

Memória da Comissão:

Comissão de Assistência e Acesso ao SUS

Data:

23.05.2013

Coordenador (a) da comissão:

Manoel Rodrigues do Amaral

Relator (a) da comissão:

Denise Akemi Mashima

Relação de presentes:

- 1) Alfredo Franco Ayub – ACISPAR
- 2) Artemizia Bertolazzi Martins – FEMIPA
- 3) Ely de Campos – HU/UEM
- 4) Gisela Soares de Souza - CREFITO 8
- 5) Heliana Hemeterio – Rede de Mulheres Negras
- 6) Juliano Gevaerd – SESA
- 7) Luiz de Mauro – FAMOPAR
- 8) Mariângela de Assis Gomes Fortes – ABO-Pr
- 9) Mauricio Duarte Barcos – FEHOSPAR
- 10) Paulo César Alves de Azevedo e Almeida – SGS/SESA
- 11) Rogério Aparecido da Silva – Ministério da Saúde
- 12) Sirleide Ferreira de Mauro – AATO – Pr
- 13) Terezinha Aparecida de Lima - IBDa
- 14) Zuleide Bezerra Dalla Costa – ACISPAR
- 15) Tânia Roseli Minusculi – ADEFPAR
- 16) Rosania Boleta Mendonça – IBDa

CONVIDADOS:

- 1) Deise Regina S. Pontarolli – DAF-DG/SESA
- 2) Maria Cristina T. Arai – DEAP/SAS/SESA
- 3) Maria do Carmo A. Oliveira – GPS/SESA
- 4) Sandra C. k. Busnello – GPS/SESA
- 5) Heike G Murasquim – SUP/SESA
- 6) Márcia Blanski – SUP/SESA
- 7) Polliana Reinert – SUP/SESA
- 8) Maria da Graça Ventura – SUP/SESA
- 9) Irvando Luiz Caruza – SGS/SESA
- 10) Amanda de Souza – PUC (aluna)
- 11) Daniela aparecida Bonrruque dos Santos – PUC

Justificativas de ausências:

- 1) Nelson Mayrink Giansante - CRM
- 2) Custodio Rodrigues do Amaral - UGT

- 3) Alice Eugenia Tisserant – SESA
- 4) Mariana Patrício Richeter – Ministério da Saúde
- 5) Terezinha Pereira da Silva – Rede de Mulheres Negras
- 6) Wilson de Souza Silva -

Relato da reunião:

Iniciada reunião no auditório da FUNPAR às 08:30hs pelo Sr Manoel informando que a visita ao Hospital de Reabilitação ocorrerá hoje no período da tarde. A seguir faz a leitura da pauta da reunião que foi aprovada.

1 – Informes Gerais:

Gisela esclarece matéria veiculada no dia 22 de maio e destaca importância da interdisciplinaridade no atendimento em saúde.

Amauri solicita que seja reforçado aos membros da Comissão que é necessária inscrição para Conferência de Saúde da População Negra programada para o dia 28 de junho de 2013.

2 – Zuleide efetua leitura de documento da Secretaria Executiva com instruções para todas as comissões

3 – Relatório Anual de Gestão 2013 - Denise informa que duas cópias do material estão sendo entregues neste momento para comissão, solicita aos membros que acompanhem a apresentação na tela. Alguns conselheiros confirmam recebimento por meio eletrônico mas somente há 2 dias atrás. O Sr Paulo Almeida inicia apresentação dos relatórios das auditorias, destacando que a SESA está reavaliando todas as redes, sendo que a rede de atendimento a pacientes com obesidade grave foi objeto de estudo inicialmente, sendo credenciados novos prestadores e desabilitados outros, havendo mudanças nos municípios de Londrina, Maringá e Curitiba. Informa que desde ontem (21 de maio) passa a vigor a Lei nº12732 que estabelece prazo para atendimento de pacientes com neoplasias, que foi objeto de discussão em Audiência Pública na Procuradoria Geral da República. Informa ainda que existem outras portarias que estabelecem a rede de oncologia como ponto de atenção à saúde e que o Estado do Paraná não deverá ter dificuldades para atender as leis pois tem disponibilidade de serviços de oncologia com previsão de ampliação com unidade em Campo Mourão. Denise e Terezinha questionam sobre a aplicação da referida Lei, que Denise confirma que foi objeto de discussão na Audiência Pública, pois após entrada do paciente em Centro Especializado o tempo para início do tratamento não ultrapassa o determinado na Lei, no entanto o paciente já tem laudo de patologia com data que pode ser de meses antes do primeiro atendimento no Centro de Especialidade. Paulo apresenta a relação dos estabelecimentos cadastrados no CNES e a produção de serviços. Vários aspectos foram discutidos sendo proposto que seja incluído a rede de oncologia e a Lei como ponto de pauta para próxima reunião. Juliano inicia apresentação da Diretriz 3

