



1 **ATA DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2020**

2 **Data: 09 de dezembro de 2020**

3 **Local: Auditório Anne Marie – SESA/PR / Reunião transmitida online em tempo real pelo canal da SESA-PR no**
4 **YouTube e pelo aplicativo Webex Meetings**

5 **Participantes Presenciais: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Ivoliciano Leonarchik (Mangueirinha), Márcia Huçulak
6 (Curitiba) **SESA: Titulares SESA:** Beto Preto (Secretário de Estado da Saúde), Nestor Werner Junior (Diretor
7 Geral/SESA), Maria Goretti David Lopes(SAS/SESA); Vinícius Filipak (SGS/SESA).

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

9 **Ivoliciano Leonarchik**, vice-presidente do COSEMS-PR, deu início à reunião cumprimentando os participantes
10 presentes e aqueles que acompanhavam pela transmissão online. Esclareceu que Ângela, presidente do COSEMS-PR,
11 não pôde estar presente, mas, que acompanhava a reunião de forma remota. Assim, passou a palavra para que Ângela
12 também pudesse falar. **Ângela** cumprimentou a todos, lembrou que em 2020 os gestores da saúde viveram uma
13 situação muito atípica, com a chegada de um vírus desconhecido, que desafiou os gestores na condução da atenção à
14 saúde. Agradeceu o apoio do estado do Paraná, que trabalhou junto ao COSEMS-PR para levar saúde de qualidade à
15 toda população paranaense. Parabenizou os gestores que redefiniram suas práticas e bem enfrentaram os tempos
16 difíceis da pandemia da Covid-19. Por fim, desejou a todos um bom final de ano. **Ivo**, em seguida, destacou e
17 parabenizou todos os trabalhadores da saúde do estado. **Beto Preto**, Secretário de Estado da Saúde, saudou os
18 participantes da reunião. Lembrou que há nove meses as equipes de saúde enfrentavam a batalha contra o novo
19 coronavírus e parabenizou o trabalho hercúleo desenvolvido por todas as Secretarias de Saúde dos municípios do
20 Paraná. Contextualizou que o Paraná havia optado por não trabalhar com hospitais de campanha, tendo definido que os
21 atendimentos seriam feitos nos próprios hospitais parceiros e contratados da rede, além de ter aberto hospitais
22 estaduais e regionais que já estavam quase finalizados no período e, de ter reativado alguns hospitais, como aconteceu
23 em Curitiba, que estavam fora de funcionamento. Ressaltou que naquele momento estavam em outra fase do
24 enfrentamento da pandemia – a questão das vacinas. Disse que no dia seguinte participariam de teleconferência que
25 trataria do Programa Nacional de Imunização – PNI da Covid-19, confiantes de que seria a solução isonômica para
26 todos os brasileiros. Afirmou que desde o início do enfrentamento da pandemia o Paraná esteve aberto a tratativas com
27 laboratórios e pesquisas científicas que pudessem oferecer uma opção frente à doença, e, reiterou a confiança do
28 Paraná e do governador Ratinho Junior no Programa Nacional de Imunização contra Covid para o enfrentamento da
29 pandemia. Por fim, agradeceu aos prefeitos, gestores e trabalhadores da saúde, manifestando sua solidariedade ao
30 momento difícil e de perdas enfrentado por todos. **Ivo** agradeceu a fala do Secretário e reforçou a esperança no PNI
31 para o enfrentamento à pandemia. **Nestor**, Diretor-geral da SESA-PR, cumprimentou os participantes da reunião,
32 reforçou o reconhecimento feito pelo Secretário a todos os trabalhadores da saúde - estadual e municipais, por todo
33 esforço e trabalho desenvolvido ao longo de 2020. Disse que sabiam do cansaço e exaustão das equipes diante de um
34 período tão longo e intenso de trabalho, mas, que era importante lembrar que a pandemia não havia acabado e que era
35 necessário seguir com o enfrentamento. Reforçou o valor do SUS neste trabalho e rendeu suas homenagens aos
36 trabalhadores incansáveis da saúde, pedindo para que continuassem firmes nesta luta. **1. Aprovação da Ata da 5ª**
37 **Reunião Ordinária de 30/09/2020.** **Ivo** afirmou que o COSEMS aprovava a Ata, e com isso, passava para o item
38 seguinte da pauta. **2. Homologações: SE – CIB/PR.** **Ivo** informou que tinham definido que pela extensão do Termo de
39 Homologação, não seria feita a leitura do documento, mas, ressaltou que ele estaria disponível no site da SESA, link da
40 CIB-PR naquele mesmo dia. **3. Apresentações. 3.1. Situação Epidemiológica da Febre Amarela- SESA/DAV.**
41 **Emanuele Gemin Pouzato**, representando a Coordenadoria de Vigilância Ambiental/DAV/SESA, apresentou o cenário
42 epidemiológico da Febre Amarela no Paraná. Com relação aos casos humanos da Febre Amarela no Paraná, mostrou



43 um gráfico com o panorama das notificações e das confirmações de casos no estado na série histórica de 2008 a 2020
44 – ressaltou que os dados de 2020 era preliminares porque o ano ainda não havia acabado. Apontou em 2008 uma
45 quantidade significativa de casos notificados e confirmados – números que apresentaram queda nos anos seguintes
46 com novo aumento no ano de 2018. Lembrou que em 2008 tinha sido feito grande esforço para vacinação no estado, o
47 que possibilitou estabilidade do número de casos da doença. Mostrou que em 2019 a Febre Amarela voltou com
48 bastante força no Paraná, com 528 casos notificados e 17 casos confirmados – dos quais, 13 foram casos autóctones e
49 4 casos importados do estado de São Paulo. Apontou que em 2020 haviam sido notificados 72 casos até aquele
50 momento e nenhum caso confirmado. Afirmou que no Brasil o Paraná tinha sido o estado com maior número de
51 notificações e confirmações de epizootias nos anos de 2019 e 2020. Ressaltou que ausência de casos confirmados em
52 humanos no ano de 2020 se devia ao grande esforço feito para a vacinação. Em seguida, Emanuele mostrou que no
53 período epidemiológico julho/2019-junho/2020 foram notificados 124 casos de Febre Amarela no Paraná e nenhuma
54 confirmação. No período epidemiológico julho/2020-junho/2021 contabilizavam até aquele momento (novembro/2020) a
55 notificação de 10 casos, dos quais apenas um seguia em investigação. Destacou que a maioria dos casos notificados
56 era da 2ª Regional de Saúde, seguida pela 10ª, 3ª, 8ª, 14ª e 20ª Regional de Saúde. Em seguida, apresentou tabela
57 com o número de casos notificados por Regional de Saúde e os municípios que notificaram e apontou o único caso que
58 seguia ainda em investigação que era do município de Curitiba. Com relação ao cenário epidemiológico de vigilância
59 das epizootias, Emanuele apontou que no período de 2020-2021 foram notificados 81 casos e confirmados 8 casos de
60 epizootias no Paraná – na 6ª e na 7ª Regionais de Saúde. Mostrou que desde a primeira semana epidemiológica deste
61 período, em julho de 2020, até o final de novembro/2020 foram confirmados 3 casos de epizootias na semana
62 epidemiológica 47, 2 casos na semana 48, e 3 casos na semana 49. Atentou para o fato de que em dezembro iniciavam
63 o período sazonal do agravamento da Febre Amarela – afirmou que de dezembro até maio era o período de maior
64 probabilidade de ocorrência de epizootias ou de ocorrência de casos em humanos, já que se tratava do período de
65 maior pluviosidade e conseqüentemente maior proliferação vetorial. Mostrou, a partir de um mapa, que a maior
66 incidência dos casos de epizootias se dava na região sul e sudoeste do estado do Paraná, e fez um comparativo com as
67 epizootias confirmadas no período epidemiológico anterior - 2019-2020 – com maior incidência nas 2ª, 3ª e 6ª Regionais
68 de Saúde. Afirmou que, a partir de estudo realizado pela SESA-PR em conjunto com o Ministério da Saúde, era possível
69 perceber que o vírus amarílico no Paraná estava presente em todo o estado, e, apontou, com apresentação do mapa,
70 os municípios que eram sentinelas para os possíveis corredores ecológicos – explicando que a partir das notificações
71 das epizootias era possível prever por onde o vírus teria maior probabilidade de circulação e de amplificação. Mostrou
72 também os municípios na região Sudoeste e Oeste do estado onde era necessária intensificação do trabalho com
73 medidas de prevenção à doença. De acordo com os estudos dos corredores ecológicos, Emanuele afirmou que naquele
74 período as regiões Sudoeste e Oeste e parte da região Noroeste eram as áreas de maior risco para amplificação da
75 Febre Amarela. Informou que estavam sendo impressos materiais para uso nos municípios para sensibilização da
76 população para os riscos da doença. Com relação às ações de imunização, mostrou que a cobertura vacinal acumulada
77 em crianças menores de um ano até o mês de outubro/2020 no Paraná era de 71,28%, salientando que algumas
78 regiões de saúde ainda preocupavam muito por manterem baixa cobertura acumulada, reforçando que a recomendação
79 do Ministério da Saúde era de que a cobertura vacinal estivesse acima de 95%. Assim, reforçou a importância das
80 ações de prevenção, destacando que a vacinação é uma medida eficaz. Em seguida mostrou gráfico com o total de
81 doses de vacina para Febre Amarela aplicada por faixa etária até outubro/2020, afirmando que a faixa etária mais
82 preocupante era de 15 a 59 anos, em especial pessoas do sexo masculino. Disse que a SESA-PR trabalhava de forma
83 conjunta internamente – atenção à saúde e vigilância em saúde, de forma a melhor capacitar municípios e Regionais de
84 Saúde, preparando os municípios para ocorrência tanto de epizootias como para avaliação de cenário epidemiológico

