



1 **ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA de 2019.**

2 **Data: 03 de abril de 2019.**

3 **Local: Hotel Lizon.**

4 **Participantes: COSEMS/PR: Titulares COSEMS:** Cristiane Pantaleão (Ubiratã), Ângela Conceição Oliveira Pompeu  
5 (Ponta Grossa), Mauro Sérgio de Araújo (Munhoz de Mello), João Carlos Strassacapa (Cândido de Abreu), Flávia  
6 Celene Quadros(Curitiba), **SESA: Titulares SESA:** Beto Preto (Secretário de Estado da Saúde) Nestor Werner Junior  
7 (Diretor Geral/SESA), Maria Goretti David Lopes(SAS/SESA); Juliana Eggers (SGS/SESA); Acacia Nars (SVS/SESA).

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

9 **A Secretária Executiva da CIB, Lilian,** cumprimentou os participantes da Reunião e agradeceu a presença de todos,  
10 informando que a 3ª Reunião Ordinária da CIB-PR seria coordenada pela Cristiane Pantaleão, presidente do COSEMS-  
11 PR, em conjunto com a SESA-PR. **Cristiane** afirmou que a pauta para reunião da CIB era extensa, o que exigia  
12 objetividade em sua condução, e, contou que no dia anterior, pela manhã, participou de reunião com o Tribunal de  
13 Contas do Estado do Paraná, na qual Deise, do Departamento de Assistência Farmacêutica, representou a SESA-PR.  
14 Relatou que nesta reunião foi discutido o processo de compra de medicamentos pelos municípios e formas de otimizar  
15 este processo. Ainda, disse que anteriormente o COSEMS já havia discutido com Deise, representante do DEAF/SESA-  
16 PR, a importância do resgate da discussão da REREME (Relação Regional de Medicamentos Especiais) nas Regionais  
17 de Saúde. A partir desta reunião, ficou estabelecido o compromisso da SESA-PR em retomar a discussão das  
18 REREMEs nas regiões. Cristiane afirmou que no dia anterior também aconteceu a reunião do COSEMS no período da  
19 tarde, contando com mais de 320 (trezentos e vinte) participantes, o que demonstrava o compromisso dos gestores  
20 municipais e das Regionais em continuar fazendo uma saúde de qualidade para todo o Paraná. Cristiane agradeceu a  
21 presença do Deputado Estadual Michele Caputo, destacando que ele foi um grande gestor e, como deputado,  
22 continuava trabalhando em parceria e pela saúde.

23 **1. Aprovação da Ata:** da 7ª Reunião Ordinária de 11/12/2018 e da 1ª Reunião Ordinária de 20/02/2019. As atas foram  
24 aprovadas pelo COSEMS-PR e pela SESA-PR. **Geraldo Bianek** cumprimentou o Deputado Michele Caputo e os  
25 Secretários Municipais de Saúde, os gestores e a equipe da SESA, participantes da reunião. Destacou a reunião da CIB  
26 como um importante espaço de discussão, pactuação, negociação e condução dos processos de gestão do sistema de  
27 saúde do Paraná. Ressaltou o desejo da atual gestão de que os processos de saúde no Estado estejam bem alinhados  
28 e pactuados, a partir de discussões preliminares que facilitem o encaminhamento deles. Por fim, desejou uma boa  
29 reunião a todos, informando que a condução dela seria feita pela Cristiane. Em seguida, Cristiane passou a palavra  
30 para Liliam para leitura das Homologações.

31 **2. Homologações: SE – CIB/PR**

32 **2.1. Alterações no Teto Financeiro da MAC – Assistência**

33 **Deliberação nº 015/2019 – Aprova “Ad referendum”** o remanejamento de recursos do Limite Financeiro da Atenção  
34 de Média e Alta Complexidade, da **Competência março/2019 – Parcela 04/2019** conforme abaixo:

Origem	Destino	Objetivo	Valor (R\$)
Gestão Estadual	Terra Boa	Referente implementação da Rede Mãe Paranaense e Rede de Urgência e Emergência, <b>competência março a junho/2019, com recomposição do teto em julho/2019</b>	140.000,00
	Colorado	Referente Portaria GM/MS nº 1.033 de 12/05/2016, incremento temporário para ações de média e alta complexidade – Hospital Santa Clara de Colorado, <b>parcela única</b>	200.000,00
	Curitiba	Referente pagamento do processo de Geni Maria Vandresen, procedimento cirurgia vascular, prótese não contemplada na Tabela SUS, realizado no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba – Processo 14.989.092-0, <b>em parcela única</b>	24.000,00



**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA**  
**Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR**

**2ª Reunião Ordinária**  
**03/04/2019**

- 35 **Deliberação nº 027/2019 – Aprova “Ad referendum”** o remanejamento de recursos do Limite Financeiro da  
 36 Atenção de Média e Alta Complexidade, da **Competência abril/2019 – Parcela 05/2019** conforme abaixo:

Origem	Destino	Objetivo	Valor (R\$)
Gestão Estadual	Campo Mourão	Referente estruturação da Rede de Urgência e Emergência da Rede Materno e Infantil, para atendimento a população própria e referenciada no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, <b>em parcela única</b>	1.100.000,00
	Umuarama	Referente recursos para a Associação Beneficente de Saúde do Noroeste – NOROSPAR, para atendimento de gestação de alto risco aos municípios que compõem a 12ª Regional de Saúde, <b>nas competências de 04/2019 a 12/2019, com recomposição do teto estadual em 01/2020.</b>	150.000,00

37 **2.2. Habilitação/ Desabilitação/ Credenciamento de Serviços**

- 38 **Deliberação nº 014/2019 – ANULA** a Deliberação CIB/PR nº 209 de 18/06/2018, a qual aprovou “Ad Referendum” o  
 39 pleito para projeto de readequação e implantação de leitos do Hospital Psiquiátrico de Maringá.

40 **2.3. Credenciamento das Equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Básica (eAB, de Agentes Comunitários**  
 41 **de Saúde (ACS), de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Consultório de Rua**  
 42 **(eCR).**

MUNICÍPIO	Deliberação nº	ESF	EAB	ACS	NASF AB			ESB		ECR		
					I	II	III	I	II	I	II	III
Almirante Tamandaré	013/2019	10	0	15	0	0	0	06	0	0	0	0

43

MUNICÍPIO	Deliberação nº	eSB				NASF						eCR						
		TOTAL ATUAL		TOTAL SOLICITADO		TOTAL ATUAL			TOTAL SOLICITADO			TOTAL ATUAL			TOTAL SOLICITADO			
		I	II	I	II	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	
Céu Azul	017/2019	0	01	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

44 **2.4. Emendas Parlamentares**

Município	Nº da Deliberação	Nº da Emenda	Nº da Proposta	Valor R\$	Objeto
Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio	018/2019	20520008	976256/19-001	150.000,00	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes
		18670010		400.000,00	
Santo Antônio do Paraíso	020/2019	23990002	3600018277820180	100.000,00	Incremento do Piso de Atenção Básica
		28470009		100.000,00	
São Pedro do Ivaí	021/2019	28740010	10588.370000/1190-03	184.980,00	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes
Grandes Rios	022/2019	38090009	09535.844000/1190-01	185.000,00	Unidade Móvel de Saúde – Ambulância Tipo A
Grandes Rios	023/2019	30950007	36000.2519932/01-900	100.000,00	Incremento PAB
São Jerônimo da Serra	024/2019	28470008	10188.734000/1190-03	220.720,00	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes
São Jerônimo da Serra	025/2019	30920006	36000.2523672/01-900	200.000,00	Incremento PAB



CISMEPAR	026/2019	20520006	900445/19-001	270.000,00	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes
----------	----------	----------	---------------	------------	---

45 **2.5. Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica – exercício 2018**

46 **Deliberação nº 019/2019 – Aprova “Ad referendum”:**

47 1. A inclusão do município de União da Vitória na relação dos municípios que compõem a 6ª Regional de  
48 Saúde para recebimento dos valores definidos no Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica –  
49 exercício 2018.

50 2. Os valores de R\$ 5.000,00 de custeio e R\$ 6.000,00 de capital, a serem transferidos ao município de  
51 União da Vitória, serão contemplados no orçamento de 2019.

52 Terminada a leitura do Termo de Homologação, **Cristiane** lembrou que as habilitações e credenciamentos  
53 de serviços precisam ser discutidos e aprovados em CIRs (Comissões Intergestores Bipartites Regionais),  
54 já que o entendimento é de que é a Região que precisa discutir se determinado serviço é importante ou não.  
55 Assim, afirmou que o item “**4.4. Implantação do Hospital Geral em Cascavel – SMS/Cascavel**”, por já ter  
56 sido discutido regionalmente, ficaria junto às homologações dentro do critério de Habilitação, Desabilitação  
57 e Credenciamento de Serviços.

58 **3. Apresentações**

59 **3.1. Mobilização Campanha Influenza 2019 e 3.2. Cobertura Vacinal – SVS/SESA.** Vera, enfermeira,  
60 coordenadora da Divisão de Imunização do Estado do Paraná, elencou as duas pautas que seriam  
61 apresentadas: 1. Cobertura Vacinal das Principais Vacinas – Meningocócica, Febre Amarela e Tríplice Viral  
62 (Sarampo, Caxumba e Rubéola). Explicou que o esquema da Meningocócica contra a Meningite C  
63 (Meningocócica Conjugada C) inclui duas doses – a primeira aos 3 meses de idade e a segunda, aos 5  
64 meses de idade, tendo o primeiro reforço com 1 (um) ano e o segundo reforço ou dose única no registro do  
65 sistema, 11 (onze) anos a 14 (quatorze) anos para os adolescentes, tanto meninos como meninas. Com  
66 relação à Febre Amarela, doença contra a qual todo o Paraná está lutando, explicou que a população  
67 elegível para a vacinação está entre 9 meses e 59 anos de idade, porém, o que é contabilizado pelo  
68 Ministério da Saúde é a população menor de 1 ano de idade, porque não há o registro nominal fora desta  
69 faixa etária. Lembrou que a vacina da Febre Amarela está no esquema do Programa Nacional de  
70 Imunização (PNI) desde 1994, porém, sem o registro nominal na faixa etária acima de 1 ano de idade.  
71 Explicou que, portanto, nos municípios em que há risco da doença, trabalha-se com uma estimativa vacinal,  
72 o que dá um norte para a procura de não vacinados, mas, não é 100% fidedigno. Vera afirmou que no  
73 Paraná trabalha-se com a meta de vacinação de 100% da população elegível, ou seja, no caso da Febre  
74 Amarela, de 9 meses de idade até 59 anos de idade, tendo foco ainda maior nas Regionais com risco de  
75 epidemia: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 21ª Regional de Saúde. Com relação à vacina Tríplice Viral (contra  
76 Sarampo, Caxumba e Rubéola) Vera orientou que a vacina é de dose única aos 12 meses de idade.  
77 Reforçou a importância desta vacina, citando o diagnóstico de um caso autóctone de Sarampo em Santos-  
78 SP e a confirmação, naquela semana, de mais um caso de Sarampo importado na Grande São Paulo - o  
79 que indicava que o vírus estava circulando. Informou que, apesar de o Ministério da Saúde trabalhar com  
80 cobertura vacinal de população até 1 ano de idade, a vacina Tríplice Viral estava disponível na rotina para



