. Foi feito um combinados para que o PRI seja retomado, com nova agenda. Faremos uma proposição de cronograma de trabalho a ser ratificada pelo grupo condutor Estadual, tanto pela secretaria quando pelo COSEMS e também pelo Ministério da Saúde com a representação da Superintendência aqui do Estado. Temos uma proposta de trabalho em dois momentos até o final do ano e acredito que o presidente Ivo tenha feito comentários na reunião do COSEMS. Nós vamos trabalhar uma estrutura metodológica em que possamos ter um nivelamento de informações antes de botar a mão na massa efetivamente com os assuntos mais espinhosos, como pactuação e programação e financiamento, o que vamos trabalhar no ano que vem. Precisamos ainda trabalhar essa agenda com o ministério da saúde para entendimentos conjuntos. O nivelamento de informações será no dia 2 de agosto para o COSEMS e a SESA e pode ser que isso resulte em algumas regiões macrorregionais. Para o momento está prevista reunião macrorregional para um momento 1 com três reuniões regionais derivados dessa primeira reunião macrorregional. O outro momento 2 com uma reunião macrorregional e mais uma ou duas reuniões regionais. Vamos ainda discutir algumas questões relacionadas a organização da rede, definição de pontos de atenção, discutir sistema de apoio logístico e também a discussão de suficiência de serviço de saúde com a possibilidade de discutir insuficiência de financiamento nos pontos de saúde. Em relação à suficiência das ações e Serviços de Saúde ofertados na região vai ser um exercício, nós não vamos fazer efetivamente a pactuação. Nesse ano é um nivelamento, até porque a gente precisa retomar alguns conceitos e precisa o que é que todo mundo tenha o mesmo entendimento, não dá para ir para uma mesa de negociação ou avançar num tema que é mais profundo sem que todo mundo sabe o que a gente tá falando. Tivemos muita renovação nas secretarias municipais e nos quadros da secretaria de saúde que precisam ter o mesmo entendimento para poder discutir isso aí uma maneira muito concreta e com muita serenidade, pois no final das contas a expectativa de todo mundo no planejamento Regional integrado e saber do dinheiro novo que vai vir para financiar aquilo que eu preciso. Será apresentado o cronograma pelo grupo condutor aqui na CIB na próxima reunião. Ivo deu destaque para a questão da falta de medicamentos e que essa inflação que hoje foi estabelecida pelo alto custo dos medicamentos têm atingido muito os municípios na questão financeira. A revisão da relação de medicamentos incluindo mais 30 medicamentos na nossa relação Estadual é bem interessante mas pediu para que seja viabilizado através da Secretaria de Estado uma correção da contrapartida estadual. Goretti pediu para justificar sua ausência aqui na reunião, e falou sobre uma situação muito grave que venha cometendo o nosso estado e muitas regiões do mundo que a violência entre jovens. Falou da situação vivida pelo município de Apucarana, com casos de violência entre jovens de uma escola de Apucarana e que sendo uma força-tarefa, num trabalho conjunto da Secretaria de Estado da Educação com a nossa secretaria de saúde através do diretor da 16ª regional de saúde para que tenha um grupo técnico em condições de dar o apoio e suporte a direção, aos professores e familiares daquela escola. Isso acende um alerta de quanto temos que investir na nossa rede de cuidado em Saúde Mental. Agradeceu a todos que se empenharam para o resultado obtido com o Dia D de vacinação no Paraná e disse ser uma estratégia que não vamos poder parar porque as nossas coberturas ainda estão muito aquém do que nós precisamos alcançar, para impedir a volta de alguns agravos e doenças no nosso Estado, muito especialmente a poliomielite. Convidou a todos para juntos estabelecer novas estratégias para o enfrentamento dessa situação e ampliar a cobertura



13

562 no Paraná. Por último convida os nossos diretores das regionais que compõem as macros Norte e
563 Noroeste para amanhã e depois de amanhã 23 e 24 de junho em Londrina participarem do 2º
564 seminário do previne Brasil, e repetir o que nós já fizemos aqui na macroleste e oeste, com toda a
565 equipe do Ministério da Saúde Fundo Nacional de saúde e do nosso secretário César Neves. Disse
566 que estará presente o secretário da atenção primária do Ministério da Saúde entre outras autoridades
567 para discutir o financiamento da atenção primária à saúde. Para a próxima pauta pediu a
568 apresentação, discussão e pactuação de um plano estratégico de combate à hanseníase no Paraná.
569 Disse que receberemos ainda nesse mês aqui na SESA a coordenação de hanseníase do Ministério
570 da Saúde para discutir algumas projetos e aí vamos ter oportunidade de apresentar as estratégias
571 para diminuir o número de casos e o cuidado necessário as pessoas com hanseníase no estado. Ivo
572 agradeceu a Goretti e a todos os presentes, e lembrou aos Secretários do Congresso Nacional de
573 Secretários de Saúde Municipais em Campo Grande de 12 a 15 de julho, e que a presença é
574 extremamente importante mostrando a força do Paraná e a integração da SESA e COSEMS e
575 encerrou sua fala. Passando ao Nestor este agradeceu a todos pela participação presencial e pelo
576 Youtube e disse esperar rever a todos em Campo Grande dando por encerrada a sessão.