85 da população. Contou que tinham sido realizadas três videoconferências com as Regionais e com os municípios e que
86 tinham sido abordados temas relacionados ao cenário epidemiológico, à notificação no SIGEL. Citou ainda a realização
87 de capacitações *in loco* para reforço das ações de vigilância com a Febre Amarela. Contou que haviam retomado a
88 divulgação quinzenal do boletim epidemiológico da SESA-PR com os dados da Febre Amarela no estado. **Nestor**
89 agradeceu a apresentação e reforçou a importância da vacinação, considerando já ter se mostrado estratégia eficaz em
90 anos anteriores. afirmou que dispunham de vacinas, de insumos e precisavam, juntos, fazer com que a estratégia de
91 vacinação fosse efetiva para alcance das metas de vacinação. **Ivo** destacou a importância dos estudos dos corredores
92 ecológicos, lembrando a situação da dengue, em que a determinação dos corredores possibilitou desenvolvimento de
93 estratégias nas regiões específicas. Citou também a importância das vigilâncias no recolhimento dos macacos
94 encontrados mortos – segundo ele, fundamental para que fosse feito o diagnóstico. Assim, reforçou o pedido para que
95 as vigilâncias estivessem atentas aos casos de mortes de macacos, possibilitando melhor leitura e análise da situação
96 epidemiológica da Febre Amarela. **3.2. Situação Epidemiológica da COVID-19- SESA/DAV/GS/DG/DGS: Leitos**
97 **COVID: situação atual e informações sobre a ampliação de leitos exclusivos; Painel de Bordo: ações e**
98 **monitoramento de casos e contatos da COVID-19 nos pontos de atenção da RAS; Monitoramento da Oximetria**
99 **de Pulso nos Municípios do Paraná; Controle e Testagem COVID-19 nas Instituições de Longa Permanência**
100 **para Idosos (ILPI); Testagem Sorológica IgG para COVID-19 de Trabalhadores de Saúde; Nota Técnica nº**
101 **13/2020: Definição de Reinfecção de COVID-19. Acácia** lembrou que a pandemia não havia acabado e que não
102 estava controlada, destacando o aumento do número de casos ocorrido a partir da metade do mês de novembro/2020, o
103 que levou às taxas de ocupação de enfermarias e UTIs do estado naquele momento. Disse que o Paraná contabilizava
104 306.000 casos e mais de 6.400 óbitos, tendo 100% dos municípios com casos confirmados da Covid-19, e, 85% dos
105 municípios com registros de óbitos pela doença. Com relação à taxa de transmissão, afirmou que era importante avaliá-
106 la qualitativamente, e apontou que naquele momento a taxa era de 1,2 no Paraná, ressaltando, porém, que ela variava
107 nas regiões e municípios do estado. Contextualizou que no Paraná o índice de isolamento diário nunca ultrapassou a
108 marca de 50,4. Sobre o coeficiente de incidência acumulado – número de casos de Covid-19 por 100.000 habitantes,
109 apontou que o Paraná apresentava coeficiente de 2.668 casos por 100.000 habitantes, que no Brasil este coeficiente
110 era de 1.408, e o estado com menor coeficiente era o Rio Grande do Sul, com 626. Ressaltou que os estados que mais
111 testavam e que notificavam de forma adequada teriam coeficiente maior. Acácia apontou haver diferença no coeficiente
112 de incidência por Regional de Saúde, com maior incidência de casos por 100.000 habitantes na Regional de Foz do
113 Iguaçu, seguida por Paranaguá, e o menor coeficiente nas Regionais de União da Vitória, Paranavaí e Ivaiporã. Sobre o
114 coeficiente de mortalidade, Acácia apontou que o Paraná tinha coeficiente de 56,5 mortes por 100.000 habitantes, acima
115 do coeficiente do Brasil, que era de 46,9. De acordo com as Regionais de Saúde, mostrou que o maior coeficiente de
116 mortalidade se dava na 2ª Regional de Saúde - Metropolitana, com 81,4 mortes por 100.000 habitantes, seguida pelas
117 Regionais de Paranaguá e Foz do Iguaçu, e, o menor coeficiente na Regional de Guarapuava. Acácia mostrou, ainda,
118 que a letalidade da Covid-19 no Paraná era de 2,1% e que o esperado era de que fosse de 0,7% a 1,2%. Ponderou a
119 taxa elevada do Paraná considerando ser um dos estados que mais testava, mas, uma testagem ampliada e não, em
120 massa. Apresentou o ranking da letalidade por Regionais de Saúde, a maior letalidade era da 2ª Regional –
121 Metropolitana, seguida pela 18ª Regional – Cornélio Procópio, e pela 16ª Regional – Apucarana, e, os menores índices
122 de letalidade na 5ª Regional – Guarapuava e na 12ª Regional – Umuarama. Avaliando os casos acumulados afirmou
123 que a curva seria sempre ascendente. Disse que a SESA-PR vinha trabalhando para qualificar os sistemas de
124 informação, indicando que no dia anterior tinham sido notificados 4.576 casos novos e 68 óbitos. Mostrou que a média
125 móvel de casos no estado continuava em patamar elevado: 2.600 casos naqueles últimos 7 dias, o que indicava
126 estabilidade com relação aos 14 dias anteriores. Mostrou que a média móvel de óbitos nos últimos 7 dias tinha sido de



127 31 no estado, indicando acréscimo de 22,8% em relação aos 14 dias anteriores. Avaliando as semanas epidemiológicas,
128 Acácia apontou a redução de 3,2% no número de casos na semana 49 em relação à semana anterior, porém, um
129 aumento de 14,9% neste mesmo período. Com relação à faixa etária, indicou a maior incidência de casos na faixa entre
130 30 e 49 anos e a maior incidência de óbitos na população acima de 60 anos. Salientou que os homens morriam mais
131 que as mulheres – 59% dos óbitos por Covid-19 eram de pessoas do sexo masculino. Acácia destacou que 72% dos
132 pacientes já estavam recuperados, e apontou que havia em torno de 80.000 casos ativos no Paraná. afirmou que o
133 município de Curitiba, capital do estado, seguia o mesmo padrão de infecção, incidência de casos e óbitos por faixa
134 etária. Em seguida, apresentou gráfico com os laboratórios que mais realizavam exames no estado, destacando o IBMP
135 e o Lacen, totalizando mais de 1.169.000 exames realizados no Paraná, considerando que o exame mais realizado era
136 o RT-PCR. E reforçou que com o aumento do número de casos, o estado também aumentou sua capacidade de
137 realização de exames. Com relação à ocupação dos leitos hospitalares, Acácia afirmou que a maior preocupação se
138 dava com a Macrorregião Leste, que apresentava maior taxa de ocupação. Mostrou que no Paraná a taxa de ocupação
139 dos leitos de UTI Adulto para pacientes confirmados ou suspeitos de Covid-19 era de 87%. Fazendo um resumo, Acácia
140 mostrou que todas as Macrorregionais haviam apresentado ascendência no número de casos ao longo das semanas
141 epidemiológicas, considerando que na Semana Epidemiológica 50 as Macrorregiões Noroeste e Norte apresentaram
142 redução no número de casos. Com relação à positividade dos exames para Covid-19 em casos de Síndrome Gripal,
143 afirmou que a positividade no estado estava em torno de 40%, considerando que para os casos de síndrome gripal o
144 esperado era que estivesse em torno de 5%, já que quando é menor que 10% diminui o risco de transmissão na
145 comunidade. Indicou que a positividade dos exames para Covid-19 em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave –
146 SRAG também se mantinha em 40%, afirmando que o vírus realmente circulava entre a população paranaense. Acácia
147 contextualizou que as crianças testavam menos, por serem, em sua maioria, assintomáticas, mas, que transmitiam o
148 vírus da mesma forma. Apontou que para crianças e adolescentes a taxa de infecção era maior na faixa etária de 10 a
149 19 anos, e destacou que em novembro/2020 tinha sido registrados 6.314 casos em menores de 19 anos de idade.
150 Indicou que naquele momento havia 499 surtos ativos da doença. afirmou que estavam trabalhando para qualificação
151 do sistema Notifica Covid para melhor detecção dos surtos nas Instituições de Longa Permanência. Mostrou que a
152 maioria dos surtos estavam localizados na Macrorregião Oeste. Por fim, Acácia apresentou o gráfico com os casos
153 confirmados e os óbitos ocorridos nos surtos no Paraná. **Vinícius Filipak**, Diretor de Gestão em Saúde/SESA, iniciou
154 sua apresentação mostrando um gráfico com o número de leitos Covid ativados, apontando o pico de leitos ativos no dia
155 15 de agosto de 2020, tendo alcançado 1.150 leitos de UTI adulto ativos. afirmou que naquele momento estavam com
156 1.054 leitos de UTI adulto ativos. Na sequência apresentou os gráficos com a taxa de ocupação de leitos de UTI Covid e
157 de leitos clínicos Covid por semana epidemiológica nas Macrorregiões do Paraná - ressaltou que eram internados
158 nesses leitos os pacientes suspeitos ou confirmados com Covid. Mostrou que por volta da Semana 30 teve-se em média
159 75% de ocupação de leitos Covid e naquele momento, na Semana 49, alcançava-se 85% de ocupação. Apontando a
160 curva da taxa de ocupação dos leitos Covid na Macrorregião Leste, afirmou que ela influenciava diretamente o
161 comportamento da curva do Paraná – contextualizando que esta região contemplava o maior número de pacientes e de
162 leitos no estado. Mostrou que o maior pico de ocupação dos leitos na Macro Leste se deu na Semana 29, e alcançava
163 naquele momento 92% de ocupação de leitos de UTI Covid, o que indicava que se encontravam sem capacidade
164 operacional adicional. Disse que as curvas da Macrorregião Norte foram as que apresentaram maior queda na taxa de
165 ocupação dos leitos Covid no período da Semana 38 até a Semana 43, mas, salientou que todas as Macrorregiões
166 apresentaram rápido crescimento da taxa de ocupação. Então, Vinícius mostrou gráfico com a média de internações em
167 números absolutos nos leitos exclusivos Covid nas Macrorregiões. Apontou um platô neste gráfico entre as Semanas 30
168 e 39, seguido de leve queda e a partir da Semana 48 uma extrapolação do platô alcançado no inverno – período em que