81 pessoas até 49 anos de idade. Explicou que a partir dos 9 anos até os 29 anos de idade era preciso  
82 considerar o histórico vacinal de 2 doses, e dos 29 aos 49 anos de idade, considerava-se uma dose,  
83 lembrando que para os profissionais de saúde eram necessárias duas doses devidamente comprovadas, de  
84 forma a proteger contra a doença e evitar sua disseminação. Após estas explicações, Vera apresentou a  
85 cobertura vacinal do Paraná: Meningocócica C para menor de 1 ano: 80%, Febre Amarela para menor de 1  
86 ano: 88%, Meningocócica Conjugada C - 1 ano: 81%, Tríplice Viral 1ª dose: 81%, Meningocócica Conjugada  
87 C para adolescentes de 12 anos: 24,82% e para adolescentes de 13 anos: 19,01%. Lembrou que os dados  
88 apresentados eram preliminares, já que, devido ao sistema utilizado por muitos municípios, os dados  
89 demoravam de 25 a 35 dias para chegar ao Ministério da Saúde. Assim, os dados então apresentados eram  
90 referentes aos meses de Janeiro e Fevereiro de 2019. Na sequência, apresentou o total de doses aplicadas  
91 e recebidas nos meses de Janeiro e Fevereiro/2019, em especial por conta do desabastecimento das  
92 vacinas Meningocócica C e da epidemia de Febre Amarela, assim como, dos casos de Sarampo em  
93 território nacional. Apresentou o número de 99.520 doses recebidas e 98.507 doses aplicadas de  
94 Meningocócica C; 423.692 doses de Febre Amarela aplicadas e 782.490 doses recebidas; e por fim, 74.777  
95 doses de Tríplice Viral aplicadas e 250.000 doses recebidas. Vera afirmou que para a gestão dos  
96 imunobiológicos é necessária a análise da cobertura vacinal, trabalhando-se com doses recebidas, doses  
97 aplicadas e doses perdidas. Assim, explicou, se houve um desabastecimento de Meningocócica C e o  
98 número de doses recebidas era maior que o número de doses aplicadas, era preciso considerar a perda de  
99 mais de 1.000 doses. Para a vacina da Febre Amarela, ainda que seja feita intensificação da aplicação nos  
100 municípios com risco para a doença e estes dados não estejam registrados no sistema, sabe-se que foram  
101 perdidas no período de 2 meses (Janeiro e Fevereiro/2019) 5.000 doses da vacina. Vera lembrou que após  
102 aberto o frasco da vacina da Febre Amarela, o prazo de validade é de 6 horas, e, portanto, reforçou a  
103 orientação para otimização da dose, buscando agrupar as pessoas a serem vacinadas de forma a utilizar  
104 todo o frasco. Sobre a Meningocócica, informou que houve perda de 1.034 doses. Em seguida, Vera  
105 apresentou os dados de perda física da vacina Meningocócica, explicando que a vacina é dose única e é  
106 disponibilizada na própria seringa ou em frasco junto à seringa, para ser aspirada e aplicada. A partir da  
107 gestão realizada, são levantadas as causas das perdas físicas da vacina para serem informadas ao  
108 Ministério da Saúde. No caso da Meningocócica, o Ministério da Saúde compra a vacina de cinco  
109 laboratórios e no total, no Paraná, houve perda de 1.299 frascos, sendo 74 perdas devido à quebra do  
110 frasco, 218 por falha de equipamento, 46 por falha na energia elétrica (relatou que a partir de levantamento  
111 feito, observou-se que muitos municípios não tem gerador ou plano de contingência, porém, já foram  
112 orientados a fazer o plano), 344 perdas por vencimento da validade, 48 perdas devido a procedimentos  
113 inadequados e 569 perdas devido a outros motivos – vandalismo, esquecimento da porta aberta,  
114 esquecimento da vacina fora da caixa, caixa da vacina deixada sem o termômetro. Com relação à Tríplice  
115 Viral, Vera afirmou que mesmo tendo estoque suficiente da vacina para atender a população elegível, houve  
116 perda física de 7.453 doses, e os motivos das perdas foram os mesmos: quebra de frascos, falha de  
117 equipamento, falha na energia elétrica, vencimento da validade, procedimentos inadequados, vacina  
118 deixada fora da geladeira, vacina preparada sem usuário – salientou a importância do cuidado para evitar



119 essas perdas. Ao apresentar a cobertura vacinal da Meningocócica C para menores de 1 ano e para  
120 crianças com 1 ano de idade, da Febre Amarela para menores de 1 ano e da Tríplice Viral para 1 ano, Vera  
121 apontou a grande quantidade de municípios com baixa cobertura – de 0 a 49%, e explicou que isto se deve  
122 a diversos motivos, dentre os quais, vacinas realizadas sem o registro adequado. Apontou o número  
123 significativo de municípios cuja cobertura vacinal estava acima de 50% porém, abaixo da meta e, por fim,  
124 mostrou no mapa os municípios que alcançaram a meta. De acordo com os dados apresentados, Vera  
125 mostrou o número de municípios com cobertura vacinal igual a zero: 7 municípios para a Meningocócica C –  
126 abaixo de 1 ano, 6 municípios para a Meningocócica C – 1 ano, 5 municípios para Febre Amarela, 9  
127 municípios para Tríplice Viral, 106 municípios para Meningocócica C 1ª dose – 12 anos, e 124 municípios  
128 para Meningocócica C 2ª dose – 13 anos; o número de municípios com cobertura vacinal igual ou acima de  
129 50% e abaixo da meta: 159 municípios para a Meningocócica C – abaixo de 1 ano, 161 municípios para  
130 Meningocócica C – 1 ano, 167 municípios para Febre Amarela – abaixo de 1 ano, 156 municípios para  
131 Tríplice Viral e 14 municípios para Meningocócica C – 11 a 14 anos; e, por fim, o número de municípios com  
132 cobertura vacinal adequada: 182 municípios para Meningocócica C – abaixo de 1 ano, 182 municípios para  
133 Meningocócica C – 1 ano, 196 municípios para Febre Amarela – abaixo de 1 ano, 185 municípios para  
134 Tríplice Viral e 7 municípios para Meningocócica C – 11 a 14 anos. Concluindo, Vera afirmou que o Paraná  
135 tem de 45 a 50% dos municípios com registro correto da informação, indicando cobertura vacinal adequada  
136 para as três vacinas. **Cristiane** ponderou que os dados precisariam ser discutidos e analisados em grupo  
137 técnico, já que a baixa cobertura apresentada tem causas diversas – algumas de responsabilidade  
138 municipal, mas, outras, de responsabilidade tripartite. Citou a falta de vacina no ano anterior, explicando que  
139 apesar da informação oficial do Ministério da Saúde de que haviam doses suficientes, eram entregues  
140 apenas 20 a 50% dos pedidos dos municípios; e elencou, ainda, a dificuldade com a logística no Estado no  
141 final do ano de 2018 para distribuição dos imunobiológicos, além da falta de vacinas percebida em algumas  
142 regiões no início de 2019 devido à falta de controle do estoque tanto pelas Regionais de Saúde como pelos  
143 municípios. Cristiane mencionou o caso de Ponta Grossa-PR, que teve iniciativa de realizar campanha para  
144 melhorar a cobertura vacinal, porém, teve falta de vacina no meio do processo, e, o caso de município que  
145 teve unidades de saúde quebradas pela população porque deu início à campanha de vacinação e no  
146 decorrer dela, ficou sem vacinas. Disse que apesar de saberem das dificuldades colocadas pelo processo  
147 de mudança de governo/gestão, sabem também do compromisso do novo governo do Paraná em continuar  
148 o fortalecimento da vigilância em saúde. Ressaltou a importância da manutenção do financiamento da  
149 vigilância, do apoio financeiro e técnico aos municípios. Partiu da questão colocada por Vera sobre o  
150 gerador, para mostrar a necessidade da discussão tripartite neste processo de vacinação. Afirmou que para  
151 um município pequeno o valor de implantação do gerador, de R\$ 80.000 a R\$100.000 reais, era bastante  
152 alto e por vezes, inviável. Portanto, disse entender ser necessário discutir em grupo técnico, com olhar  
153 regional para a situação e, então, pensar de maneira bipartite em estratégias que levem a uma atuação  
154 eficaz, que permita o alcance da cobertura vacinal – o que uma apresentação geral do Estado pode não  
155 possibilitar. **Vera** informou que na semana anterior tinha sido feita reunião técnica com todos os  
156 coordenadores regionais de imunização para esta discussão entre o grupo e a definição de estratégias para



157 alcance da cobertura vacinal no decorrer de 2019, e afirmou que em no máximo duas semanas seria  
158 divulgado o Plano de Ação. **Maria Goretti**, superintendente de atenção à saúde, cumprimentou os  
159 participantes da reunião e agradeceu os esforços da equipe da SESA que, junto com os municípios da 1ª, 2ª  
160 e 3ª Regionais de Saúde, ressaltando os municípios de São José dos Pinhais, Ponta Grossa e Castro,  
161 iniciaram articulação para enfrentamento da Febre Amarela no Paraná, com participação de representante  
162 do COSEMS, com a OPAS, o Ministério da Saúde, CONAS e CONASEMS. Contou que no dia 21 de  
163 fevereiro de 2019 realizaram uma reunião contando com 49 profissionais multidisciplinares, que culminou,  
164 entre outras iniciativas, na organização de uma força tarefa para investigação de campo para ampliar a  
165 vigilância em epizootias em primatas, no corredor ecológico formado pelas citadas Regionais de Saúde, que  
166 são áreas de transmissão da doença. Informou que foram localizados e estão em análise vestígios de 24  
167 primatas, incluindo 5 mortos com a confirmação de Febre Amarela. Goretti disse que neste período de duas  
168 semanas conseguiram ir até as comunidades rurais desta área citada, com 19 técnicos, sendo 8 do  
169 Ministério da Saúde, especialistas no tema, para, inclusive, fazer a vacinação. Agradeceu, assim, em nome  
170 da SESA-PR, o apoio da Organização Panamericana de Saúde, do Ministério da Saúde e dos municípios do  
171 Estado do Paraná no apoio e enfrentamento à Febre Amarela. Reforçando a fala de Goretti, **Vera** contou  
172 que na 3ª Regional de Saúde, onde foi feita a busca ativa da população elegível, em um só dia foram  
173 vacinadas mais de 3.000 pessoas e mais de 1.000 tiveram as carteiras de vacinação avaliadas sem a  
174 necessidade da vacinação. Com isso, Vera afirmou a importância do registro nominal das vacinas aplicadas,  
175 de forma a evitar a exposição das pessoas a mais de uma dose da vacina, lembrando que a vacina da  
176 Febre Amarela é de vírus vivo atenuado. Vera seguiu para apresentação da mobilização para Campanha da  
177 Influenza/2019. Informou que a campanha iniciaria oficialmente no Brasil no dia 10 de abril de 2019 e iria até  
178 o dia 31 de maio de 2019, tendo a grande mobilização no dia 04 de maio – o Dia D. Orientou a necessidade  
179 de, junto com as Regionais de Saúde e Municípios, definirem as estratégias e atividades para se alcançar  
180 um quantitativo significativo da cobertura vacinal no Dia D. Afirmou que a meta da campanha, assim como  
181 em 2018, era de 90% dos grupos elegíveis (crianças com idades entre 6 meses e 5 anos, 11 meses e 29  
182 dias; pessoas com mais de 60 anos de idade; gestantes; puérperas até 45 dias após o parto; todos os  
183 trabalhadores da área da saúde; professores das escolas públicas e privadas; população indígena;  
184 portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições especiais; adolescentes e jovens  
185 com idades entre 12 e 21 anos de idade em medidas socioeducativas de semiliberdade ou de privação de  
186 liberdade; população privada de liberdade; trabalhadores do sistema prisional). Vera informou que os  
187 recursos para os municípios seriam repassados fundo a fundo, conforme definido pela Portaria GM/MS  
188 nº 3.992/2017 e que a campanha estava dividida, de acordo com definição do Ministério da Saúde, em duas  
189 etapas: 1ª etapa – período de 10/04 à 19/04, destinada às crianças, gestantes e puérperas; 2ª etapa – a  
190 partir de 22/04, destinada a todos os grupos prioritários. A partir disso, orientou para que a Atenção Primária  
191 junto com a Vigilância dos municípios fizesse um levantamento dos grupos a serem vacinados na 1ª etapa  
192 da campanha, de forma a garantir a cobertura vacinal. Ainda, considerando os casos de febre amarela e  
193 sarampo no território nacional, reforçou que neste período de vacinação para influenza, também deve ser  
194 feita avaliação das carteiras de vacinação com especial atenção para as vacinas da febre amarela e tríplice