169 se somavam à Covid todas as doenças respiratórias típicas desta estação. Vinícius contextualizou que naquele
170 momento, quando já viviam o verão, as doenças respiratórias não estavam tão presentes e as ocupações de leitos eram
171 apenas por Covid. Com relação à evolução do número absoluto de internamentos por COVID na Rede SUS e Rede
172 Privada no Paraná, apontou um platô entre a Semana 31 e a Semana 39, em torno de 2.200 pacientes internados, e na
173 Semana 49, indicou o total de 2.629 pacientes internados. Destacou que no relatório do dia anterior à reunião o dado
174 era de 2.730 pacientes internados. Afirmou, assim, que se a mortalidade média, que se mantinha na faixa de 20%,
175 permanecesse a mesma, teriam 540 novos óbitos hospitalares em poucos dias. Disse que ao correlacionar o número de
176 leitos disponíveis com a taxa de ocupação, observava-se que durante o período de platô – da Semana 30 até a Semana
177 40, quando houve o maior número de leitos disponíveis, a taxa de ocupação também seguia um platô, permanecendo
178 em torno de 70%. Explicou que à medida em que se observava uma queda na taxa de ocupação, foi possível reduzir o
179 número de leitos, já que leitos ativos e vazios representam custos para instituição hospitalar. Relatou que subitamente
180 esta taxa de ocupação havia subido, e tentou-se o mais rapidamente possível reativar leitos que tinham sido
181 desativados. Com isso, afirmou, contavam naquele momento com praticamente o mesmo quantitativo de leitos que se
182 tinha inicialmente. Mas, ressaltou que a subida vertiginosa da taxa de ocupação era muito mais rápida que a capacidade
183 de resposta de leito. Vinícius mostrou que o comportamento dos leitos clínicos era o mesmo dos leitos de UTI. Indicou
184 naquele momento a taxa de ocupação dos leitos clínicos Covid de 66%, afirmando haver ainda reserva técnica destes
185 leitos, ainda que para o doente crítico, que precisaria de leito de UTI não houvesse esta reserva. Mostrou, na sequência,
186 um gráfico que correlacionava o número de casos novos na semana com a taxa de ocupação de leitos de UTI e leitos
187 clínicos. Lembrou que houve um período de platô tanto de casos novos como da taxa de ocupação dos leitos e que
188 naquele momento o estado e os municípios insistiram nas medidas de isolamento para tentar evitar a alta
189 contaminação, porém, que estas medidas fracassaram a partir da Semana 40. Afirmou o equívoco cometido ao se
190 considerar que com a detecção de menor número de casos nas Semanas 40 a 42 a doença estava sob controle,
191 quando na realidade o vírus continuava ativo e circulante. Por fim, Vinícius afirmou que estavam enfrentando a subida
192 rápida do número de casos novos semanais e já haviam alcançado o limite do número de leitos disponíveis. Vinícius
193 reforçou a importância das medidas de cuidado com a contaminação, visando reduzir a transmissão do vírus, já que o
194 aumento de leitos não seria o tratamento suficiente para a doença, considerando que 20% dos pacientes que eram
195 internados, morriam. Afirmou que não havia mais capacidade operacional para aumento de leitos, afinal, já estavam
196 com 1.100 leitos de UTI ativos, o que era um número considerável para o estado. Lembrou que já havia pacientes em
197 espera de leitos por tempo prolongado, e que a situação exigia ainda mais cuidado com a transmissão da doença, de
198 forma a se evitar ao máximo o adoecimento da população. Por fim, apresentou gráfico com dados da mortalidade
199 hospitalar dos casos confirmados internados – indicando que naquele momento o índice era de 25 a 30% de
200 mortalidade dos pacientes internados por Covid. Analisando a mortalidade hospitalar de todos os pacientes nos leitos
201 Covid – casos confirmados ou suspeitos, afirmou que era menor que a mortalidade dos pacientes internados
202 confirmados com Covid. Chamou a atenção para o crescimento progressivo da mortalidade dos pacientes nos leitos
203 Covid no período da Semana 46 à Semana 49, explicando que isso se devia ao fato de quase todos os pacientes
204 internados serem casos confirmados para Covid, já que quase não havia mais casos de SRAGs internando. Mostrou a
205 evolução de casos novos, número de leitos e óbitos ao longo da pandemia, reforçando que a resposta para aumento do
206 número de leitos não conseguiria mais ser tão rápida quanto foi inicialmente. Em seguida, apresentou tabela com
207 evolução dos pacientes internados nos leitos exclusivos Covid Paraná, salientando que os dados não incluíam o
208 município de Curitiba, pois utilizavam sistemas de informação diferentes – total de 31.343 pacientes internados nos
209 leitos exclusivos Covid, dos quais, 6.642 com óbito hospitalar, representando 20,65% do total de pacientes. Vinícius
210 apontou que 0,89% dos pacientes foram internados fora de sua Macrorregião de Saúde e 6,84% fora da sua Região de



211 Saúde, o que, segundo ele, demonstrava o êxito da oferta de leitos no estado, mas, reafirmou, não era mais suficiente.
212 Apresentou também o monitoramento do tempo entre a inclusão da solicitação de leito e a internação no leito exclusivo
213 Covid no Paraná, mostrando que 92% dos pacientes chegou ao hospital em até 24 horas da solicitação. Destacou que
214 58% dos pacientes chegou ao hospital em até 4 horas após a solicitação – o que indicava a eficiência do sistema.
215 **Carmen**, da Coordenadoria de Atenção à Saúde/DAV/SESA, afirmou que desde o início da pandemia vinham
216 trabalhando na reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para enfrentamento da Covid, ressaltando que
217 haviam realizado diversas ações de diagnóstico e na tentativa de organizar a Rede da melhor forma possível para
218 atender adequadamente e oportunamente a população. Disse que junto ao COSEMS e à Coordenadoria de Promoção
219 da Saúde/DAV/SESA, haviam trabalhado em busca de um diagnóstico mais preciso sobre o funcionamento da RAS no
220 enfrentamento da pandemia. Contextualizou que para implantação da RAS havia sido realizado o diagnóstico na APS
221 em abril/2020 – observando capacidade instalada e a organização dos serviços; a elaboração de inúmeras Notas
222 Orientativas – que auxiliaram para que as orientações chegassem até os serviços e os profissionais nos municípios; em
223 maio/2020 a SESA tinha aderido à proposta do CONASS e CONASEMS com o uso do Guia Orientador como uma
224 ferramenta para organização dos pontos de atenção no enfrentamento da pandemia na RAS, considerando as
225 organizações locais já existentes. Citou, ainda, a criação do Grupo Condutor Estadual composto pela SESA,
226 CONASS e COSEMS, com reuniões semanais para discussão da implementação da Rede pautada no uso do Guia
227 Orientador. Explicou que para trabalhar o Guia Orientador tinha sido criado na SESA um Grupo de Apoiadores às
228 Regionais de Saúde – inicialmente estes apoiadores estavam em contato diariamente com as Regionais e naquele
229 momento seguiam à disposição para apoio às Regionais. Além disso, disse que os Diretores das Regionais haviam
230 indicado pessoas que eram as Referências em cada Regional de Saúde e foram compostos os Grupos Condutores
231 Regionais, com participação de representantes das Regionais, apoiadores do COSEMS e CRESEMS, representantes
232 dos consórcios e serviços da região. Contou que o monitoramento incluiu o checklist municipal - proposto pelo Guia
233 Orientador e incrementado pelo Grupo Condutor Estadual, o painel de bordo e checklist regional – proposto pelas áreas
234 técnicas das Coordenadorias de Atenção e Promoção da Saúde/DAV/SESA, e a sistematização das informações na
235 plataforma REDCAP e METABASE – trabalho executado pelo Núcleo de Informática da SESA-PR. Disse que contaram
236 com a participação de 277 municípios, ou seja, 69,4% dos municípios do estado e a partir disso conseguiram levantar
237 diversos dados a respeito deste total de municípios: 93,14% dos municípios tinham todas as UBS em funcionamento e
238 em 47% dos municípios onde houve fechamento de Unidades os profissionais foram realocados para outras Unidades;
239 77% alterou o horário de funcionamento das UBS; 98,92% dos municípios reorganizou os fluxos e ambientes internos e
240 destes, em 72,6% a reorganização aconteceu em todas as UBS. Com relação ao atendimento aos usuários com
241 sintomas na APS, 55% dos municípios fez uso do fast track para o manejo, 91% realizou classificação de risco, 75,4%
242 prescreveu tratamento – sintomáticos + oseltamivir para grupos de risco, 90,4% fornecia o medicamento prescrito na
243 própria UBS, e, 95,6% fez registro do atendimento no prontuário. Com relação ao monitoramento dos usuários com
244 síndrome gripal, 95,2% dos municípios monitorou todos os casos leves e moderados durante todo o período de
245 isolamento, 67,2% fez o monitoramento de todos os usuários com SRAG durante todo o período de internação e a
246 transição do cuidado após a alta hospitalar até o pronto restabelecimento, 6,3% monitoraram apenas os casos graves, e
247 5,5% monitoraram apenas os grupos de risco, e um município não fez monitoramento. Sobre o monitoramento dos
248 contatos de casos suspeitos de Covid-19, Carmen apontou que 92,6% monitoraram todos os contatos domiciliares,
249 58,2% fizeram o monitoramento de todos os contatos próximos, 4,3% monitoraram apenas os contatos domiciliares de
250 grupos de risco, e 2% monitoraram apenas os contatos próximos que eram de grupos de risco. Dentre as ferramentas
251 de apoio utilizadas pelos municípios para o atendimento aos usuários, 38,2% fizeram uso da teleconsulta, 3,3% do
252 consultório virtual, 50,7% do teleatendimento, 11,8% outras ferramentas, e, 23,9% relataram não utilizar qualquer



253 ferramenta de apoio. Sobre a atenção à gestante, 99,6% dos municípios disseram ter feito estratificação de risco, e
254 73,6% fez uso do telemonitoramento. Dentre as fragilidades identificadas através da Análise de dados do Near Miss
255 Materno e Mortalidade Materna, Carmen apontou gestantes não estratificadas, gestantes estratificadas de maneira
256 incorreta, gestantes com a estratificação não alterada mesmo com sinais de risco identificados e estratificação não
257 registrada na carteira da gestante. Sobre o telemonitoramento, afirmou que a estratégia era recomendada para gestão
258 de caso e acompanhamento de gestantes com dificuldades de adesão, de acesso aos serviços ou condição clínica,
259 otimizando o tempo das equipes da APS e identificando problemas precocemente. Carmen mostrou que 77,6% dos
260 municípios realiza visita puerperal até 5 dias após a alta hospitalar e 86,3% realiza consulta puerperal presencial em até
261 7 dias após o parto. Observou a importância da visita puerperal precoce para identificar complicações e, disse que tinha
262 sido reforçada a orientação para o acompanhamento em especial das gestantes que tinham quadro de Covid. Sobre o
263 acesso ao SAMU, 88,8% dos municípios informaram ter acesso, 82,7% disseram ter acesso a outro meio de transporte
264 para urgência e 86,3% afirmaram ter atualizado protocolos e POPs à Síndrome Gripal. Carmen afirmou que trabalharam
265 e analisaram os Planos de Contingência, reforçando a inclusão de ações em Casas de Acolhimento, Instituições de
266 Longa Permanência e Unidades Socioeducativas. Apontou que 53,8% dos municípios não contavam com Casas de
267 Acolhimento e que 22,4% incluiu as Casas de Acolhimento nos Planos. Sobre a triagem neonatal, salientou que muitos
268 municípios não realizavam a triagem antes da alta hospitalar e, portanto, foi trabalhada a conscientização para a
269 realização dos testes, considerando que quando feitos em tempo oportuno, garantem atendimento adequado ao recém-
270 nascido, evitando sequelas, e, até mesmo, a morte. Com relação à população de hipertensos e diabéticos, ressaltou
271 que o trabalho se deu para manter o acompanhamento e monitoramento destes usuários, de forma a evitar que
272 agudizassem e precisassem dos serviços de urgência. Assim, relatou que havia sido trabalhado com agendamento de
273 consultas e visitas e monitoramento e agendamento de consultas presenciais. Disse que quase 85% dos municípios
274 fazia monitoramento, agendamento de consulta presencial e/ou visita domiciliar para os hipertensos e/ou diabéticos
275 identificados no território. Destacou que era necessário aprofundar nesta questão, analisar o processo de
276 acompanhamento, as necessidades apresentadas, re-estratificar os riscos, para fazer bom acompanhamento desta
277 população. Mostrou que alguns municípios tinham mantido os atendimentos programados aos hipertensos e diabéticos
278 (71,8%), e daqueles que não tinham mantido, 50% justificou que aguardam a procura do usuário, e o restante, que
279 estavam em fase de organização, ou devido à pandemia, ou por falta de recursos humanos, ou porque o usuário se
280 recusava a comparecer. Carmen mostrou que o monitoramento dos usuários estratificados estava sendo feito por
281 telefone (48,9%), por consulta presencial (62,1%), por meio de visita domiciliar (77,9%), outras formas (4,4%) e
282 destacou que 8% dos municípios não realizava monitoramento. Apontou que 78% dos municípios possuíam referência
283 para atendimento ambulatorial especializado (AAE) no modelo MACC. E quando questionados se todos os hipertensos
284 e diabéticos de alto risco que estavam em acompanhamento pela AAE possuíam plano de cuidados, 57% dos
285 municípios disseram que sim. Relatou que o acompanhamento de idosos e a saúde mental foram monitorados no painel
286 de bordo, mas, disse que na sequência Gisele trataria da questão dos idosos. Afirmou que mais de 70% dos municípios
287 afirmaram realizar as ações preconizadas da Linha de Cuidado à Saúde Mental: estratificação de risco em saúde
288 mental, acompanhamento dos usuários identificados com transtornos mentais e com dependência de álcool e/ou outras
289 drogas, com realização do plano de cuidados dentro do território de abrangência, além de garantir o acesso à Atenção
290 de Urgência e Emergência ou Hospitalar para os usuários em crise. Disse que os municípios que não realizavam as
291 ações preconizadas justificaram que se devia à falta de capacitação e qualificação profissional, falta de recursos
292 humanos, não adesão do usuário, além da indisponibilidade de tempo. Sobre a oximetria, Carmen contextualizou que
293 havia Nota Técnica orientando a monitorização da oximetria de pulso na APS e apontou que 96,7% dos 277 municípios
294 relataram realizar a oximetria de pulso no primeiro atendimento, e, 77,6% informaram monitorar os sintomáticos com



295 oximetria de pulso para identificação da hipoxemia silenciosa. Contou que haviam sido distribuídos 5.731 oxímetros aos
296 diferentes pontos de atenção. Disse que haviam utilizado o Google Forms como instrumento para coleta de dados sobre
297 a oximetria nos municípios, porém, apenas 259 tinham respondido o formulário no período de 20/10/2020 a 20/11/2020.
298 A partir destes formulários, foram levantados os seguintes dados: 225 municípios realizaram o monitoramento por
299 oximetria; foram monitorados 234.515 usuários individuais, e destes, 7,7% foi encaminhado à UPA ou serviço de
300 urgência e emergência para tratamento precoce, 1,5% precisou de internamento e 0,2% foram à óbito. Por fim, Carmen
301 listou alguns aspectos relevantes apontados pelas áreas técnicas: a necessidade de intensificar a reorganização do
302 fluxo da APS na RAS, por meio de práticas de cuidado direcionadas para as populações vulneráveis (populações rurais,
303 quilombolas, acampados e assentados, populações de ilhéus, pessoas em situação de rua, povos ciganos, população
304 de migrantes, LGBT, dentre outras), considerando as especificidades destas populações; a importância de intensificar
305 as ações intersetoriais, com destaque para o enfrentamento de surtos entre as populações privadas de liberdade e
306 povos indígenas. Disse que acompanharam a questão das violências no contexto da Covid-19 e sabendo do aumento
307 neste período, orientaram a continuidade dos serviços de atendimento às pessoas em situação de violência, assim
308 como, da notificação compulsória e comunicação aos órgãos de proteção. Com relação aos diagnósticos de câncer,
309 apresentou um comparativo dos casos diagnosticados em 2019 e em 2020, com queda de 40% no número total de
310 casos diagnosticados – reforçou a necessidade de manutenção dos serviços de oncologia, sem interrupção nos
311 tratamentos, conforme Nota Orientativa nº 18/2020. Concluindo sua fala, afirmou que se tratava de um trabalho
312 preliminar, considerando que não tinham dados de todos os municípios, e, reforçou a importância de que tivessem os
313 dados de todos os municípios para melhor planejamento das ações. Afirmou que estes dados seriam disponibilizados
314 para as Regionais e poderiam ser acessados conforme necessidade. **Ivo** reiterou a importância da não paralização da
315 atenção básica mesmo ao longo da pandemia, principalmente dos atendimentos aos pacientes crônicos e gestantes.
316 Afirmou que o COSEMS faria busca e trabalharia junto aos municípios que não haviam participado deste primeiro
317 levantamento, para que também colaborassem com o trabalho. **Gisele**, da Saúde do Idoso/Coordenadoria de Atenção à
318 Saúde/DAV/SESA, fez apresentação sobre controle e testagem de Covid-19 nas Instituições de Longa Permanência
319 para Idosos (ILPI). Inicialmente apresentou artigo internacional publicado em outubro/2020 que tratava da mortalidade
320 nos lares e residências de idosos. Mostrou que na Austrália 75% dos óbitos por Covid-19 aconteceram em casas-lares
321 ou instituições de longa permanência, na Bélgica este percentual foi de 61%, no Canadá, 80%, e nos Estados Unidos,
322 41%. Contextualizou que foi a partir deste contexto mundial que propuseram junto ao COE estratégia de rastreamento
323 laboratorial nestas unidades. Apontou que no Paraná contavam, naquele momento, com um total de 6.414 óbitos por
324 Covid-19 e destes, 145 (2,26%) eram de residentes de ILPI. Afirmou que tal resultado se devia ao empenho das equipes
325 municipais na atenção aos idosos institucionalizados. Agradeceu o apoio das Regionais de Saúde e dos municípios na
326 atenção aos idosos, mas, também, neste apoio para o levantamento dos dados apresentados. Em seguida, Gisele
327 apresentou dados de artigo que tratava da estimativa de impacto da Covid-19 na mortalidade de idosos
328 institucionalizados no Brasil, que apontava para 5.975 óbitos, uma mortalidade muito maior do que a alcançada até
329 aquele momento no Paraná, reforçando que tal resultado se devia à atenção e cuidado das equipes. Mostrou um gráfico
330 com o número de casos e de óbitos por faixa etária, reforçando que a maior incidência de casos estava na população
331 abaixo de 60 anos, mas, que, o maior número de óbitos era da população idosa, que incluía os idosos
332 institucionalizados. Contextualizou que em julho/2020 tinha sido publicada a Nota Orientativa nº 41, que tratava das
333 medidas de Prevenção, Controle e Testagem para a Covid-19 nas Instituições de Longa Permanência – ILPIS. Contou
334 que tinham sido realizados quatro ciclos de testes nas instituições, incluindo os trabalhadores, sendo o primeiro com o
335 RT-PCR e os demais com Teste Rápido, com insumos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. Disse que
336 o objetivo da testagem era identificar precocemente o vírus nas ILPIS, fazendo o bloqueio adequado da transmissão,



337 reduzindo a mortalidade. Como resultado preliminar do primeiro ciclo, Gisele apontou a detecção de casos positivos em
338 129 das instituições, e, afirmou que ter encontrado precocemente o caso positivo em 97 dessas instituições, junto das
339 demais medidas preventivas, permitiu evitar a evolução para surto grave. Entre a publicação da primeira Nota
340 Orientativa e a revisão, atualizada em outubro/2020, houve um delay em que ficou-se fazendo monitoramento clínico e
341 epidemiológico dos sintomáticos para que fossem realizados testes nestes locais. Mostrou gráfico dos casos
342 confirmados e dos casos descartados em ILPIS, apontando o período entre os meses de setembro, outubro e
343 novembro, com baixa nestes números. Salientou que neste período muitas instituições não realizaram testes, o que
344 levou a questionamentos sobre a testagem pelo Ministério Público. Gisele contou que a partir disso e com a contribuição
345 das Regionais de Saúde e das equipes de epidemiologia e vigilância sanitária, puderam definir a melhor conduta com a
346 disponibilidade de insumos que a SESA possuía. Ressaltou que as instituições que realizaram testes neste período
347 entre a publicação da primeira Nota Técnica e da segunda versão dela, apresentaram surtos graves da Covid-19, com
348 mais de 30 casos confirmados, com aumento das internações hospitalares dos idosos e, óbitos. Assim, explicou que foi
349 proposta a segunda versão da Nota Orientativa, orientando o rastreio por meio dos testes de RT-PCR. Afirmou que esta
350 segunda versão da Nota estava disponível no site da SESA-PR, mantendo o objetivo de identificação precoce do vírus
351 na ILPIS e propondo que fosse realizado um ciclo de testes de RT-PCR em todos os idosos e trabalhadores das ILPIS
352 e, tendo resultado negativo, manter a testagem apenas dos trabalhadores a cada 15 dias e seguir com a suspensão das
353 visitas. Neste caso, explicou, considerariam que quem poderia levar o vírus para dentro da instituição seria o
354 trabalhador. Em caso de resultado positivo, Gisele explicou que a medida proposta era a testagem seriada, para que
355 pudesse ser feito o isolamento adequado. Salientou a importância da atenção aos sintomas atípicos dos idosos, já que
356 muitas instituições que tiveram surtos não perceberam a apresentação de sintomas pelos idosos. Disse que dos
357 municípios que possuem ILPIS, 15% relatou não ter contato com as instituições e 15% relatou não fazer monitoramento
358 diário para sinais e sintomas. Afirmou, portanto, que era necessário melhorar este acompanhamento nas instituições.
359 Por fim, Gisele apresentou alguns números do estado: apontou o total de 450 ILPIS no Paraná - públicas, privadas e
360 filantrópicas, nas quais residiam aproximadamente 10.000 idosos e contavam com um quantitativo de 6.000
361 trabalhadores. Apontou que o número de idosos e trabalhadores diagnosticados com Covid-19 totalizava 1.615 idosos,
362 dos quais, 145 evoluíram para óbito. Ressaltou que das 450 ILPIS do Estado, 165 tiveram casos positivos e 51 tiveram
363 surtos registrados. Concluindo sua fala, Gisele agradeceu a força tarefa dos municípios na prevenção da Covid-19 nas
364 ILPIS. Na sequência, **Acácia** tratou da testagem sorológica IgG para Covid-19 para trabalhadores de saúde. Disse que
365 haviam sido disponibilizados testes sorológicos do Ministério da Saúde para dosagem de IgG e que a partir de avaliação
366 feita, definiram que os testes seriam realizados nos profissionais de saúde que tivessem previamente RT-PCR positivo.
367 Disse que os exames teriam que ser feitos até fevereiro/2021, que era a data de expiração deles. Afirmou que a
368 realização dos testes para esta pesquisa/avaliação se daria em parceria com o Lacen. Com relação à Nota Técnica nº
369 13/2020 – Orientações sobre a conduta frente a casos suspeito de reinfecção da Covid-19, contextualizou que a
370 reinfecção era caracterizada pelo processo em que a pessoa tinha sido infectada uma vez pelo SARS-CoV-2, deixou de
371 estar infectada e voltou a ser infectada por SARS-CoV-2. Disse que no dia 07 de dezembro havia saído uma publicação
372 apontando que a imunidade para Covid-19 não é duradoura – em torno de 5 meses, principalmente para os pacientes
373 ambulatoriais e assintomáticos. Acácia afirmou que diante dos casos de reinfecção, a conduta, o manejo clínico, e as
374 orientações para isolamento se mantinham as mesmas. Ressaltou que, conforme definição do Ministério da Saúde,
375 eram considerados casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 os indivíduos com dois resultados positivos
376 de RT-PCR com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória. Afirmou que até
377 aquele momento haviam 18 casos que se encaixavam em tal definição, que estes dados tinham sido encaminhados
378 para a divisão de doenças transmissíveis da SESA-PR e tendo as duas amostras do RT-PCR viáveis, seria possível