195 viral da população em geral. Afirmou que é possível tomar a vacina da febre amarela junto com a da  
196 influenza, lembrando que a vacina da febre amarela está disponível para crianças a partir dos 9 meses de  
197 idade e a da influenza, a partir dos 6 meses. Informou que nos anos de 2017 e 2018 a meta para cobertura  
198 vacinal era de 90% e o Paraná não conseguiu atingi-la nos grupos de gestantes (foi atingido 80% da meta)  
199 e de crianças (foi atingido 75%), o que reforça a importância do levantamento prévio desta população para  
200 garantir a cobertura vacinal destes grupos. Com relação ao registro das doses aplicadas, Vera explicou que  
201 segundo o informe do Ministério da Saúde, o registro é opcional. Esclareceu que no site da campanha é  
202 possível registrar a quantidade de doses aplicadas de acordo com as faixas etárias, mas, não é possível  
203 fazer o registro nominal. Então, afirmou que após muita discussão na Divisão de Imunização, optou-se por  
204 orientar o registro nominal, o que viabilizaria a rastreabilidade do imunobiológico e a identificação da  
205 população realmente vacinada. Disse que não ter o registro nominal é uma das dificuldades que tem sido  
206 enfrentadas com relação à vacinação da Febre Amarela e que será enfrentada também para a vacinação da  
207 Tríplice Viral na população maior de 2 anos de idade. Salientou que diante da dificuldade em vacinar e  
208 registrar nominalmente a população vacinada, a prioridade seria a vacinação, mas, ainda assim, haveria a  
209 necessidade do registro. Para isso, Vera sugeriu que seria preciso criar estratégias para fazê-lo. Ressaltou  
210 que os estudos epidemiológicos presentes apontavam a possibilidade de uma pandemia e que haviam  
211 pesquisas sendo feitas para desenvolver a vacina universal da gripe, situações que reafirmam a  
212 necessidade de identificação da população já vacinada. Vera relatou que o Ministério da Saúde entregou no  
213 primeiro lote 920.000 doses da vacina, que era exatamente o número de crianças e gestantes do Estado, e  
214 reforçou a importância de divulgar nos municípios a vacinação para os grupos prioritários desta 1ª etapa da  
215 vacinação, orientando que os outros grupos buscassem a vacinação posteriormente, em período adequado.  
216 Até a data da reunião ainda não havia sido entregue o segundo lote de vacinas, e as doses do primeiro lote  
217 já tinham sido despachadas para as Regionais de Saúde. Informou que no dia 05/04 aconteceria o  
218 Seminário da Influenza, por meio de videoconferência, e seriam repassadas as informações da campanha  
219 para todo o Estado do Paraná. Relatou que durante a reunião técnica sobre a influenza os coordenadores  
220 regionais de imunização foram orientados a apoiar os municípios e já fazer o levantamento do número de  
221 gestantes e crianças por Unidade Básica de Saúde para priorizar e garantir a vacinação deste primeiro  
222 grupo. **Cristiane** disse que na reunião do COSEMS no dia anterior foi discutida a campanha da influenza,  
223 tendo algumas considerações a fazer. Então, passou a palavra à Rosilene, do município de Londrina.  
224 Rosilene disse que apesar de saberem da necessidade do registro nominal da vacina, conversaram sobre a  
225 dinamicidade da campanha e os recursos humanos necessários para tal, concluindo que o registro  
226 individual e nominal das vacinas deveria ficar facultativo aos municípios. Explicou que o município de  
227 Londrina faz o registro nominal de crianças e gestantes, especialmente porque dependendo da faixa etária  
228 as crianças recebem mais de uma dose da vacina, e as gestantes podem se tornar puérperas em seguida e  
229 desta forma, não correm o risco de receber outra dose desnecessariamente. Porém, afirmou que para os  
230 outros grupos prioritários, entendendo não ser preciso o registro individual, o município gostaria que o  
231 registro nominal fosse facultativo. Ressaltou, ainda, que outros municípios gostariam que o registro fosse  
232 facultativo para todos os grupos elegíveis. O Secretário de Saúde do município de Tamarana, da 17ª



233 Regional de Saúde, afirmou que durante todo o ano no município é feito o registro nominal das vacinas, mas  
234 que no período da campanha torna-se difícil operacionalizar este processo de vacinação e registro  
235 individual, já que grande número da população alvo não tem nenhum registro nas unidades de saúde. Disse  
236 compreender que seria bom para a gestão ter os registros, mas, que para o vacinador e para a população  
237 seria ruim, pois interferiria significativamente no processo. Ainda, disse que a campanha poderia ser melhor  
238 estudada e assim, ser estabelecido maior prazo para que se pudesse atingir as metas com tranquilidade.  
239 Em seguida, questionou as tabelas e as definições de metas não atingidas, exemplificando que Tamarana  
240 não consegue atingir as metas de vacinação de gestantes porque no município existem comunidades  
241 indígenas e a gestante indígena é registrada como “indígena” e não como “gestante”, e, desta forma, tem-se  
242 números que não são fidedignos e, portanto, metas impossíveis de serem alcançadas, o que frustra a  
243 gestão e os trabalhadores do município. Assim, afirmou que o processo vacinação-registro precisa ser  
244 melhor pensado e planejado, considerando especialmente o trabalhador – o vacinador e o responsável pela  
245 vacina no município. **Cristiane** agradeceu as contribuições e afirmou que tudo o que havia sido dito  
246 precisaria ser levado em consideração e disse entender que a situação deveria ser encaminhada conforme  
247 já orientado pelo Ministério da Saúde – com o registro individual obrigatório para gestantes e crianças e  
248 facultativo para os outros grupos. **Vera** disse compreender as dificuldades dos trabalhadores das salas de  
249 vacina, inclusive por já ter trabalhado em uma, mas, explicou que na gestão a falta dos registros traz  
250 dificuldades significativas. **Adriane**, Secretária Municipal do município de Cambé, disse ser necessário  
251 discutir separadamente a vacina da influenza de outras vacinas, como a febre amarela, cuja população  
252 elegível é bem menor. E destacou que “sair com a carteirinha de vacinação da influenza” (SIC) seria  
253 possível, mas, fazer o registro nominal desta vacina no sistema seria inviável, porque o sistema falha e é  
254 lento, o que levaria à formação de filas para aplicação nas unidades de saúde e afastaria a população,  
255 dificultando o alcance das metas. Ponderou que fazer uma listagem nominal poderia ser considerado, mas,  
256 inserir estes dados no sistema seria inviável. Destacou, também, o número deficitário de recursos humanos  
257 em muitos municípios, o que dificultaria o trabalho. Por fim, disse da importância de saírem da reunião com  
258 uma definição com relação à campanha da influenza e o registro das vacinas aplicadas, já que os técnicos  
259 dos municípios precisavam ser orientados. Com relação ao grupo dos professores, parte do grupo elegível  
260 na 2 etapa da vacinação, perguntou se seriam incluídas as outras classes de trabalhadores das escolas,  
261 como por exemplo, merendeiras. **Cristiane** então, passou a palavra ao Secretário de Estado da Saúde,  
262 Beto Preto, agradecendo e destacando sua participação na reunião da CIB. O **Secretário Beto Preto**  
263 saudou os participantes da reunião, destacando os secretários municipais de saúde, a diretoria e os  
264 apoiadores do COSEMS, o deputado estadual e ex secretário de estado da saúde Michele Caputo.  
265 Entendendo que o trabalhador que está na “ponta” (SIC) conhece de perto as dificuldades diárias dos  
266 trabalhos em saúde, Beto afirmou que a consideração deste trabalhador precisa ser levada em conta para a  
267 definição do processo de trabalho – neste caso, a vacinação. Considerando que esta definição deveria ser  
268 pactuada entre Estado e Municípios, sugeriu que o grupo técnico responsável seguisse em reunião no  
269 período da tarde para esta definição, ou, ao menos, para que pudessem ser elencadas as dificuldades  
270 expostas pelos secretários municipais, em especial, considerando o grande volume de trabalho existente





271 para imunização (febre amarela, meningite, influenza..). Propôs, então, que, sem ferir a legalidade do  
272 processo de trabalho e fugindo da falta de registro, fosse dada prioridade ao mais necessário e, se preciso,  
273 fazendo registro diferente em algumas outras áreas. Beto reforçou, independentemente das decisões a  
274 serem tomadas, a importância do registro, que é o vínculo existente com o Ministério da Saúde e com o  
275 Programa Nacional de Imunização. Disse saber do momento difícil com a quantidade de vacina da  
276 meningite, informando já o reforço de 108.000 doses, que estavam para chegar no Estado. Relatou que a  
277 partir de levantamento feito, constatou-se o uso de 88.000 doses/mês no Paraná, contrapondo-se às 66.000  
278 doses/mês recebidas ao longo dos últimos meses, fato que levou ao pedido do reforço. Tal levantamento foi  
279 possível devido aos registros feitos da vacina, o que exemplifica bem a necessidade deste processo. Beto  
280 disse entender que as equipes dos municípios sabem da importância do registro, mas, que enfrentam  
281 dificuldades para conseguir fazê-lo em todos os grupos em períodos de campanhas. Afirmou compreender  
282 as dificuldades apresentadas e reforçou a lentidão do sistema de registro como ponto a ser melhorado. Em  
283 seguida, passou a palavra ao Deputado Michele Caputo. **Michele** saudou os participantes da reunião,  
284 agradecendo e cumprimentando o Secretário Beto Preto e toda a equipe da SESA-PR. Lembrou que no dia  
285 1 de abril completou 34 anos como servidor da SESA-PR. Cumprimentou a presidente do COSEMS,  
286 Cristiane, as secretárias e secretários municipais de saúde e diretores de Regionais. Disse que tinha feito  
287 questão de estar presente na reunião para fazer esta saudação. Salientou seu respeito pelo fórum da  
288 Bipartite, afirmando ser, para ele, o fórum mais importante da saúde pública do Paraná. Lembrou que  
289 sempre esteve no executivo, na gestão da saúde, tendo circulado pela gestão municipal e, pelo Ministério  
290 da Saúde, e, colocou-se à disposição, agora atuando no legislativo do Estado. Desejou ao Secretário Beto e  
291 toda equipe da SESA sucesso na gestão. Afirmou que na Assembleia assumiu a presidência da Comissão  
292 de Assuntos Metropolitanos, na qual são discutidos muitos assuntos relacionados à saúde, e a vice-  
293 presidência da Comissão de Saúde, onde já apresentou 4 projetos: um deles contra o EAD acima de 20%  
294 para as graduações das profissões de saúde. Por fim, o deputado Michele salientou que dentre as 4 metas  
295 colocadas para saúde em 2019 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), está o enfrentamento à  
296 relutância em vacinar – considerou, assim, que a dificuldade em atingir metas de vacinação não se restringe  
297 a problemas estruturais em um ou outro local, mas, que deve levar em conta, também, essa campanha  
298 internacional que estimula a não vacinação. Destacou os efeitos desta campanha no Brasil – se em 2016 o  
299 Brasil foi considerado pela OPAS um país com controle quase total do sarampo, em 2018, após dois anos  
300 de diminuição significativa da vacinação, foram registrados mais de 11.000 casos da doença, tendo, naquele  
301 momento, até casos autóctones, o que aponta ainda mais a gravidade da situação. Agradecendo a  
302 oportunidade de estar na reunião da CIB, o deputado encerrou sua fala desejando sucesso a todos.  
303 **Cristiane** agradeceu a contribuição do deputado Michele. Em seguida, retomou a questão do registro  
304 nominal das vacinas e propôs que as equipes técnicas da SESA e COSEMS se reunissem logo em seguida  
305 à reunião da CIB para um alinhamento e definição de encaminhamentos. **O Secretário Beto** retomou a fala  
306 do Deputado Michele e chamou a atenção para a existência da campanha contra vacinação nas redes  
307 sociais, destacando a velocidade da informação no momento em que vivemos e, portanto, o cuidado e  
308 atenção que a saúde deve ter, em especial diante da vacina da influenza – segundo ele, uma das mais