379 fazer o sequenciamento genômico, com objetivo epidemiológico de conhecer o tipo viral circulante. Levantando
380 solicitação dos gestores municipais, **Ivo** disse que era necessário definir a questão da testagem dos trabalhadores da
381 saúde, já que os municípios enfrentavam muitas dificuldades com o afastamento dos trabalhadores com suspeita de
382 Covid-19 e a demora no processamento dos testes realizados. Afirmou ser preciso priorizar os testes destes
383 trabalhadores. Propôs, como sugestão, que ficasse sob responsabilidade do Lacen a leitura dos exames, e que ao
384 encaminhar os exames, pudessem ser enviados separadamente os dos trabalhadores da saúde. **Acácia** disse que era
385 necessário redesenhar o fluxo dos exames, mas, que primeiramente teriam de conversar com a direção do Lacen-PR.
386 Assim, se responsabilizou por dar um retorno sobre tal questão. Reforçou a importância de que os profissionais de
387 saúde tivessem cuidado com paramentação e desparamentação, assim como, triar sinais e sintomas. **Ivo** afirmou que a
388 definição do fluxo era muito importante para orientar as Regionais e os municípios. **Acácia** falou que seria feito um
389 Memorando Circular para orientar a testagem dos profissionais de saúde. **4. Pactuações. 4.1. Plano Estadual de**
390 **Contingência de Dengue, Zika Vírus e Febre Chikungunya- SESA/DAV. Jéssica**, enfermeira da Coordenadoria de
391 Atenção à Saúde, apresentou o Plano Estadual de Contingência para Epidemias de Dengue, Zika Vírus e Febre
392 Chikungunya. Contextualizou que as ações do Plano já haviam sido detalhadas na reunião do Grupo Técnico do dia
393 anterior. Contou que o Plano era fruto de discussão conjunta da Vigilância e da Atenção à Saúde da SESA, e, que este
394 Plano era um componente do Plano de Ação para Enfrentamento da Dengue, Zika Vírus e Febre Chikungunya em
395 momentos epidêmicos e não epidêmicos – pactuado em CIB e aprovado na Deliberação CIB-PR nº 160/2020. Ressaltou
396 que o Plano de Contingência seria acionado em momentos de epidemias, e o Plano de Ação contemplava tanto os
397 momentos de epidemias como os momentos em que não havia epidemias. Mostrou que o Núcleo de Comunicação
398 Social da SESA-PR havia atualizado o link da Dengue na página da SESA-PR, reforçando a importância de os gestores
399 e as equipes municipais acessarem as informações publicadas. Afirmou que o Plano de Ação e a versão preliminar do
400 Plano de Contingência já estavam disponíveis na referida página. Jéssica disse que o Plano Estadual de Contingência
401 para Epidemias de Dengue, Zika Vírus e Febre Chikungunya tinha sido construído em dois níveis de resposta: I e II, em
402 consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, e conta com 5 eixos: Vigilância Epidemiológica; Vigilância
403 e Controle Vetorial; Atenção à Saúde; Gestão; Comunicação e Mobilização. Explicou que o Nível de Resposta I seria
404 acionado para os municípios que estivessem com casos de transmissão sustentada, ou seja, quando o número de
405 casos prováveis está em ascensão e dentro do canal endêmico do diagrama de controle. Destacou algumas ações
406 como mais inovadoras para o Nível de Resposta I – no eixo de vigilância epidemiológica: falou das Unidades Sentinelas
407 (questão já discutida em CIB, aprovada na Deliberação CIB-PR nº 163/2020), com a definição de 60 municípios, com
408 cota de 5 amostras semanais para pacientes estadiados como grupo A e B da Dengue, e, lembrou as Regionais e os
409 municípios que no caso de gestantes, estadiamentos C e D, e casos de óbitos, estava garantida 100% da coleta de RT-
410 PCR para pesquisa de arbovírus; no eixo de vigilância e controle vetorial: intensificação de apoio das ações já em
411 andamento nos municípios (monitoramento, remoção de criadouros), considerando que o número de casos suspeitos e
412 confirmados aumentaria a partir de janeiro; no eixo de atenção à saúde: organização da rede de atenção, considerando
413 todos os pontos de atenção da rede como atenção primária, urgência e emergência de hospitais, promoção e apoio à
414 capacitação de profissionais da saúde – relatou que foi realizado ciclo de web conferências com apoio do médico
415 epidemiologista Flávio da 17ª Regional de Saúde, tendo atingido 5.500 visualizações no YouTube, e, ainda, que havia
416 planos para realizar novas capacitações no início de 2021, e, citou a orientação sobre os fluxos de acolhimento. Ainda,
417 no eixo da gestão, destacou as reuniões periódicas do Comitê Gestor Intersectorial com representantes intersectoriais,
418 que apoiavam o trabalho de enfrentamento à dengue, e que, apesar de terem sido interrompidas por um período devido
419 à pandemia, já existia um plano e cronograma de retomada. Citou, também, o gerenciamento de estoques de larvicidas
420 e inseticidas, e o provimento de condições de armazenamento e distribuição de insumos tanto para as Regionais como



421 para os municípios. No eixo de Comunicação e Mobilização, Jéssica falou da divulgação da relação dos municípios com
422 transmissão de dengue por meio dos boletins e do site da SESA-PR. Disse que no Nível de Resposta II, quando os
423 municípios se encontram em situação de epidemia – o número de casos prováveis está acima do limite superior do
424 canal endêmico no diagrama de controle, poucas seriam as ações incorporadas, e o trabalho maior seria de intensificar
425 as ações já realizadas no período de transmissão sustentada. Jéssica pontuou que no eixo da Vigilância Epidemiológica
426 as ações incluíam a intensificação da identificação de fragilidades na vigilância dos casos do município e a orientação
427 da intensificação das ações já em andamento no período de transmissão sustentada - Nível de Resposta I; no eixo da
428 Vigilância e Controle Vetorial, elencou a intensificação do apoio às ações do município já em andamento no período de
429 transmissão sustentada; no eixo de Atenção à Saúde, falou da análise da oferta de serviços e da capacidade instalada
430 para realização de hemograma, considerando que a questão laboratorial é muito importante no manejo da dengue, do
431 apoio à implantação de Polos de Atendimento para Dengue (salas de hidratação e observação) nas regiões com
432 situação epidemiológica mais preocupante, da elaboração e promoção da divulgação das notas orientativas da SESA e
433 demais informações referentes à atenção à saúde (ressaltou que já havia sido elaborada e apresentada no COE (Centro
434 de Operações de Emergências) e estava publicada no site da SESA a primeira Nota Orientativa, que tratava da
435 organização dos pontos de atenção da rede para enfrentamento das epidemias); no eixo da Gestão, citou a promoção
436 das reuniões periódicas do COE – relatou que todas as terças-feiras o COE se reunia para discussão das ações
437 relacionadas à dengue, a avaliação da necessidade de repasse de recurso emergencial aos municípios nos eixos que
438 se fizerem necessários; e, por fim, no eixo de Comunicação e Mobilização, falou da intensificação da divulgação das
439 estratégias adotadas pela gestão municipal quanto ao fluxo de atendimento aos pacientes suspeitos de dengue, assim
440 como, quanto à participação popular no controle vetorial. **Ivo** agradeceu a apresentação de Jéssica, relatou que todos
441 os itens de pactuação da pauta haviam sido discutidos previamente nas Câmaras Técnicas, e disse, portanto, que o
442 COSEMS pactuava com o Plano proposto. E informou que faria inversão de alguns itens da pauta. Assim, passou ao
443 item **4.5. Habilitação de leitos de UTI adulto e pediátrico por macrorregião de saúde para 2021 - SESA/DGS.**
444 **Vinicius Filipak**, Diretor de Gestão em Saúde, Relatou que a partir de articulação tripartite – CONASS, CONASEMS e
445 Ministério da Saúde, havia sido definido que o Ministério da Saúde custearia 5.000 novos leitos de UTI no Brasil, por 12
446 meses – ao longo do ano de 2021, para combate ao Coronavírus, de acordo com a necessidade da rede, e explicou que
447 ao final dos 12 meses, estes leitos habilitados, seriam incorporados à rede de atenção à saúde. Disse que se este leito
448 fosse atender Covid-19 ao longo de todo ano de 2021, seria pago o valor integral em parcela única para o gestor, e com
449 isso seria garantido que os leitos ativos naquele momento, que somavam 1.050 leitos, teriam custeio integral,
450 independentemente de ser prorrogada a habilitação em 2021. Assim, afirmou, seria possível garantir o acesso para
451 população paranaense, e com o arrefecimento da incidência da Covid-19, a habilitação seria transportada para leito da
452 rede comum, ou seja, passaria a incorporar a rede de assistência. Falou que a diária da habilitação do leito Covid-19 era
453 de R\$ 1.600,00 e que após a habilitação, voltaria ao patamar normal da habilitação do Ministério da Saúde, com a diária
454 no valor de R\$ 478,72. Contou que havia sido discutido e definido no GT no dia anterior quais seriam os leitos a serem
455 pleiteados. Contextualizou que, de acordo com o Ministério da Saúde, o Paraná tinha 5,5% da população brasileira, o
456 que significaria a possibilidade de pleitear 271 leitos. Salientou que para o leito ser habilitado, deveria obedecer à RDC
457 nº 07 de 2010 e à Portaria nº 895 de 2017 e elencou outras três condições: o compromisso do hospital em que o leito
458 seria habilitado como Covid-19 de manter o leito ativo para ser incorporado à rede posteriormente; a disponibilidade do
459 gestor deste prestador em garantir o suporte MAC suficiente para que o leito permanecesse ativo, já que a diária
460 representa apenas 40% do custo do atendimento; além de garantir estrategicamente a indução da regionalização efetiva
461 da saúde, de forma a limitar o efeito centrípeto da população que não tem acesso à assistência qualificada e acaba
462 sempre buscando os grandes centros. Afirmou que era necessário fixar leitos de forma descentralizada. Assim, Vinicius