309 atacadas por este movimento. Reforçou que a vacinação é um ato de cuidado e orientou que é a partir  
310 desta compreensão que se pode fazer enfrentamento ao movimento anti-vacina. Afirmou, ainda, que seria  
311 elaborada uma campanha publicitária para enfrentamento de *fake news* com relação ao tema e para  
312 mostrar a importância da vacina. Em seguida, passou a palavra para médica Acácia, da Superintendência  
313 de Vigilância em Saúde. **3.3. Mortalidade Materna e Infantil – SESA/SVS. Acácia** cumprimentou os  
314 participantes da reunião, saudando os componentes da mesa. Iniciou sua fala afirmando a importância de  
315 se conhecer o contexto e fatores que podem influenciar a mortalidade materna e infantil. Destacou que o  
316 Brasil apresenta a segunda maior taxa de cesáreas do mundo e que, por este motivo, as organizações tem  
317 trabalhado para redução deste número, porém, garantindo a realização das cesáreas quando realmente  
318 necessárias. Apontou que, segundo avaliação realizada em 2014, a média de cesáreas no Brasil era de  
319 52%, mas que, no setor privado, inclusive no município de Curitiba-PR, a média chegava a 100% de  
320 cesáreas em algumas instituições. No Paraná, afirmou, a taxa de cesáreas era de 61%. Relatou que em  
321 2015 a OMS fez uma campanha para que se utilizasse a classificação de Robson para definição da  
322 necessidade ou não de cesárea – esta classificação avalia número de filhos, número de fetos, se a  
323 gestação é única ou gemelar, a posição fetal, a idade gestacional, etc. Acácia disse que, diante da  
324 vulnerabilidade da mulher brasileira (devido a pressão alta, diabetes, aumento do peso) o índice indicado de  
325 cesáreas para o Brasil era de 29%. Com relação à propedêutica complementar da gravidez, informou que  
326 85% das mulheres paranaenses tiveram 7 consultas de pré natal – um número adequado de consultas, o  
327 que leva, portanto, ao questionamento sobre a qualidade delas, já que não foram atingidas as metas dos  
328 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para o ano de 2015 com relação à saúde materna, que era de  
329 redução da mortalidade materna em 75% em relação ao ano de 1990. Sobre a toxoplasmose, Acácia  
330 lembrou que vivemos em um país de clima tropical, com maior distribuição de gatos, que é o hospedeiro  
331 definitivo da doença. Retomou o ciclo da doença e as orientações e cuidados para prevenção da  
332 contaminação durante a gestação. Afirmou que o Paraná tem bom índice de diagnóstico de toxoplasmose  
333 na gestação em todos os trimestres, e que entre 2010 e 2018 houve aumento da incidência da doença,  
334 tendo sido registrado o número de 500 gestantes com toxoplasmose no estado em 2018 – a grande maioria  
335 diagnosticada no segundo e terceiro trimestre gestacional. Por isso, diante do número elevado de casos da  
336 doença em gestantes, reforçou a importância da avaliação e tratamento em equipe multiprofissional e de  
337 forma integral, trabalhando para redução deste número. Com relação à sífilis, contou que quando ainda era  
338 residente de medicina, há 20 anos atrás, a expectativa era de que não houvesse mais, dali em diante, casos  
339 de sífilis congênita, considerando-se, especialmente, o baixo custo e simplicidade do tratamento.  
340 Apresentou o número de 15/1000 gestantes com diagnóstico da doença no ano de 2018 – 54% delas tendo  
341 sido diagnosticadas no primeiro trimestre gestacional. A partir destes dados que mostram taxa de sífilis  
342 congênita acima do esperado e considerando que a grande maioria das gestantes paranaenses está no  
343 sistema de saúde e faz o acompanhamento pré natal com número adequado de consultas, levantou  
344 questões a respeito do diagnóstico e tratamento da sífilis para se buscar compreender a situação: “As  
345 mulheres tem tratamento adequado? É feito o tratamento para o parceiro da forma preconizada? Observa-  
346 se o não uso ou uso inadequado de penicilina?”(SIC). Acácia ressaltou a importância de se pensar estes



347 questionamentos para melhor condução da situação. Em seguida, apresentou os dados de mortalidade  
348 infantil. Inicialmente lembrou que a mortalidade infantil se refere à morte de crianças menores de 1 ano de  
349 idade e a mortalidade fetal, às situações em que a criança nasce sem nenhum sinal de vida, e que a taxa de  
350 mortalidade é calculada a partir do número de óbitos infantis dividido pelo número de nascidos vivos vezes a  
351 constante 1000. Afirmou que o objetivo para a mortalidade infantil era chegar a um dígito, mas, que ainda se  
352 observava elevada mortalidade infantil e fetal no estado. Mostrou que, embora o número absoluto de mortes  
353 infantis no Paraná tivesse diminuído, a taxa de mortalidade havia apresentado pequeno aumento em relação  
354 ao ano passado. Explicou que na avaliação de tais dados devia ser considerado que o sistema de registro  
355 de mortalidade é muito mais ágil que o sistema de registro de nascidos vivos e que, portanto, estes dados  
356 ainda não estavam totalmente atualizados. Em seguida, Acácia apresentou a taxa de mortalidade infantil  
357 conforme as Regionais de Saúde, apontando que Jacarezinho, Umuarama e Foz do Iguaçu apresentavam  
358 taxa maior que a do Paraná. Destacou a diferença significativa da taxa de mortalidade infantil entre as  
359 diferentes Regionais de Saúde, indicando, assim, a importância de uma atuação presente das equipes das  
360 Regionais e dos Municípios, de forma a bem conhecer suas realidades para subsidiar as decisões junto às  
361 suas populações. Acácia salientou que a taxa de mortalidade infantil se dá principalmente pela morte de  
362 crianças com menos de 7 dias de vida, o que indica que as maiores dificuldades enfrentadas estão  
363 diretamente relacionadas à atenção de pré natal e durante o parto. Elencou algumas das dificuldades  
364 apresentadas pelas mulheres durante a gestação e o parto e que podem interferir na mortalidade - gravidez  
365 tardia, maior existência de comorbidades, pressão alta, diabetes, lúpus – refletindo sobre as possibilidades  
366 que as equipes tem para lidar com tais situações, assim como, sobre a qualidade do atendimento ofertado,  
367 a vinculação das gestantes com os serviços de saúde, a adequação da estratificação de risco e dos  
368 encaminhamentos para alto risco. Com relação à mortalidade das crianças após 28 dias de vida, propôs a  
369 reflexão sobre a qualidade da atenção nas UTIs, assim como, a qualidade do processo de imunização,  
370 ressaltando que o Paraná não tem conseguido atingir suas metas de vacinação, o que interfere nas taxas  
371 de mortalidade infantil. Reforçou que a vacinação precisa ser estimulada pelas equipes de saúde, que  
372 devem, inclusive, trabalhar com busca ativa, resgatando as famílias que não fazem este acompanhamento  
373 nas Unidades de Saúde. Acácia apontou, ainda, as doenças do aparelho respiratório, como as pneumonias,  
374 e as questões alimentares e de cuidados de higiene, como fatores que influenciam a mortalidade de  
375 crianças a partir de 1 ano de idade. Sobre a idade gestacional, mostrou que em torno de 26% dos óbitos  
376 acontecem após a 37ª semana gestacional – fato que alerta para o acompanhamento e orientação que tem  
377 sido feitos às gestantes, o que inclui a atenção na Estratégia Saúde da Família. Reforçou que o  
378 acompanhamento deve ser multidisciplinar e focado na mulher. Acácia apresentou, ainda, dados que  
379 mostram que fetos e crianças com peso adequado estão morrendo, que com relação à raça/cor a maior taxa  
380 de mortalidade se dá na cor negra, e, com relação à idade, disse que mães muito jovens ou muito velhas  
381 tem maior número de perdas: as mais novas por conta da biologia da mulher, que não está totalmente  
382 formada, por vezes, da dificuldade com a estrutura familiar em algumas vezes e com suporte  
383 socioeconômico, situações em que a mãe esconde a gestação e não faz acompanhamento pré natal  
384 adequado; as mais velhas, por conta de doenças que interferem na qualidade da saúde durante a gestação.



385 Com relação à escolaridade, os dados apontam maior risco para as mães com menos de três anos de  
386 escolaridade, o que implica em maior dificuldade de compreensão das orientações e da necessidade de  
387 acompanhamento da gestação, interferindo no cuidado durante a gestação e com a criança após o  
388 nascimento. Acácia mostrou, ainda, que 60% dos óbitos tinham ocorrido entre a 22ª semana de gestação e  
389 o 7º dia após o parto, devido, principalmente, à causas relacionadas diretamente à gravidez e ao parto,  
390 seguidas das malformações. Salientou que os casos de malformações devem levar a pensar nas condições  
391 clínicas da mulher que podem causar malformações fetais na criança. Por fim, sobre a evitabilidade da  
392 mortalidade infantil, Acácia disse que muitos dos casos que são auditados ficam inconclusivos por não ter  
393 todos os dados concretos, mas, que dos casos concluídos, a maior parte da mortalidade infantil se deve à  
394 atenção ao pré natal e ao parto. Na sequência, apresentou os dados da mortalidade materna – explicou,  
395 inicialmente, que tais dados eram calculados a partir do número de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10  
396 a 49 anos) dividido pelo número de nascidos vivos vezes a constante de 100.000. Afirmou que os dados da  
397 mortalidade materna refletem a realidade socioeconômica, a qualidade de atenção à saúde ofertada à  
398 mulher e o nível de saúde da população. Ainda, que identifica o risco de uma mulher morrer durante a  
399 gestação. Acácia reafirmou que as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não foram atingidas  
400 até 2015, que a razão de mortalidade materna no mundo está em torno de 270/100.000 e que o objetivo  
401 proposto pela OMS é que se alcance a razão de 70/100.000 até o ano de 2030. Para o Brasil a meta é que  
402 a razão fique menor que 20/100.000, porém, Acácia afirmou que provavelmente a meta não será atingida e  
403 a perspectiva é que se chegue a 30/100.000 no país. No Paraná foram registrados 54 casos de mortalidade  
404 materna no ano de 2018 e até o momento, 17 casos em 2019. Tanto em 2018 como neste período inicial de  
405 2019 a razão de mortalidade é considerada média (segundo a OPAS a razão média está entre 20 e  
406 49/100.000). A perspectiva, explicou, é de redução desta razão quando forem computados os dados de  
407 nascidos vivos. Mostrou a diferença das taxas de mortalidade materna entre as Regionais de Saúde,  
408 apontando a alta taxa na Regional de Telêmaco Borba. Considerando a faixa etária das mulheres, Acácia  
409 mostrou a diminuição da mortalidade materna entre as adolescentes, o que indica melhor trabalho de  
410 planejamento familiar. Disse que as mortes maternas no Paraná estão ligadas à gravidez e suas  
411 complicações – omissões, negligências, tratamentos incorretos e às causas indiretas, que incluem as  
412 doenças prévias que se agravam durante a gestação (por exemplo doenças do aparelho circulatório, AVC  
413 hemorrágico, doenças do aparelho respiratório). Dentre as principais causas da mortalidade materna no  
414 Estado, apontou a hemorragia pós parto e a hipertensão durante a gestação. Continuou apresentando os  
415 dados que mostram que a maioria das mulheres morre após o parto em até 42 dias e, apresenta baixa  
416 escolaridade. Acácia explicou que a maioria das mulheres com fator de risco não terá problemas durante o  
417 parto, e a maioria das complicações graves ocorre em mulheres sem fatores de risco conhecidos, o que  
418 indica a importância de dar atenção à queixa das mulheres. Seguiu contando que a partir de estratificação  
419 de risco feita, foi constatado que 32 mulheres que morreram tinham algum fator de risco e a grande maioria  
420 delas estava no local adequado de referência para o parto. **O Secretário** afirmou que o assunto tratado era  
421 de grande relevância e propôs que a questão da mortalidade materna fosse repensada pelas Regionais  
422 junto aos Municípios e, depois, pelo Estado como um todo. Sugeriu que fosse feito um momento de reunião



423 das equipes que trabalham na atenção à saúde materno-infantil em que os dados da mortalidade e das  
424 morbidades no período gestacional (toxoplasmose, sífilis, assim como uso de drogas) pudessem ser  
425 revistos e analisados, tratando caso a caso as situações diferentes. **Cristiane** concordou com a proposta do  
426 Secretário, afirmando a necessidade de revisar as estratégias que vem sendo utilizadas para redução da  
427 mortalidade materno-infantil, como por exemplo, o Near Miss, para definir, então, a continuidade ou não  
428 destas práticas, de forma a manter o monitoramento regional e macrorregional da mortalidade e dos fatores  
429 de risco para mortalidade. Reforçou a importância de, nesta revisão, considerar as diferenças regionais para  
430 o monitoramento e para definição de estratégias para redução da mortalidade materno-infantil. Então,  
431 corroborou com a proposta de encaminhamento feita pelo Secretário e sugeriu que já fosse definida a  
432 agenda para a reunião do grupo para o trabalho. **Acácia**, retomando a fala do Secretário, disse que a ação  
433 era uma estratégia para prevenção da mortalidade das mulheres pelas mesmas causas. **Isabel**, Secretária  
434 Municipal de Saúde de Alto Paraná, se apresentou dizendo que havia trabalhado na Regional à frente do  
435 “Mãe Paranaense”, e então, colocou a angústia de sua equipe e dos gestores de sua região diante das  
436 dificuldades de encaminhamento das gestantes que tem o diagnóstico de malformação cardíaca dos bebês,  
437 apontando a necessidade de bem definir os serviços de referência para que as gestantes sejam melhor  
438 orientadas. **3.4. Febre Amarela – SVS/SESA. Acácia** primeiramente lembrou que a Febre Amarela é uma  
439 doença infecciosa, febril e aguda, e que, de forma geral, a febre aparece em um período de até 7 dias,  
440 associada a náusea, vômito, dor no corpo, e em pessoas com história prévia de não estar vacinada ou estar  
441 vacinada há menos de 10 dias e ter estado em área de risco para Febre Amarela (área rural, matas, rios,  
442 cachoeiras) nos últimos 15 dias. Disse que a Febre Amarela é a infecção mais grave transmitida por  
443 mosquitos nos trópicos e que a vacina, existente desde a década de 30, é eficaz. Porém, ressaltou que no  
444 mundo muitas pessoas não são vacinadas. Lembrou que antigamente no Brasil eram vacinadas apenas as  
445 pessoas que iam para a região amazônica, o que depois se estendeu para outras partes do Brasil e então, a  
446 partir de julho de 2018, a 1ª e a 2ª Regional de Saúde do Paraná foram consideradas áreas de  
447 recomendação da vacina da Febre Amarela. Destacou que tanto em São Paulo como no Paraná a maioria  
448 dos casos de Febre Amarela acometem homens jovens não vacinados que trabalham em área de risco,  
449 salientando a importância da vacinação a este público. Reforçou que como a doença é transmitida por  
450 mosquito silvestre, idas a parques, área rural, praia e mata fechada são consideradas situações de risco.  
451 Acácia retomou o ciclo da doença: o mosquito pica o macaco contaminado, que se contamina e ao picar o  
452 homem, contamina o homem. Assim, esclareceu, o fumacê, como foi feito em Antonina, é usado para evitar  
453 que este ciclo urbanize: que o mosquito *Aedes* pique o homem contaminado e transmita para outro homem.  
454 Afirmou que, desta forma, evita-se a Febre Amarela Urbana, que não existe desde 1942. Destacou que a  
455 prevalência da doença se dá nos meses de novembro a maio, com alguns casos em junho, e que os  
456 sintomas da Febre Amarela são inespecíficos, colocando a necessidade de fazer diagnóstico diferencial  
457 com outras doenças, como por exemplo gripe e dengue. Apontou que em 2019 houve 271 notificações da  
458 doença e 13 casos confirmados, com um óbito de uma pessoa de 64 anos, que trabalhava em área rural e  
459 não havia sido vacinada devido a comorbidade controlada – epilepsia, o que, segundo Acácia, não deveria  
460 ter impedido a vacinação. Dentre os locais com maior número de notificações, Acácia citou Paranaguá,



461 Curitiba e São José dos Pinhais. Apontou, ainda, as 5 notificações de macacos mortos – epizootias, no  
462 estado do Paraná: nos municípios de Antonina, Morretes, Paranaguá, Castro e São José dos Pinhais.  
463 Reforçou que não se deve matar macacos, mas, ao identificar macacos mortos – um evento sentinela que  
464 pode ser indicativo de que o vírus está circulando naquela região, a orientação é notificar a autoridade  
465 sanitária competente. Com relação aos corredores ecológicos, Acácia explicou que, observando os casos  
466 diagnosticados em São Paulo e buscando se antecipar à chegada do vírus no Paraná, a equipe da SESA-  
467 PR usou georreferenciamento para avaliar por onde o vírus poderia chegar no Estado – foram analisadas  
468 algumas rotas, que levavam ao litoral e à 3ª Regional de Saúde, onde o vírus já chegou no final de  
469 março/2019. Apontou as regiões de baixa altitude como locais de maior circulação do vírus. Apresentou,  
470 então, as áreas de epizootias no Paraná, que precisam estar vacinadas até maio/2019: Lapa, Rio Negro,  
471 Tibagi, Ventania, Carlópolis. Lembrou que a partir de Agosto algumas regiões do Paraná apresentam climas  
472 mais quentes e, portanto, tende a ter mais pessoas viajando no Estado, e, em seguida mostrou os  
473 municípios que precisam estar atentos e protegidos contra Febre Amarela no 2º semestre: Telêmaco Borba,  
474 Prudentópolis, Ipiranga, Rio Azul, Irati, São Mateus do Sul. Sobre a área de Curitiba e região Metropolitana,  
475 afirmou menor chance de circulação viral em função do clima, porém, destacou que se houverem mudanças  
476 na circulação do vírus, a região também pode ser acometida, e, por isso, disse que é preciso estar em  
477 estado de alerta e a população, vacinada. Ao apresentar os dados da cobertura vacinal para Febre Amarela  
478 para menores de 1 ano no estado do Paraná, indicou melhora nos números neste ano de 2019. Com  
479 relação ao enfrentamento, afirmou que a equipe da vigilância de saúde está permanentemente em campo, e  
480 citou algumas estratégias utilizadas pelo Estado: a pesquisa entomológica (avaliação dos mosquitos, se os  
481 mosquitos que estão circulando pela área periurbana e urbana estão contaminados pelo vírus da Febre  
482 Amarela), a parceria feita com o Instituto Ambiental do Paraná (inicialmente foram fechados os parques, o  
483 que não surtiu muito efeito, já que as pessoas não respeitavam as áreas de proibição, e então, optou-se  
484 depois, pelo uso de placas de orientação dentro dos parques para vacinação e uso da proteção mecânica –  
485 repelente, roupas compridas), o controle dos vetores através do fumacê e armadilhas para os mosquitos,  
486 parceria com a Universidade Federal do Paraná para melhor e maior identificação dos primatas não  
487 humanos contaminados, capacitação dos técnicos das 22 Regionais de Saúde, parceria com o Ministério da  
488 Saúde e equipe de apoio no nível central da SESA-PR, orientação à população para notificação dos  
489 macacos para as autoridades, monitoramento rápido da cobertura vacinal, busca ativa de não vacinados, a  
490 realização de visitas *in loco* para elaboração de estratégias adequadas à cada região, integração de equipes  
491 e áreas dentro e fora da SESA-PR, implantação de um centro de operações estratégicas que diariamente  
492 conversa com as Regionais e os municípios, alerta epidemiológico, capacitação das equipes e elaboração  
493 de fluxograma para reconhecimento e tratamento da Febre Amarela e participação junto a Conselhos para  
494 orientação dos profissionais de saúde. Acácia destacou, ainda, que o Lacen incluiu o RT e PCR para Febre  
495 Amarela. Salientou a força tarefa em Ponta Grossa com a realização de 100.000 vacinas para Febre  
496 Amarela. Esclareceu que o site da SESA-PR disponibiliza orientações e informações sobre a doença, com  
497 emissão de boletins epidemiológicos semanais. Acácia informou que a Nota Informativa nº 94 do Ministério  
498 da Saúde e a Nota Técnica nº 02 da SESA-PR orientam sobre como fazer a vacinação. Disse, ainda, que,



499 conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a dose da Vacina Amarela é única, e informou que oferece  
500 proteção de 95% contra a doença. Reforçou que em áreas de risco é necessário vacinar pessoas acima de  
501 60 anos, mesmo aquelas que tenham comorbidades sob controle, e as gestantes em qualquer tempo da  
502 gestação, independente do trimestre, já que o risco de ter a doença é maior que o risco relativo da vacina  
503 contra Febre Amarela. De forma geral, lembrou que devem ser vacinadas as pessoas de 9 meses a 59 anos  
504 de idade, ressaltando que as mulheres que amamentam e cujos bebês tem menos de 6 meses de idade e  
505 estão em área de risco, devem interromper a amamentação por um período de 10 dias, porém, cuidando  
506 para manter a estimulação para continuidade da amamentação na sequência, compreendendo a  
507 importância dela para o desenvolvimento infantil. Já as pessoas portadoras de doenças que afetam o  
508 sistema imunológico ou de doenças crônicas, ou em uso de medicamentos que afetam o sistema  
509 imunológico, devem passar por avaliação médica para prescrição ou não da vacina. Acácia informou que  
510 havia quantidade suficiente de vacinas para atender a população do Estado e orientou que as equipes não  
511 esperassem o estoque acabar para informar a necessidade de maior número de vacinas, pois a partir da  
512 solicitação seria possível remanejar as vacinas para bem atender todo o Estado. **Cristiane** informou que por  
513 uma reorganização da reunião, o item 3.7 da pauta seria apresentado em seguida, antes dos outros. **3.7.**  
514 **Acompanhamento do Teto MAC do Paraná – SGS/SESA. Maísa Mendes** se apresentou dizendo que  
515 trabalhava na SGS, na equipe da Juliana Eggers, com o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade –  
516 Teto MAC. Explicou que o objetivo de sua apresentação era mostrar, rapidamente, como era composto o  
517 Teto MAC do Estado e dos Municípios. Afirmou que o limite financeiro disponível para custeio de ações e  
518 serviços do Bloco do Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é  
519 transferido aos estados e municípios de forma automática Fundo a Fundo, e, observando os atos  
520 normativos específicos referentes a cada bloco e a cada referência constante da Programação Pactuada e  
521 Integrada da Assistência à Saúde, o que inclui os incentivos de INTEGRASUS, IAPI, CEO, SAMU, CEREST,  
522 HPP e eventuais recursos excepcionais. Continuou explicando que o Sistema de Controle do Limite  
523 Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAL, do Ministério da Saúde, tem o objetivo de auxiliar o  
524 gestor do SUS a acompanhar a evolução dos recursos federais destinados ao cofinanciamento de ações e  
525 serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Maísa destacou que os recursos do  
526 FAEC, assim como os descontos relativos aos hospitais universitários, amortização de empréstimos  
527 consignados e outros, não constam no SISMAL, e que os valores registrados no SISMAL servem como  
528 uma programação, mas, não coincidem necessariamente com os valores dos depósitos realizados pelo  
529 Fundo Nacional de Saúde, porque algumas portarias são parcelas adiantadas ou são parcelas retroativas.  
530 Informou que estão registradas no SISMAL, pelo Ministério da Saúde, todas as “portarias que  
531 entraram”(SIC) desde 2002, e que cabe ao Estado incluir no Sistema as informações de transferência do  
532 Limite MAC dos Municípios e da Gestão Estadual, que são deliberadas na CIB. Saliu que as  
533 informações estaduais são enviadas ao Ministério da Saúde/DERAC com antecedência de um mês da  
534 Publicação da Portaria de Remanejamento de Limite Mensal, exemplificando que se o estado recebesse a  
535 informação do que foi deliberado em CIB até o dia 20/03/19, seria encaminhado ao Ministério da Saúde  
536 para competência abril/2019 e o repasse de recursos se daria até o dia 10/05/2019. Em seguida, Maísa