463 disse que, seguindo as três condições e considerando o percentual de leitos que o Ministério poderia habilitar, após
464 discussão no GT realizado no dia anterior e conversa com a FEMIPA (já que muitos dos leitos seriam de hospitais
465 filantrópicos), havia sido feita uma proposta com os leitos que seriam pleiteados. Informou que teriam que enviar para o
466 Ministério da Saúde, ainda naquele dia, uma Deliberação da CIB-PR com a indicação dos hospitais e o quantitativo de
467 leitos, para apresentar o pleito do estado do Paraná. Então, apresentou uma tabela com o número de leitos de UTI em
468 cada Região e Macrorregião de Saúde, comparando com a necessidade mínima e máxima definidas pela Portaria
469 GM/MS nº 1.631/2015, de acordo com a população – exemplificou mostrando que a Macrorregião Leste tinha um total
470 de 665 leitos habilitados para uma população de 5.491.509 habitantes, atingindo um total de 1,21 leitos por 10.000
471 habitantes. Afirmou que o leito de UTI era fundamental para atendimento de urgências, clínicas ou cirúrgicas, cujo
472 tratamento necessita de terapia intensiva, que na maior parte das vezes eram de média complexidade, mas, ressaltou
473 que o leito era particularmente importante para a alta complexidade, quando havia possibilidade de tratamento eletivo
474 de pacientes. Afirmou que alguns serviços tem importância capital para saúde do estado e estes, geralmente, estão
475 situados nas Macrorregiões. Portanto, explicou que havia sido feita a seguinte prospecção: para as Regiões de Saúde
476 que não tinham alta complexidade habilitada de neurologia, cardiologia e oncologia (especialidades que demandam
477 fortemente a terapia intensiva), propuseram um mínimo de 0,7 leitos de UTI por 10.000 habitantes, e, para as Regiões
478 de Saúde que tinham alta complexidade habilitada de neurologia, cardiologia e oncologia, propuseram 1 leito por 10.000
479 habitantes, e, por fim, para as Regiões Sede de Macrorregiões, devido à concentração de serviços de alta resolutividade
480 que possuem, a proposta foi de 1,8 leitos por 10.000 habitantes. Desta forma, explicou que havia sido calculado o
481 número de leitos já existentes nas regiões, e, com base na definição proposta, foi possível estabelecer as Regiões que
482 já tinham número de leitos suficientes e as que tinham carência de leitos. A partir destes cálculos, concluíram que o
483 Paraná precisaria pleitear 392 leitos, e conseguiria atingir assim, 1,43 leitos por 10.000 habitantes. Então, partindo das
484 três exigências previamente citadas, foram propostos os seguintes hospitais e respectivo quantitativo de leitos por
485 Macrorregião: Macrorregião Leste - Hospital Regional do Litoral – 10 leitos; Hospital Evangélico de Curitiba – 40 leitos;
486 Hospital do Idoso – 20 leitos; Santa Casa de Misericórdia de Curitiba – 10 leitos; Hospital de Clínicas de Curitiba – 20
487 leitos e Hospital Universitário dos Campos Gerais de Ponta Grossa – 10 leitos; Hospital Regional do Centro-oeste – 20
488 leitos; Instituto São José de Laranjeiras do Sul – 10 leitos; Hospital Regional de Telêmaco Borba – 10 leitos;
489 Macrorregião Oeste – Instituto São Rafael de Chopinzinho – 10 leitos; Hospital Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu
490 – 30 leitos (Vinicius salientou que o gestor havia pleiteado 50 leitos, mas, que não havia condições de estrutura física e
491 serviço para conseguir habilitar nas condições propostas pela Portaria, e, portanto, foi proposta quantidade menor) ;
492 Hospital Universitário de Cascavel – 20 leitos; Hospital Municipal de Cascavel – 10 leitos; Hospital Moacir Micheletto de
493 Assis Chateaubriand – 10 leitos; Macrorregião Noroeste – Santa Casa de Goioerê – 10 leitos; Santa Casa de Campo
494 Mourão – 10 leitos; Santa Casa de Paranaíba – 10 leitos; Hospital Universitário de Maringá – 20 leitos; Hospital
495 Municipal de Maringá – 10 leitos; Metropolitano de Sarandi – 10 leitos; Santa Casa de Colorado – 10 leitos;
496 Macrorregião Norte – Hospital da Providência de Apucarana – 10 leitos; Hospital Universitário de Londrina – 60 leitos;
497 Hospital Regional do Norte Pioneiro – 10 leitos e Hospital Regional de Ivaiporã – 10 leitos. Concluiu que, então, seriam
498 pleiteados ao Ministério da Saúde um total de 400 leitos de UTI, elevando o patamar para 1,43 leitos de UTI por 10.000
499 habitantes, e ponderou que se o pleito fosse consolidado, teriam a garantia do custeio para Covid ao longo de todo ano
500 de 2021, independentemente de ter que prorrogar a habilitação, e este leito ficaria vinculado à rede após 2022, quando
501 se espera que a Covid tenha dado uma trégua. Salientou que nesta proposta havia hospitais que tinham construído
502 unidades de terapia intensiva com recursos estaduais para ampliação de área física e aquisição de equipamentos, e
503 que, portanto, precisariam ter possibilidade de habilitação naquele momento. Da mesma forma, disse que o estado tinha
504 três hospitais novos – Telêmaco Borba, Ivaiporã e Guarapuava, que também precisavam ter este custeio garantido pois



505 eram hospitais que já estavam em operação para Covid. Vinícius encerrou sua apresentação afirmando que se a
506 proposta fosse pactuada, ainda naquele dia apresentaria a Deliberação para o Ministério da Saúde. **Ivo** parabenizou
507 Vinícius pela condução do processo, juntamente com Juliana Eggers, e disse que o assunto havia sido muito discutido,
508 considerando que era necessário verificar os locais que tinham indicação e viabilidade para habilitação de leitos.
509 Parabenizou a SESA-PR e o COSEMS-PR pelo bom encaminhamento do processo, focado no melhor atendimento à
510 população paranaense. Assim, disse que a proposta estava aprovada pelo COSEMS-PR. **Acácia** pediu a palavra para
511 já responder o questionamento feito anteriormente e afirmou que a orientação do Lacen era que fosse identificado na
512 parte externa da caixa que eram amostras de ILPIs (tanto para moradores como para trabalhadores) e/ou profissionais
513 de saúde. Disse, ainda, que o Lacen havia emitido no dia anterior o Memorando Circular nº 08, com orientações
514 referentes à acondicionamento e remessa das amostras, e que já havia compartilhado o referido documento com
515 Giórgia e Edilane, do COSEMS. **4.6. Plano Estadual de Educação Permanente -SESA/ESPP. Edevar**, Diretor da
516 Escola de Saúde Pública do Paraná, apresentou a proposta do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
517 (PEEPS), elaborado a partir de discussão com as Regionais de Saúde. Explicou que o Plano Estadual de Educação
518 Permanente em Saúde (PEEPS) é um instrumento de gestão da Política Estadual de EPS (Educação Permanente em
519 Saúde), ou seja, uma diretriz para atuação dos Gestores e Técnicos responsáveis pela formulação, qualificação e
520 aperfeiçoamento da força de trabalho do Sistema Único de Saúde, a partir das necessidades locais em relação
521 à Gestão do Trabalho e EPS. (neste momento houve falha na gravação do áudio, comprometendo, assim, a
522 possibilidade de registro desta parte da discussão). Apresentou cronograma da elaboração, aprovação e planejamento
523 das ações do PEEPS e contextualizou que a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde era
524 uma meta do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, parte da Diretriz 04 – Fortalecimento da Gestão do Trabalho e
525 Educação Permanente em Saúde / Objetivo 2 – Fortalecer a Educação Permanente em Saúde e os Processos de
526 Construção e Disseminação do Conhecimento Voltados às Necessidades do SUS no Paraná. Disse que o Plano já
527 havia sido apresentado e discutido na CIESC e no GT realizado no dia anterior e mostrou brevemente os itens que
528 compunham o material: apresentação/introdução; percurso metodológico; organização e estrutura da SESA/PR; análise
529 da situação do pessoal de saúde no SUS Paraná; mapeamento das necessidades de EPS – Macrorregião Leste, Norte,
530 Oeste e Noroeste; mapeamento das necessidades de EPS das Instituições de Ensino Superior; priorização das
531 necessidades e definição dos objetivos e metas de EPS; programação das ações de EPS no Paraná; definição de
532 mecanismos de monitoramento e avaliação. **Ivo** destacou a importância da educação permanente para as equipes
533 técnicas e os gestores da saúde, e disse que o COSEMS pactuava com o Plano Estadual de Educação Permanente em
534 Saúde proposto. **Nestor**, Diretor Geral da SESA-PR, pediu a inclusão em pauta, a partir de conversa com o Secretário
535 Nacional de Vigilância em Saúde, Arnaldo, para pactuação de recursos do Ministério da Saúde para construção da Fase
536 II do Lacen. Disse que na semana seguinte o Secretário Arnaldo estaria no Paraná, junto ao Secretário Beto Preto e ao
537 Governador Ratinho Junior, para que avançassem em discussões sobre testagem, vacinas, e a questão da vigilância
538 em saúde na Covid. **Ivo** parabenizou Nestor e o Secretário Beto Preto, engajados neste trabalho de fazer avançar a
539 saúde do Paraná, e disse que pelo COSEMS estava pactuada a proposta. **4.2. Proposta de fluxo de acesso de**
540 **atendimento dos usuários do SUS para avaliação inicial para realização de transplantes e de TRS em trânsito no**
541 **Estado do Paraná – SESA/DGS/CET. Olga**, Coordenação de Regulação de Acesso aos Serviços de Saúde/DGS,
542 contextualizou que a organização do fluxo interestadual para avaliação ambulatorial de pré-transplante no estado do
543 Paraná era uma demanda já antiga, considerando que o Paraná havia se tornado um grande centro transplantador e
544 vinha realizando os atendimentos há bastante tempo, porém, sem regulação. Assim, explicou que a proposta era que o
545 estado de origem enviasse por e-mail para o setor de TFD da SESA-PR o protocolo específico preenchido (disponível
546 na página da SESA-PR), exames, documentos e pedido de avaliação ambulatorial pré-transplante, então, o médico da