537 mostrou a página de entrada do SISMAC e o link para acesso, disponível a todos os interessados. Depois,  
538 apresentou os dados de evolução do Limite MAC no Paraná, indicando pequena evolução do Teto MAC  
539 desde 2002. Com relação ao Limite MAC do Estado, Maísa explicou que dentro da Gestão Estadual estão  
540 323 municípios, com população de 6.362.769 habitantes, o que significa que 56,2% da população do  
541 Paraná está dentro da Gestão Estadual. Por sua vez, na Gestão Plena, apontou o quantitativo de 76  
542 municípios, responsáveis por 4.958.123 de habitantes, concluindo que a maior concentração da população  
543 está sob Gestão Estadual. Neste sistema, afirmou, consegue-se todo o controle das contas, que estão  
544 atualizadas. Mostrou que no Paraná o Limite MAC da Gestão Estadual Anual era de R\$ 1.066.353.723,83 e  
545 Mensal de R\$ 88.862.810,32, valor que representa 39% do total que é repassado ao Estado do Paraná.  
546 Maísa apresentou, em seguida, tabela com os dados do Limite MAC da Parcela 02/2019, referência  
547 janeiro/2019, repassada à Gestão Estadual, com os valores específicos de assistência ambulatorial,  
548 assistência hospitalar, ajustes, incentivos permanentes de custeio, além dos valores do Fundo Estadual que  
549 estão sob Gestão Municipal e do Fundo Municipal que estão sob Gestão Estadual, tudo totalizando  
550 R\$ 88.862.810,32. Os dados sobre a Produção nos Sistemas de Informação, que incluem referência  
551 ambulatorial e hospitalar, totalizam R\$ 97.471.179,73, concluindo, assim, que o estado recebe menos do  
552 que gasta, o que significa um déficit de 9%. Então, Maísa apresentou um breve resumo dos  
553 pagamentos/despesas mensais: Produção Ambulatorial R\$ 27.681.630,00, Produção Hospitalar  
554 R\$ 45.042.318,70, Contratualizados POA R\$ 31.489.006,32, Rede de Urgências R\$ 7.609.519,78, Rede  
555 Cegonha R\$ 1.426.677,22, Hemoterapia R\$ 558.805,00, Custeio de Leitos de AVC R\$273.943,33, HPP  
556 R\$ 161.576,00, Residência Médica R\$ 131.000,00, Unidade de Cuidados Continuados R\$ 129.030,00,  
557 100% SUS R\$ 100.851,58, IntegraSUS R\$ 42.900,08, Outros Contratos R\$ 550.720,43, Incremento  
558 Temporário/Emenda Parlamentar R\$ 1.150.000,00, somando uma despesa de R\$ 116.347.978,44 mensal  
559 no mês de janeiro/2019, e em contrapartida, a entrada de Recursos do Fundo Nacional de Saúde e os  
560 Incrementos Temporários que o estado recebe de Portarias para depois repassar aos municípios, que  
561 somaram na competência de Janeiro/2019 o total de R\$ 91.376.608,82. Assim, Maísa apontou o valor  
562 negativo de R\$ 24.971.369,62, que é inteirado com recursos de outras fontes. Encerrou sua apresentação  
563 deixando os contatos de sua área à disposição. **O Secretário** explicou que havia pedido a inclusão deste  
564 item na pauta para, de forma clara, expor situações que precisam ser encaradas “olho no olho”(SIC) nos  
565 próximos meses. Citou a situação dos consórcios de saúde do PR, em que o menor investimento dos três  
566 entes (Município, Estado e União) é do Estado. Ressaltou que os consórcios de saúde da atenção  
567 especializada deveriam ter uma forte contribuição do Estado, porém, que o investimento quase total tem  
568 sido feito pelos próprios municípios. Afirmou que anualmente o Estado investe 30 milhões de reais nos  
569 consórcios de saúde, e chega a 1 bilhão e 150 milhões por ano de Média e Alta Complexidade. Disse,  
570 ainda, que a Fonte 100 do governo do Estado, em vez de ser usada para complementar outras ações para  
571 os municípios, tem sido usada para pagar algumas contas de produção e de incentivos de mais ou menos  
572 350 milhões de reais ao ano. A partir disso, o Secretário propôs algumas reflexões: por que falta dinheiro  
573 para Regionalizar e/ou para investir mais na microrregião ou no consórcio de saúde? Disse que gostaria de  
574 deixar este assunto latente, para que fosse feito acompanhamento atento dos tetos financeiros – tanto do





575 Estado como dos Municípios em gestão plena. Reforçou que o recurso é público e, portanto, a questão  
576 precisa ser discutida de forma transparente. Citou, em seguida, o gasto de 207 milhões de reais no ano de  
577 2018 em judicialização de medicamentos, propondo que se conseguissem diminuir este gasto à metade e  
578 fosse investido os 90 milhões (que “sobrassem”) nos consórcios, aumentar-se-ia de 1 para 4 a parte de  
579 entrada financeira do Estado para os consórcios de saúde. Com este exemplo, disse que a proposta era de  
580 que se fizesse uma reflexão do gasto público em saúde. Citando outro exemplo, relatou que na segunda-  
581 feira antes da reunião, o Estado havia recebido uma recomendação do Ministério Público solicitando que o  
582 Paraná fornecesse ácido fólico e sulfato ferroso para determinado paciente. A partir disso, falou da  
583 importância de se estender e padronizar a discussão, já que o Estado fornece medicamentos bastante  
584 caros, que, talvez os municípios onde os pacientes que recebem estes medicamentos residem nem  
585 acompanhem essa discussão que chega à SESA/PR. Afirmou que é importante a participação dos  
586 secretários municipais de saúde nesse processo, para que acompanhem de perto as situações e  
587 encaminhamentos. Em seguida, o Secretário relatou o exemplo da oxigenoterapia no município de  
588 Apucarana, onde a partir da auditoria feita, descobriu-se que não havia controle dos processos e que 20%  
589 dos pacientes já haviam deixado de usar o oxigênio por não ter mais necessidade ou mesmo porque alguns  
590 pacientes já haviam falecido. Salientou a importância de se unirem, Estado e Município, para aprimorar a  
591 performance do gasto público em saúde. Afirmou que não haveria acréscimo de dinheiro, destacando,  
592 inclusive, a possibilidade de diminuição dele, o que justificaria ainda mais a necessidade da união entre os  
593 entes para melhorar o gasto público em saúde. Afirmou que o “estouro do teto”(SIC) acontece porque o  
594 Estado paga serviços, que sabe-se que são necessários, em municípios que estão sob a gestão Estadual,  
595 mas, também auxilia alguns serviços da gestão plena. Como exemplos, citou o caso dos serviços de Saúde  
596 Mental, para os quais existe uma tabela sendo paga pelos Municípios gestão plena que o Estado  
597 complementa; e dos leitos de UTI, cujo custo o Estado também complementa. Por fim, reforçou que é  
598 preciso melhorar a performance do gasto em saúde, e afirmou que apesar do recurso significativo dado à  
599 saúde do Estado, a percepção do cidadão é de que a saúde precisa de ajustes, e como já dito, sugeriu que  
600 a própria Comissão Intergestores Bipartite precisaria discutir como fazer isso, de forma a diminuir a  
601 discrepância de valores gastos, criando um ponto comum de entendimento para tentar comprar serviços de  
602 melhor performance com os recursos do SUS. Concluindo sua fala, o **Secretário** informou que precisaria se  
603 ausentar da reunião porque participaria de outra no Tribunal de Contas. **Cristiane** disse que era bom saber  
604 desta disposição do Estado, já que os municípios compartilhavam das mesmas angústias. Reforçou que a  
605 proposta discutida pelo Secretário era a mesma proposta pelo Planejamento Regional Integrado – PRI para  
606 que seja feita em todas as regiões e municípios, já que atualmente o investimento realizado pelo município  
607 é muito maior que o do Estado e da União. Concordou que é preciso rever, inclusive, os investimentos feitos  
608 pelos municípios, citando como exemplo a existência de hospitais que “não precisariam estar abertos”(SIC),  
609 ressaltando, porém, que para isso seria necessário pensar em outras possibilidades com a finalidade de que  
610 os municípios pudessem ampliar os horários de atendimento da atenção básica, com aumento do  
611 financiamento estadual e federal. Citou a Portaria, em processo de aprovação, que previa a extensão dos  
612 horários de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, com aumento do repasse de recursos federais



613 para estas Unidades. Levantou a questão de que manter um hospital aberto em município de pequeno porte  
614 era muito mais caro que manter uma Unidade Básica aberta com horário estendido, e que, esta última  
615 resolveria, por vezes, muito mais problemas que o Hospital, que gasta muito mais. Afirmou o interesse dos  
616 municípios em fazer esta discussão, que está, também, proposta pelo PRI. Destacou que avaliar o processo  
617 de saúde implica em avaliar não apenas a Média e Alta Complexidade (MAC), mas, também, a Atenção  
618 Básica e sua organização, o que faz parte do planejamento da MAC. Explicou que muitos atendimentos  
619 feitos pelos Consórcios não seriam demandas, de fato, de Média e Alta Complexidade, e que poderiam ser  
620 atendidas pela Atenção Básica se ela estivesse melhor qualificada. Disse que assim como o Estado, o  
621 COSEMS está interessado nesta discussão, motivo pelo qual tem participado ativamente do processo de  
622 PRI. Retomou o exemplo citado pelo Secretário sobre a oxigenoterapia, afirmando que a partir de  
623 levantamento feito em julho/2018 em 40% dos municípios do Paraná, observou-se que 75% dos serviços de  
624 oxigenoterapia são custeados pelos municípios. Confirmou a observação do Secretário de pouco controle  
625 sobre os serviços, com situações em que o paciente já faleceu e o aparelho continua com a família, sendo  
626 custeado pelo Estado. Cristiane apontou também que foi retomado na Câmara Técnica a discussão de  
627 centralizar as Centrais de Regulação nas quatro Macrorregiões de Saúde, o que seria uma forma de reduzir  
628 os custos do Estado e dos Municípios com a Urgência e Emergência. Na sequência, citou como dificuldade  
629 na utilização do recurso financeiro a situação do glaucoma, já que alguns municípios não tem referência  
630 para o atendimento/tratamento, e tem prestadores de serviços que recebem o recurso mas não  
631 disponibilizam o colírio para os pacientes. Então, Cristiane disse ao Secretário que o Estado poderia contar  
632 com o COSEMS neste processo de aprimorar os gastos públicos em saúde, ressaltando que o COSEMS já  
633 tem alguns levantamentos feitos que podem auxiliar na direção a ser tomada. **3.5. Dengue – SVS/SESA.**  
634 **Ivana** iniciou sua fala dizendo que a Dengue havia voltado. Lembrou que os gestores municipais que  
635 iniciaram seu trabalho na última gestão, exceto os que foram reeleitos, não tinham vivenciado ainda o  
636 enfrentamento de situação de epidemia de Dengue. Afirmou que após dois anos de calma, o Estado vivia  
637 um momento de aumento significativo da doença devido à introdução do DEN-2, com 40% de circulação.  
638 Sugeriu que os municípios que tem tido aumento, conversassem com os gestores municipais que  
639 enfrentaram a epidemia anteriormente. Reforçou que era preciso trabalhar com o que era possível enfrentar.  
640 Relatou que na segunda-feira, durante a reunião da Câmara Técnica, foi apresentado o número de 1.500  
641 casos de Dengue e naquele momento da reunião da CIB, o Estado já contava com 2.000 casos. Apontou o  
642 aumento de 30% no número de casos no prazo de uma semana e salientou a previsão de continuidade do  
643 aumento até o mês de maio/2019. Reforçou, assim, a importância do trabalho dos municípios no  
644 enfrentamento ao vetor. Apresentou então os dados que mostravam 10 municípios do Paraná em situação  
645 de epidemia e 7 municípios em estado de alerta. Destacou ainda o aumento significativo de casos graves no  
646 Estado (totalizando 11 casos e 2 óbitos até aquele momento) e 56 casos com sinais de alarme,  
647 principalmente devido à mudança da circulação viral de um sorotipo para outro. Mostrou que a infestação no  
648 Paraná atingia praticamente todo o Estado, com muitas regiões em epidemia ou situação de alerta.  
649 Reforçou a necessidade do trabalho de mobilização social nos municípios para remoção de criadouros (dos  
650 quais podia-se tipificar: 40% sendo lixo, 30% potes, garrafas e recipientes que acumulam água e são

651 removíveis e 9% pneus, o que significava que 80% dos criadouros podiam ser extintos). Ivana apresentou,  
652 na sequência, a lista dos mais de 70 municípios com índice de infestação acima de 4, e a lista dos 10  
653 municípios (distribuídos por todo o Estado) que não fazem qualquer tipo de monitoramento. Destacou o  
654 trabalho da 2ª Regional de Saúde, com melhora no monitoramento da Dengue, reforçando a importância de  
655 zerar a lista de municípios que não fazem o monitoramento, para que todo o Estado esteja monitorando a  
656 doença. Informou que o não repasse de informações sobre o monitoramento leva ao corte dos recursos,  
657 explicando que os 10 municípios citados tem, portanto, risco de corte do piso fixo da vigilância. Citou, por  
658 fim, 7 casos importados de Chikungunya e 1 caso autóctone de Zika Vírus em Foz do Iguaçu. Sobre o risco  
659 associado, apontou as regiões de calor – norte, oeste e litoral com risco para Dengue. **3.6. Meningite –**  
660 **SVA/SESA. Renato Lopes**, enfermeiro, Coordenador da Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
661 – doenças imunopreveníveis para as quais existe vacina, afirmou que a Meningite é uma das doenças  
662 infecciosas que mais causa temor na população, salientando, porém, que nem todas as meningites são  
663 casos graves. Com relação à meningite bacteriana, a meningocócica, explicou que a colonização é  
664 orofaríngea a partir de bactérias que entram no sangue e fazem a infecção das meninges que envolvem o  
665 sistema nervoso. As meningites virais por sua vez, explicou, são mais brandas e apresentam melhor  
666 evolução. Sobre as meningites fúngicas, Renato afirmou que acometem principalmente os  
667 imunossuprimidos, em especial, soropositivos. Disse que para a saúde pública a maior preocupação é a  
668 meningocócica, destacando que a maioria dos pacientes acometidos pela meningite bacteriana são as  
669 crianças, ainda que adultos e idosos também estejam suscetíveis. A letalidade, explicou, está ligada à idade  
670 mas, também, ao prognóstico, que depende da rapidez do diagnóstico e tratamento. A partir disso, Renato  
671 falou da importância dos municípios de sensibilizar os profissionais do atendimento da ponta para os sinais  
672 precoces da meningite, para que se tenha celeridade no processo de diagnóstico, o que impacta  
673 diretamente na letalidade. Afirmou que o ideal é que a doença seja diagnosticada logo ao aparecimento dos  
674 primeiros sintomas, já que, quando diagnosticada posteriormente, o prognóstico é pior. Lembrou os  
675 sintomas – vômito em jato, cefaleia intensa, rigidez de nuca e a aversão à luz/fotofobia. Afirmou que em  
676 crianças muito pequenas, menores de 1 ano de idade, o diagnóstico é mais difícil porque a sintomatologia  
677 não é clássica, podendo inclusive, não apresentar febre e ter hipotermia se estiver evoluindo para sepse,  
678 além de ter outros sintomas como: choro anormal, irritabilidade, abaulamento da fontanela. Renato afirmou  
679 que o aparecimento de petéquias, que variam de tamanho e localização, agiliza o diagnóstico, já que está  
680 relacionado à meningococcemia. Explicou que trata-se de um quadro de evolução rápida com período de  
681 horas para evolução para o óbito, o que coloca a necessidade de um diagnóstico rápido – por isso a  
682 importância da qualificação da equipe da ponta, em especial em período de maior frequência de outras  
683 doenças com febre e cefaleias. Renato ressaltou que o município que atende meningite precisa ter  
684 laboratório qualificado para execução do quimiocitológico do liquor, exame que é utilizado para o  
685 diagnóstico. Ainda, afirmou que, conforme já orientado ao longo dos últimos seis anos em quatro  
686 capacitações realizadas pela SESA-PR, os hospitais que atendem pacientes com meningite precisam ter o  
687 “kit meningite”, fornecido pelo Lacen e que possibilita a cultura e o PCR do liquor. Com relação à prevenção,  
688 explicou que algumas meningites tem calendário de vacina, e salientou a importância da higienização e da



689 manutenção dos ambientes bem ventilados. A quimioprofilaxia é feita apenas para pessoas que tiveram  
690 contato íntimo com o paciente, já que a doença não é transmitida pelo ar, buscando erradicar o portador.  
691 Sobre as vacinas oferecidas pelo SUS citou a Meningo C, a Pneumo 10-Valente, a Penta e a BCG e na  
692 Rede Privada, a Conjugada ACWY, Meningo B e Pneumo 13-Valente. Renato destacou que, diferentemente  
693 do que era dito pela mídia, o Estado não estava em surto nem em epidemia de meningite, mas, que a  
694 meningite no Brasil e no Paraná era uma doença endêmica e que todos os anos são diagnosticados entre  
695 1.300 e 1.600 casos e aproximadamente 100 óbitos. Apontou que em 2019, até aquele momento,  
696 somavam-se 318 casos e 23 óbitos. Comparando os períodos de janeiro a 30/março dos anos de 2018 e  
697 2019, Renato mostrou que em 2018 houveram 369 casos e 22 óbitos e em 2019, 318 casos e 23 óbitos –  
698 números bastante próximos, o que mostra que não há epidemia. Por fim, citou que a prevalência todos os  
699 anos é de meningite viral, seguida das outras bacterianas e da meningococemia. Renato mostrou o  
700 número de 55 casos/ano de meningococemia nos últimos três anos (2016, 2017, 2018), e em 2019 o  
701 número de 12 casos até aquele momento, porém, com 5 óbitos já registrados. Com relação aos sorogrupos,  
702 a prevalência do sorogrupo C, seguido do B, porém, em 2019 o sorogrupo B estava prevalecendo em  
703 relação ao C. Renato esclareceu que o caso do óbito do neto do ex presidente Lula, que foi noticiado como  
704 caso de meningococemia e assustou a população, não se tratava, de fato, de meningite, mas, de uma  
705 sepse. Cristiane informou a inclusão de mais um item que não estava previsto na pauta: **3.7. Sistema de**  
706 **Infecção Latente e Tuberculose.** **Juliana**, enfermeira da Divisão DST/Aids, TB e Hepatites Virais,  
707 parabenizou a 5ª e a 9ª Regionais de Saúde, que devido ao Dia Mundial de Combate à Tuberculose (24 de  
708 março), realizaram ações visando o combate. Informou que no ano de 2018 houve aumento da tuberculose  
709 no Paraná, tendo sido registrados 21,2 casos/100.000 habitantes, em comparação com 18,3 casos/100.000  
710 habitantes no ano de 2017. No Brasil, em 2018, foram registrados 34,8 casos/100.000 habitantes. Lembrou  
711 que o foco do Programa Nacional de Combate à Tuberculose do Ministério da Saúde em 2018 foram os  
712 contatos – a notificação dos contatos da tuberculose faz com que haja quebra na cadeia de transmissão da  
713 doença. Juliana lembrou que em 2014 foi criado na SESA/PR, pela Dra Betina e Dra Andreia, o TILTB, um  
714 sistema que faz a notificação desses contatos, porém, devido à dificuldade no suporte da informática  
715 enfrentado no ano de 2018, decidiu-se migrar para o Sistema que havia sido desenvolvido pelo Ministério da  
716 Saúde – um sistema semelhante ao utilizado anteriormente no Estado, já que o Paraná tinha sido piloto no  
717 sistema de infecção latente. Relatou que foi realizada capacitação para uso do Sistema (digitação e  
718 vigilância dos casos) no mês de março/2019, com participação de Maria Goretti, Superintendente de  
719 Atenção à Saúde. Por fim, Juliana informou o e-mail da Divisão para que fosse contatada em caso de  
720 dúvidas: [tuberculose@sesa.pr.gov.br](mailto:tuberculose@sesa.pr.gov.br). **4. Pactuação.** **Cristiane** inicialmente informou que em conversa com  
721 a SESA/PR foi definido que as reuniões de CIB/PR não seguiriam a agenda de governo itinerante pelo  
722 interior do Estado, mantendo sua realização no município de Curitiba, devido à logística e fluxo já  
723 organizados para garantir da participação dos gestores municipais nas reuniões (hotéis já licitados,  
724 transportes municipais e alimentação já programados), afirmando, então, que o calendário inicialmente  
725 pactuado seria mantido, conforme informado no site da CIB/PR. **4.1. Planejamento Regional Integrado –**  
726 **PRI – Revisão/Atualização/Diretrizes e Cronograma Atualizado – SESA/NGE.** **Maria Leonor**, técnica do



727 Núcleo de Gestão Estratégica da SESA/PR, disse que não seria feita qualquer apresentação naquele  
728 momento porque o tema havia sido objeto de discussão no Grupo Ampliado Condutor Estadual do Processo  
729 de Planejamento Regional Integrado, do qual faz parte a SESA, o COSEMS e o Núcleo Estadual do  
730 Ministério da Saúde, e, além disso, na segunda-feira anterior à reunião, as propostas de Diretrizes e  
731 Cronograma já tinham sido apresentados nas Câmaras Técnicas da CIB/PR. Explicou que em 2018 as  
732 Diretrizes do PRI, que totalizavam 19 diretrizes, haviam sido discutidas e definidas por meio da Deliberação  
733 CIB/PR nº 318/2018, e, que, em 2019, portanto, foram reduzidas para 6 Diretrizes, de forma a focar em  
734 prioridades e linhas de ação estratégicas. Assim, afirmou que seriam então, 6 Diretrizes que conduziram  
735 das linhas estratégicas de ação. Por sua vez, a Deliberação CIB/PR nº 240/2018 pactuava o cronograma  
736 para o Processo contendo 9 passos e neste ano, em 2019, a proposta de repactuação propôs um  
737 cronograma com 13 passos, incluindo uma reunião do Grupo Ampliado no final de março para finalizar as  
738 propostas das Oficinas Macrorregionais, a previsão de reuniões também no mês de março para  
739 Alinhamento Interno tanto da SESA/PR como do COSEMS/PR, a partir de Maio/2019 a proposta de  
740 realização das Oficinas Macrorregionais para construção do diagnóstico e definição das prioridades, das  
741 metas e indicadores por Região e Macrorregião, nos meses de Junho e Julho/2019 as Oficinas Regionais,  
742 com participação de todos os municípios, em Agosto/2019 a realização, novamente, de Oficinas  
743 Macrorregionais, e por fim, a previsão da consolidação dos Planos Macrorregionais para o mês de  
744 Setembro/2019. **4.2. Metas do Estado para os indicadores da pactuação interfederativa 2019 –**  
745 **NGE/SESA.** Com relação à pactuação interfederativa, **Maria Leonor** afirmou que deveria ter sido  
746 trabalhado anteriormente, mas, devido à espera pela implantação do novo sistema DigiSUS – o sistema  
747 onde seriam registrados todos os sistemas de gestão, inclusive a pactuação, este processo ficou atrasado.  
748 Informou que, após conversa com o COSEMS-PR, ficou definido que independente do DigiSUS, seria  
749 desenvolvido o processo relativo à pactuação estadual e dos municípios. Afirmou que foi proposto  
750 cronograma, já de conhecimento de todos, para que tivessem as metas até o mês de maio/2019 e isso  
751 pudesse ser incorporado no Relatório do 1º Quadrimestre de 2019. Seguiu dizendo que, portanto, o Estado  
752 pactuava 21 dos 23 indicadores e, destes indicadores, conforme apresentado e conversado nas Câmaras  
753 Técnicas que antecederam a reunião ordinária da CIB/PR, apenas 3 foram mais discutidos: o indicador da  
754 Atenção Básica e da Saúde Bucal, com proposição do COSEMS para que mantivesse como meta os  
755 resultados de 2018; o indicador da Vigilância em Saúde, que tem como fonte o SIA/SUS, que seria um  
756 sistema a ser desativado no ano de 2018 e não foi, e segundo informação da ANVISA, terá continuidade,  
757 mas que oficialmente haverá um encaminhamento da posição da SESA e do COSEMS. **4.3. Incorporação**  
758 **da Unidade Transfusional do Complexo do Hospital das Clínicas/UFPR a Hemorrede Pública**  
759 **Estadual – HEMEPAR/SGS/SESA.** **Liana**, enfermeira e diretora do Hemepar, explicou que o termo de  
760 cooperação entre o Hemepar e o Hospital de Clínicas/UFPR visa a otimização dos serviços de forma a unir  
761 forças para entregar à população um serviço de qualidade. Pontuou que as obrigações da SESA/Hemepar  
762 seriam entregar todos os insumos referentes ao ciclo do sangue, lanche do doador, bolsas de sangue,  
763 realizar os exames sorológicos, e, ainda, alguns equipamentos para o ciclo do sangue. O Hospital de  
764 Clínicas, por sua vez, teria a obrigação de fornecer os hemocomponentes, atender a irradiação dos