547 DRA/SESA-PR analisaria o pedido, e, se aprovado, a DRA/SESA-PR faria o agendamento de consulta inicial em centro
548 transplantador e enviaria por e-mail comprovante de agendamento para o estado de origem. Então, o estado de origem
549 ficaria responsável por comunicar o paciente sobre o agendamento e encaminhar o paciente para o Paraná, para que o
550 paciente ficasse em acompanhamento pré transplante (período de 30 dias). Na sequência, o centro transplantador
551 avaliaria o paciente e sendo indicado o transplante, o paciente seguiria o fluxo interno do estado até a finalização do
552 atendimento. E, não sendo indicado o transplante, o paciente retornaria para seu estado de origem. Olga afirmou que o
553 interesse do estado do Paraná era viabilizar o acesso regulado de pacientes interestaduais, possibilitando que se
554 conheçam os números e pedidos, para melhores encaminhamentos. Afirmou que caso a proposta de fluxo fosse
555 pactuada, estariam já preparados para desencadear o processo documental comunicando os outros estados sobre o
556 fluxo para, a partir de janeiro, já trabalhar sob esta orientação. Na sequência, apresentou o fluxograma intra-estadual
557 para avaliação ambulatorial de pré-transplante (cardíaco, renal, oftalmológico e hepático), contextualizando que já havia
558 uma divisão de acordo com o PDR de centros transplantadores referências por Regional de Saúde. Mas, ressaltou que
559 o paciente tinha o direito de buscar o centro transplantador que mais lhe agradasse ou melhor lhe atendesse. Assim,
560 mostrou que o encaminhamento se daria através do município de origem, que por meio da Secretaria Municipal de
561 Saúde encaminharia o paciente para avaliação por profissional especializado, então o agendamento seria feito por meio
562 do Sistema Estadual de Regulação - CARE-PR, e para os outros gestores seria respeitado o agendamento formal das
563 outras gestões. Esclareceu que havendo necessidade de uma Regional de Saúde, que não comporte ou não atenda a
564 necessidade do paciente em sua referência, encaminharia para próxima Regional de Saúde de referência, o que
565 poderia ser feito dentro do próprio sistema seguindo o mesmo fluxo: o paciente é agendado, avaliado, se há indicação
566 de transplante, segue o fluxo normal, e, não havendo indicação de transplante, o paciente retorna para o município de
567 origem. **Vinicius** salientou que era necessário formalizar o acesso dos pacientes, considerando que se tratava de
568 tratamento/atendimento de alta relevância para o paciente e, de pacientes de alta relevância para o sistema de saúde.
569 Disse que era preciso pactuar com outros estados, considerando que o o financiamento do transplante era FAEC mas
570 existia um comprometimento de MAC de cada gestor, e, portanto, era preciso conhecer a demanda e o volume de
571 pacientes recebidos, para, eventualmente, pleitear junto ao Ministério da Saúde uma recomposição de Teto. Falou que
572 os pacientes intra-estaduais entravam na categoria de ações que a SESA estava desenvolvendo de mapeamento
573 compulsório de acesso ao sistema de saúde pela regulação, afirmando que nenhum paciente poderia entrar no sistema
574 de saúde sem ser avaliado pelo gestor municipal e encaminhado regularmente. Disse que a SESA disponibilizaria
575 instrumentos para que isso fosse viável. **Ivo** disse que era louvável a ação do estado e afirmou que o COSEMS
576 pactuava com os fluxogramas propostos. **Olga**, então, informou que os gestores seriam comunicados e orientados
577 sobre os fluxos, que começariam a funcionar a partir de 01 de janeiro de 2021. **4.4. Proposta de pactuação para**
578 **disponibilização e faturamento do líquido de conservação de córnea – SESA/DGS.** **Raquel**, Coordenadora de
579 Contratualização de Cuidados em Saúde, apresentou a proposta de pactuação para faturamento do líquido de
580 preservação para transplante da córnea. Contextualizou que a Portaria SAS nº 7 de 04/01/2008 incluiu código dos
581 procedimentos no SIGTAP grupo 07 -subgrupo 02; que em 2015 foi publicada a NOTA TÉCNICA nº 09, que incluía
582 realmente o procedimento do líquido de preservação para transplante da córnea. Apontou que o código do
583 procedimento na tabela SIGTAP era 07.02.12.006-5 - LIQUIDO DE PRESERVACAO PARA TRANSPLANTE DA
584 CORNEA (20 ML) – com o valor de R\$ 148,00 pelo financiamento Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
585 (FAEC). Explicou que naquele momento funcionava da seguinte forma: a SESA disponibilizava o líquido para os Bancos
586 de Tecidos no valor de R\$ 397,00 e os procedimentos não são faturados, e afirmou que a proposta era de incluir o
587 procedimento na FPO para faturar o procedimento por APAC nos Bancos de Tecidos. Esclareceu que desta forma a
588 SESA continuaria fornecendo o líquido, o Banco de Tecidos apresentaria no faturamento, mas o valor seria depositado



589 para a SESA. Mostrou que naquele momento a SESA tinha um custo mensal com Recursos Próprios para compra do
590 líquido no valor de R\$ 59.550,00, e, faturando este procedimento, receberia o valor mensal de faturamento de R\$
591 22.000,00 – e a SESA custearia com recursos próprios esta diferença de valores. Elencou os quatro Bancos de Tecido
592 que estavam atuando no estado: Cascavel -Hospital de Olhos de Cascavel (já sob Gestão Estadual); Hospital
593 Mackenzie de Curitiba (já sob Gestão Dupla); Hospital Universitário do Norte do Paraná de Londrina (já sob Gestão
594 Dupla); HOFTALMAR no município de Maringá (sob Gestão Municipal, que deveria ser alterada para Gestão Dupla).
595 Disse que a proposta era para que fosse feita a FPO para começar a faturar dia 01 de janeiro de 2021. Ivo contou que o
596 COSEMS havia discutido, conversado com o município de Maringá, e, então, pactuavam com a proposta. **4.3.**
597 **Desabilitação de serviços de diálise peritoneal que não estão apresentando produção – SESA/DGS. Raquel,**
598 Coordenadora de Contratualização de Cuidados em Saúde, apresentou a proposta de habilitação/desabilitação de
599 estabelecimento em DRC - diálise peritoneal. Disse que naquele momento tinham três serviços (Hospital de Clínicas de
600 Curitiba, Fundação Pró-Renal de Curitiba e Instituto do Rim de Umuarama) solicitando habilitação para diálise peritoneal
601 – código 15.05. Explicou que o Ministério da Saúde estava condicionando novas habilitações à desabilitação de serviços
602 que não estivessem apresentando produção. Contou que o Ministério da Saúde havia emitido relatório com todos os
603 prestadores que tinham as três habilitações em DRC e que tinham produção zerada no código 15.05. Assim, a
604 Coordenação de Contratualização de Cuidados em Saúde enviou o Memorando Circular nº 018/2020 para todas as
605 Regionais de Saúde envolvidas, mas, tiveram retorno apenas da Clínica de Doenças Renais de União de Vitória, que
606 demonstrou interesse na desabilitação considerando não ter recursos para realização de diálise peritoneal. Desta forma,
607 Raquel disse que seria preciso ter retorno das outras instituições, para verificar quais tinham interesse na desabilitação
608 para que mais dois serviços pudessem ser habilitados. Ivo afirmou que o COSEMS havia conversado com os gestores
609 dos municípios para que notificassem os prestadores para que se manifestassem o mais rápido possível. Disse, ainda,
610 que o COSEMS estava de acordo com a proposta feita, considerando que se o prestador não apresentava produção,
611 não deveria estar habilitado e como referência para o atendimento. Salientou que, caso houvesse a desabilitação de
612 serviços, a população pudesse ser referenciada para outros prestadores para não ficar sem assistência. **4.7. Portaria**
613 **GM/MS nº 3248/2020 - Institui em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro destinado aos Estados e**
614 **Distrito Federal, para estruturação de unidades de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunização e para**
615 **Vigilância Epidemiológica, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional-ESPIN,**
616 **decorrente da pandemia de COVID19. Vera,** da Divisão de Vigilância do Programa de Imunização/Coordenadoria de
617 Vigilância Epidemiológica/DAV/SESA, disse que apresentaria a Portaria nº 3.248, datada de 2 de dezembro de 2020,
618 ressaltando que só haviam tido ciência do documento no dia 07 de dezembro de 2020. Informou que esta Portaria
619 instituiu, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro destinado aos Estados e Distrito Federal, para
620 estruturação de unidades de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações e para Vigilância Epidemiológica, para
621 o enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de Covid-
622 19. Apontou que no Anexo I a Portaria destinava à Rede de Frio do estado do Paraná o valor de R\$ 2.412.450,00 e, no
623 Anexo II, para Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal o valor de R\$ 504.000,00. Mostrou que o Anexo III trazia
624 delimitado o quantitativo de equipamentos que as salas de vacina dos municípios receberiam de acordo com sua
625 população. Lembrou que em 2019 tinha sido publicada outra Portaria, que destinava incentivo do CONASS para
626 municípios com menos de 100.000 habitantes, e afirmou que este processo estava em andamento. Assim, mostrou que,
627 de acordo com a Portaria nº 3.248/2020, os municípios com população de 100.001 a 300.000 habitantes receberiam
628 câmara refrigerada científica e computador para duas salas de vacina; os municípios com 300.001 até 400.000
629 habitantes seriam também contemplados com câmara refrigerada científica e computador para quatro salas de vacina; e
630 os municípios com população superior a 400.000 habitantes receberiam câmara refrigerada científica e computador