765 hemocomponentes, realização de plasmaferese terapêutica. Segundo Liana, esta parceria traria efeitos  
766 positivos, já que se conseguiria atingir maior número de leitos SUS, o Hemepar teria acesso mais fácil às  
767 pesquisas científicas, o Estado passaria a contar com os hemocomponentes irradiados e com as  
768 plasmafereses terapêuticas para atender a toda a população paranaense, que hoje é atendida apenas com  
769 demanda judicial. Lembrou que não haveria repasse financeiro. **Cristiane** informou que o item **4.4.**  
770 **Implantação do Hospital Geral em Cascavel** já havia sido pactuado e portanto não seria discutido.  
771 Passou, assim, aos informes. **5. Informes. 5.1. Portaria GM/MS nº 395/2019 – Emendas Parlamentares –**  
772 **SGS/SESA. Juliana Eggers**, enfermeira da SGS/SESA, informou sobre a Portaria nº 395, de 14 de março  
773 de 2019, que trata das Emendas Parlamentares para Incremento MAC e PAB, para transporte de pacientes  
774 no âmbito do SAMU e para Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, para transporte sanitário eletivo  
775 destinado ao deslocamento dos usuários entre os municípios, e para ambulâncias Tipo A (de simples  
776 remoção). Juliana afirmou que a Portaria é extensa e faria apenas um resumo. Explicou que para repassar o  
777 recurso para o Município ou para o prestador, era necessário estar previsto em contrato, em convênio ou em  
778 instrumento congênera, conforme a legislação que rege o SUS, e destacou que o recurso é vedado para  
779 pagamento de pessoal e encargo social. Citou ainda, a existência de um acórdão do Tribunal de Contas,  
780 que analisou as contas do ano de 2018 e que considerou ilegal o repasse destes recursos de Emendas  
781 Parlamentares para entidades privadas com fins lucrativos. Informou que no Estado do Paraná houve  
782 apenas uma situação em que o recurso foi para o Teto do Estado e ao perceber que se tratava de instituição  
783 privada com fins lucrativos, não foi repassado para o prestador e será reutilizado para outra atividade dentro  
784 do Teto MAC. **Cristiane** comentou que uma das mesas do Congresso em Cascavel trataria da Governança  
785 e o Papel dos Deputados na Regionalização, de forma a melhor qualificar o envio destes recursos, para que  
786 sejam pensados a partir da Regionalização. Reforçou a importância de que a CIB traga os parlamentares  
787 para discussão, já que não era possível deixar os recursos de emendas fora da discussão sobre  
788 Regionalização. **Geraldo** corroborou a fala de Cristiane e disse que o Secretário já havia conversado com o  
789 deputado líder da bancada na preparação das emendas do ano de 2020, de forma a tentar garantir que os  
790 recursos fossem alocados de forma mais adequada. Ele explicou que para 2019 já estava definido, mas  
791 para 2020 era possível discutir, também junto aos parlamentares, essa questão. **5.2. Cirurgias Eletivas –**  
792 **SGS/SESA. Máisa** informou que em Fevereiro/2019 foi publicada a Portaria nº 195, que prorrogou por mais  
793 6 meses a campanha de cirurgias eletivas – uma continuidade do já vinha sendo realizado. Máisa afirmou  
794 ser facultativo e que, conforme a Deliberação CIB/PR nº 136, continuaria sendo oferecido o incremento de  
795 80% a 100%, conforme os procedimentos apresentados e já informados às Regionais. Afirmou que os  
796 critérios exigidos seguiam sendo os mesmos das campanhas anteriores. Em seguida, apresentou um  
797 apanhado do valor gasto desde 2017, totalizando 36 milhões em campanha. Mostrou também os dados de  
798 julho a dezembro de 2018, informando que alguns municípios não cumpriram a meta MAC e o recurso não  
799 foi repassado: Apucarana, Coronel Vivida e São José dos Pinhais. Explicou que os municípios precisam  
800 todos os meses ter produção no MAC para ter compensação no FAEC. Máisa mostrou ainda um resumo da  
801 gestão municipal – nos últimos 6 meses a gestão municipal fez 5.684 cirurgias com gasto de 4 milhões e  
802 695 mil reais, e a gestão estadual fez 13.272 cirurgias com gasto de 12 milhões e 660 mil reais. Desta



803 forma, explicou, totalizaram 17 milhões e 365 mil reais – a Portaria garantiu 13 milhões e 636 mil reais, que,  
804 a partir de um trabalho bem feito, o recurso foi extrapolado em 3 milhões e 346 mil reais – valor que será  
805 repassado pelo Ministério da Saúde a partir de outros municípios/estados que não utilizaram-no. Mais  
806 mostrou, então, a previsão atual da campanha, de Janeiro a Julho/2019: já foram distribuídos 5.500 AIHs e  
807 quase 2.000 APACs, o que em média totaliza 6 milhões e 800 mil reais. Informou que na campanha  
808 passada contava com 13 milhões e nesta, com 8 milhões de reais, o que significa um saldo previsto para  
809 distribuição de 1 milhão e 354 mil reais. Disse que o prazo que havia sido dado para as Regionais  
810 informarem as necessidades e pactuações dos municípios era dia 31/03, porém, como algumas Regionais  
811 não conseguiram cumprir, o prazo foi estendido para 15/04. **Juliana** afirmou que na última campanha alguns  
812 municípios reclamaram que não conseguiram acessar a campanha e seus municípios não conseguiram ser  
813 atendidos pelo recurso, mas informou que a distribuição do recurso é pensada *per capitamente* e cada  
814 município tem a possibilidade de definir seu uso. Assim, a partir de discussão e pactuação entre COSEMS e  
815 SESA, as Regionais foram orientadas a conversar com seus municípios para definir o que iriam fazer e  
816 onde, e, portanto, não foram distribuídas AIH e APAC para prestador, pois estão aguardando a definição a  
817 ser encaminhada pelas Regionais sobre a distribuição delas. Assim, Juliana reforçou a importância de as  
818 Regionais junto aos municípios organizarem isso de forma a poderem iniciar a distribuição e garantir a  
819 execução do recurso. **Cristiane** disse perceber que conseguiram evoluir mais rápido nos últimos meses e  
820 mais municípios tiveram acesso a cirurgias eletivas. Reforçou a importância dos apoiadores acompanharem  
821 os municípios neste processo, de forma a auxiliá-los. Porém, destacou uma dificuldade: só algumas  
822 cirurgias são realizadas, e outras cirurgias, como por exemplo alta e média complexidade de ortopedia, não  
823 são feitas nem com 100% sobre o valor da tabela. Disse que na semana anterior, na reunião da CIT, foram  
824 apresentadas as cirurgias que estão sendo executadas, com destaque especial para as cirurgias de  
825 cataratas, porém com dificuldade para conseguir prestadores para cirurgias específicas. Assim, relatou que  
826 naquela reunião foi discutida a proposta de se repensar a tabela nacionalmente para estas cirurgias que não  
827 se consegue prestadores, pois a tabela se encontra defasada. Cristiane propôs que se olhe para a situação  
828 e se possa discutir formas de fazer diferente com o mesmo dinheiro, otimizando também a realização das  
829 cirurgias. **5.3. Grupo E-saúde Curitiba. Penha** lembrou que na última reunião da CIB/PR havia sido feita  
830 também uma reunião, no período da tarde, com a participação dos municípios das Macrorregiões, o  
831 COSEMS, Curitiba e a SESA, devido à suspensão dos atendimentos em Curitiba por conta do estouro do  
832 Teto do município. Relatou que na sequência aconteceram mais duas reuniões e atualmente estão em  
833 processo de levantamento de dados para avaliar o Teto Financeiro de cada um dos 32 municípios que tem a  
834 gestão da MAC e o gasto administrativo complementar ou através de consórcio destes municípios. Explicou  
835 que após este levantamento, será feita avaliação do fluxo dos pacientes dentro de cada Regional e  
836 paralelamente a este trabalho, um grupo menor avaliará o E-saúde do município de Curitiba, assim já será  
837 possível propor algumas medidas imediatas para resolução do problema. Afirmou que a solicitação do  
838 município de Curitiba é que o trabalho se inicie pela oncologia, já que estes pacientes não podem aguardar  
839 tanto tempo em fila de espera e que existem evidências de que muitos encaminhamentos para Curitiba não  
840 tem motivos para tal, já que existem possibilidades de tratamento de oncologia nas regiões. Informou que



841 haveria nova reunião do grupo no dia 11/04/19 para já propor algumas medidas para organizar o fluxo de  
842 pacientes para capital e o contra fluxo destes pacientes para suas regiões de origem. Ao final de sua fala,  
843 Penha pediu que as Regionais fizessem avaliação dos documentos descritivos dos contratos feitos nas  
844 regiões com os hospitais que são referência. **5.4. SARGSUS e DIGISUS – NGE/SESA. Sandra**, do Núcleo  
845 de Gestão Estratégica da SESA, falou que ainda haviam pendências dos municípios no SARGSUS  
846 referentes ao período até o ano de 2017 e orientou que o prazo para tal regularização era 30 de dezembro  
847 de 2019. Afirmou que de 2013 a 2017, 16 municípios ainda não haviam lançado o relatório no sistema – o  
848 que é obrigatório. De 2011 a 2017, 66 municípios tiveram o relatório inserido no sistema, porém o Conselho  
849 ainda não havia analisado, e 9 municípios que o Conselho analisou, solicitou ajuste e o município ainda não  
850 tinha feito. Sandra pediu atenção dos gestores e técnicos à tal situação já que há um prazo para  
851 regularização. **Vânia**, do Núcleo de Gestão Estratégica da SESA, falou sobre a Nota Técnica nº 02/2019  
852 sobre o DIGISUS. Relatou que no dia 08/03 foi realizada videoconferência com as Regionais de Saúde para  
853 tratar do DIGISUS, com abertura feita pelo Nestor, Diretor Geral da SESA, que ressaltou a obrigatoriedade  
854 de os municípios encaminharem os relatórios anuais de gestão, conforme previsto na Lei Complementar  
855 nº 141, com prazo de envio em 30 de março. A Nota Técnica foi publicada após esta data, e continha  
856 orientações para elaboração do RAG e, que a não disponibilização do sistema não exime os gestores de  
857 suas responsabilidades de encaminhamento de seu RAG. Sobre a situação dos municípios no DIGISUS,  
858 Vânia afirmou que a 1ª Regional ainda não havia cadastrado nenhum município, a 11ª tinha cadastrado  
859 apenas um município. Parabenizou a 8ª, a 21ª e a 22ª Regionais de Saúde, que tiveram todos os municípios  
860 cadastrados, e a 3ª, 6ª, e 17ª que tem apenas um município pendente para cadastrar. Informou que devido  
861 a problemas técnicos na semana anterior, houve dificuldade para realização do cadastro, porém que a rede  
862 SESA já havia solucionado o problema e os municípios já poderiam fazer o acesso e as Regionais, a  
863 liberação. **Cristiane**, finalizando a reunião, lembrou da Conferência Estadual de Saúde, dias 11, 12 e 13 de  
864 junho em Curitiba. Também lembrou do Congresso do COSEMS, que aconteceria em Cascavel nos dias 23  
865 e 24 de maio, cuja programação já havia sido aprovada e seria divulgada no site do COSEMS. Reforçou  
866 que o Congresso deve ser um ambiente de mobilização política e técnica, incentivando a participação das  
867 Regionais de Saúde. Agradeceu a presença de todos e a participação online daqueles que assistiram via  
868 web. **Geraldo** também agradeceu a presença de todos e a fala de Cristiane, disse que a SESA seria  
869 parceira do COSEMS no Congresso, trabalhando para que as Regionais, os Técnicos e os  
870 Superintendentes participassem ativamente. Disse, por fim, que a próxima reunião havia ficado confirmada  
871 para o dia 07 e 08 de junho de 2019.-----

872