631 para seis salas de vacina. Vera mostrou também a descrição dos equipamentos que seriam destinados aos Centros
632 para Imunobiológicos Especiais (CRIE) – no Paraná o CRIE está localizado em Curitiba, além de um quantitativo de R\$
633 500.000 para reforma do CRIE. Mostrou, por fim, que para a Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, tanto municipal
634 como estadual, seria destinado um computador. Ressaltou que em novembro/2020 haviam recebido Ofício do Ministério
635 da Saúde que definia que este recurso deveria ser executado até 31 de dezembro de 2020. Relatou que contestaram
636 esta orientação no Workshop da Rede de Frio, realizada em novembro/2020, já que seria inexecutável o prazo para todo
637 o processo licitatório, compra, entrega e pagamento. Então, o Ministério da Saúde, junto com CONASS e CONASEMS
638 estavam pleiteando junto ao Senado Federal a possibilidade de execução deste recurso ao longo do ano de 2021,
639 considerando a pandemia e a chegada da vacina da Covid-19, além do calendário normal de vacinação e da campanha
640 de *Influenza*. Assim, Vera disse que a proposta já apresentada no dia anterior no GT era para que aderissem a esta
641 Portaria, mas, que o recurso só seria executado se o prazo fosse estendido para 2021. **Nestor** disse que já estavam no
642 dia 09 de dezembro e seria impossível executar o recurso até o dia 31 de dezembro, conforme orientação do referido
643 Ofício e da orientação feita no Workshop, mas que, ainda assim decidiram levar a discussão para CIB-PR porque caso a
644 validade do recurso fosse estendida para 2021, já teriam isso pactuado conforme as regras da Portaria. Afirmou que a
645 SESA-PR havia assumido o compromisso de fazer a discussão com o COSEMS-PR para avaliar se seria melhor fazer o
646 repasse aos municípios ou centralizar a compra pela SESA por conta do volume/escala/velocidade de compra. Disse
647 que se o recurso chegasse ainda em 2020, havia a possibilidade de já comprarem alguns itens que tinham em ata de
648 registro de preço – citou computadores. Assim, propôs que aderissem à Portaria com as ressalvas de que recebendo o
649 recurso e tendo o preço em ata já pudessem executar, e, caso o prazo fosse estendido para 2021, seria executado na
650 sequência a partir do combinado se o recurso iria para conta dos municípios ou se fariam a compra centralizada. **Ivo**
651 disse que o COSEMS pactuava com a proposta feita. Na sequência incluiu na pauta mais um item sobre o SAMU.
652 **Raquel**, Coordenadora de Contratualização de Cuidados em Saúde, disse que Giórgia havia solicitado que ela tratasse
653 da situação do SAMU. Relatou que como o SAMU recebia recursos do Ministério da Saúde, o Ministério havia exigido
654 que fosse mantido o cadastro do CNES do SAMU como gestão municipal. **Márcia Pelissari** esclareceu que desde que
655 haviam sido criados os estabelecimentos de saúde, os SAMUs haviam sido cadastrados no CNES por conta da
656 complexidade do procedimento que realizavam – os SAMUs avançados eram de média complexidade e ficavam como
657 gestão dupla para os municípios que não tinham gestão do Teto MAC e a Unidade Básica ficava como gestão municipal.
658 Mas, disse que como o Ministério da Saúde repassava o recurso Fundo a Fundo – do Fundo Nacional para o Fundo
659 Municipal, o Ministério entendia que o SAMU devia estar sob gestão municipal. Com isso, alguns municípios estavam
660 tendo dificuldades. Explicou, então, que definiram que como a gestão toda do estabelecimento do SAMU é do município
661 e o recurso vai direto do Ministério para o município, o SAMU iria para gestão municipal. Esclareceu que estavam
662 organizando a situação dentro do cadastro do CNES para que nos próximos meses todos os SAMUs estivessem sob
663 gestão municipal. Com isso, informou que seriam os próprios municípios que fariam a apresentação da produção. **Ivo**
664 ressaltou que com a mudança de gestão, muitos municípios passariam por mudanças em suas equipes, então orientou
665 que as Regionais estivessem apropriadas destas informações para melhor orientar os municípios. **Nestor** ressaltou que
666 não era um movimento novo no financiamento, considerando que já havia acontecido com CAPS, CEOs – se tratava de
667 um acerto dentro do CNES para que não houvesse dúvidas sobre quem tem a gestão do recurso e quem tem a gestão
668 do serviço. Pediu que fossem feitos Memorandos às Regionais de Saúde, Ofícios aos Consórcios e aos municípios que
669 tem a gestão de serviços para que a situação fique esclarecida, sem gerar dúvidas. **Ivo** afirmou que o COSEMS estava
670 de acordo com o encaminhamento dado, e concordaram em instruir adequadamente os municípios para que não
671 houvesse qualquer problema. **5. Informes. 5.1. Cirurgias Eletivas - SESA/DGS. Raquel**, Coordenadora de
672 Contratualização de Cuidados em Saúde, relatou que haviam feito a distribuição das AIHs e APACs para cirurgias de

673 campanha e que o prazo era até o dia 31 de dezembro de 2020 para execução de todas estas cirurgias. Falou que
674 havia sido publicada a nova Resolução sobre as cirurgias eletivas e ressaltou que quem quisesse solicitar alteração de
675 AIH para APAC, deveria comunicar a CCCS, que faria esta mudança. Relatou que haviam solicitado à todas as
676 Regionais que informassem sobre o andamento das cirurgias realizadas, mas, obtiveram pouco retorno. Ainda assim, a
677 partir das informações recebidas, apontou que tinham distribuído 5.026 AIHs e apenas 113 haviam sido realizadas.
678 Sobre as APACs, disse que tinham distribuído 2.012, das quais 774 já haviam sido executadas. Contou que haviam
679 enviado os dados ao Ministério da Saúde para publicação de nova Portaria de acordo com as novas pactuações, mas
680 tal Portaria ainda não tinha sido publicada. Assim, explicou que havia alguns municípios plenos que não receberam as
681 AIHs e as APACs por não ter saído, ainda, a Portaria. Informou que este recurso era referente ao ano de 2020 e não
682 seria renovado para o próximo ano, e, portanto, para o ano de 2021 seriam destinados novos recursos para cirurgias de
683 campanha. **Ivo** lembrou o compromisso do COSEMS de junto com a SESA-PR encontrar boas estratégias para a
684 questão das cirurgias eletivas para o próximo ano. **5.2. Pagamento dos prestadores contratualizados - SESA/DGS.**
685 **Vinicius Filipak**, Diretor de Gestão em Saúde, informou que a SESA havia publicado nova Resolução que regula o
686 pagamento de prestadores por conta da recrudescência da Covid-19. Explicou que conforme a última Resolução a partir
687 do mês de outubro/2020 seria feito o pagamento por produção para quem não estava na estratégia Covid e manteriam a
688 média de produção para pagamento de quem estava na estratégia. Mas, com o agravamento da Covid, disse que a
689 rede ficou sobrecarregada novamente e então, a Resolução foi refeita de forma que o pagamento para toda
690 competência 2020 se daria com base na média de produção, as extrapolações seriam respeitadas – quem extrapolasse
691 a média, auditado e confirmado o atendimento, seria pago. Afirmou que fariam o pagamento antecipado, possivelmente
692 na semana seguinte, das competências novembro e dezembro/2020 para todos os prestadores contratualizados pela
693 SESA-PR antecipadamente à apresentação do MAC. Esclareceu que o pagamento seria feito pela média de produção
694 para dar um fôlego financeiro maior para os prestadores, de forma que quando fosse apresentada a produção de
695 novembro/2020 no mês de janeiro/2021, fariam a compensação das possíveis extrapolações, e da mesma forma seria
696 feito com a produção de dezembro/2020. **Nestor** afirmou que se tratava de uma injeção de recursos financeiros
697 importante naquele momento, considerando que dava o fôlego financeiro que os prestadores precisavam para
698 atravessar aquele momento de maiores gastos de final de ano em meio ao recrudescimento dos casos de Covid-19.
699 Contextualizou que naquela semana havia sido pago a produção de outubro/2020, e na semana seguinte pagariam as
700 competências novembro e dezembro/2020, de forma a garantir todo este pagamento ainda no ano de 2020. **Ivo**
701 agradeceu a sensibilidade da SESA-PR diante da situação vivida pelos prestadores e afirmou que era um esforço de
702 grande valia. **Nestor** agradeceu a participação dos que estavam presencialmente na SESA-PR e daqueles que
703 acompanhavam remotamente a reunião. Reforçou que era o momento de respirar fundo para enfrentar o que vinha pela
704 frente. Lembrou que naquele momento tinham muitos casos ativos de Covid-19, com grande circulação do vírus no
705 estado do Paraná, reforçando que deveriam ter atenção redobrada, cuidar com o isolamento dos contaminados.
706 Salientou o trabalho das equipes de atenção primária em conjunto com os agentes comunitários de saúde, fazendo um
707 apelo para que fizessem a referência do controle do isolamento dos pacientes contaminados em suas casas, assim
708 como o controle dos contatos destes contaminados. Reforçou que a pandemia não havia acabado, que a vacina
709 demoraria a chegar para todos – se tratava de uma estratégia de longo prazo. Afirmou que as estratégias de vacinação
710 precisavam estar coordenadas, que não poderiam acontecer de maneira isolada. Disse, ainda, que a vacinação
711 começaria primeiramente com os grupos prioritários e paulatinamente os grupos seriam vacinados, desta forma,
712 continuariam, portanto, discutindo as estratégias de enfrentamento à doença. Por fim, desejou, em nome do Governador
713 Ratinho Junior e do Secretário Beto Preto, um bom final de ano a todos, orientando para que evitassem aglomerações,
714 dando exemplo para todas as famílias paranaenses. **Ivo** agradeceu, em nome do COSEMS e dos gestores, à SESA-



715 PR, ao Secretário Beto Preto e ao Governador Ratinho Junior pela parceria no trabalho ao longo do ano de 2020.
716 Também agradeceu aos gestores municipais, lembrando que muitos deixariam as Secretarias no próximo ano, e,
717 desejou coragem aos gestores que iniciariam o trabalho na saúde paranaense. Pediu que a população fizesse sua parte
718 nos cuidados e enfrentamento à pandemia, afirmando que o poder público, por meio da Secretaria de Estado e dos
719 Municípios, estava fazendo o seu possível para garantir o acesso à saúde à toda população. Agradeceu também à
720 Liliam, Secretária Executiva da CIB-PR, pela condução do trabalho na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná.-----