– Rede de atenção à Pessoa com Deficiência – faz um breve relato de sua participação na subcomissão de indicadores e que considera importante que seja aprovado como pauta permanente na Comissão de Acesso um relato de no máximo 15 minutos da equipe técnica sobre a situação da rede, em todas as reuniões da Comissão. Apresenta ações desenvolvidas no primeiro quadrimestre com indícios de que as metas serão atingidas. Maria Cristina apresenta ações desenvolvidas na Diretriz 5 – rede de atenção à saúde da população idosa com indícios de que serão atingidas as metas propostas. Maria Cristina segue apresentando ações da Diretriz 6 – qualificação da atenção primária à saúde (APSUS) com indícios de dificuldades para atender metas em escovação, acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, razão de exames citopatológicos do colo de útero e de mamografias. Sirleide sugere como estratégia para atender meta de exame citopatológico um “dia da luluzinha” com atendimento diferenciado para mulheres. Márcia Blanski apresenta ações da Diretriz 9 – estruturação dos serviços

próprios da SESA ações sinalizam para cumprimento das metas propostas. Deise apresenta ações da Diretriz 10 – acesso da população a medicamentos seguros – ações desenvolvidas apontam para cumprimento das metas . Dr Vinicius inicia apresentação das ações da Diretriz 2 – rede de Urgência e Emergência com indicativo de cumprimento das metas propostas. Inicia a seguir a apresentação da Diretriz 11 – Complexo Regulador - destacando que o desafio está no gerenciamento dos consórcios para utilizar sistema de regulação. O sistema de gestão estadual de regulação assistencial : modulo consulta atingiu 26,4% dos municípios (87) e esta funcionando com bom resultado. No que se refere ao módulo leitos informa que o sistema está concluído e será de grande utilidade, porém não apresenta dados de implantação nos municípios sob gestão estadual (meta proposta de 60% dos municípios). Das Centrais macrorregionais, 4 (quatro) estão em processo de reestruturação. Lílian inicia apresentação das ações desenvolvidas na Diretriz 8– COMSUS e informa que acredita que as metas serão atingidas, embora algumas obras estão em fase de elaboração de projeto e outras ainda em fase de estudo e definição de terrenos. Ações da Diretriz 7 não foram apresentadas.

4 - Sr Manoel questiona a Sra Deise a respeito de outros dois pontos da pauta : protocolo para encaminhamento de cidadãos portadores de moléstias raras e com relação aos encaminhamentos de cidadãos que necessitam de medicamentos excepcionais. Deise informa que não partiu da SESA a solicitação de ponto de pauta e que está a disposição mas não tem conhecimento sobre quais esclarecimentos estão sendo solicitados. Sr Manoel pergunta aos membros presentes da Comissão se alguém se recorda quais foram as dúvidas levantadas e como não se obtém informação segura, decide-se por retirar de pauta os itens para reanálise e solicitação de esclarecimentos se necessário.

5 - Denise inicia apresentação do relatório da subcomissão de indicadores que será anexado a essa memória. Indicadores da pessoa com deficiência (diretriz 3) : aprovada a proposta de meta com relação à capacitação. Quanto à proposta referente ao Centro Hospitalar de Reabilitação foi sugerido e aprovada que seja incluído no Relatório Anual de Gestão, na Diretriz 9, as informações referentes aos municípios de origem dos pacientes atendidos no Centro Hospitalar de Reabilitação e com relação à produtividade hospitalar e ambulatorial do mesmo serviço, permanecerá a apresentação na Diretriz 9, não sendo aprovada a proposta de inclusão desta meta na Diretriz 3 (Pessoa com Deficiência). Indicadores da pessoa idosa. Denise apresenta sucintamente relatório da proposta de indicadores, baseada no SISAP idoso e comunica que Maria Cristina confirmou com área técnica que os indicadores referentes à internação por causas evitáveis e cobertura vacinal podem ser incluídos na Diretriz 5. Os demais indicadores dependem de avaliação mais demorada quanto a sua aplicabilidade pela SESA. A Comissão aprova o encaminhamento da proposta na plenária.

6 – Apresentação do relatório do Processo/Protocolo 11.899.196-6 pela relatora Denise, que será anexado a essa memória de reunião. Aprovado parecer que será anexado ao processo e encaminhado para secretaria executiva para posterior deliberações.

7 – Acusado o recebimento do Ofício nº092/2013 DRAC/SAS/MS

8 Demais pontos de pautas não foram apreciados pois o horário de término da reunião já havia sido prorrogado em 30 minutos (análise do RAG com 9 diretrizes designadas para essa comissão, comprometeu os demais pontos da pauta) sendo necessário encerrar a reunião.

Solicitação para secretaria executiva

- 1 – Incluir como pauta permanente da Comissão de Acesso a apresentação breve (15 minutos) de equipe técnica da SESA sobre a situação da rede de atenção à pessoa com deficiência e pessoa idosa (total – 30 minutos)

Solicitação de pautas para a próxima reunião:

- 1 – Rede de oncologia no Paraná e encaminhamentos para cumprimento da Lei 12732
  - 2 – Solicitar que seja apresentado relatório do HOSPSUS pela SESA com relação aos hospitais participantes, relatórios de avaliação sumarizados e investimentos liberados com fonte de recursos
  - 3 – Incentivo para implantação e/ou implementação do Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde nos municípios do Paraná
  - 4 – Apreciação do relatório de auditoria nº12614 – SMS de Matinhos – Pr
  - 5 – Apresentação do relatório de auditoria nº 12735 – Hospital Erasto Gaertner – pela relatora Denise.
- Não é necessária presença de representante do hospital.

## PROPOSTA DE INDICADORES DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DIRETRIZ 3

Proposta construída pela subcomissão de indicadores da Comissão de Assistência e Acesso ao SUS, reunida no dia 22 de maio de 2013, na sala de reunião do Conselho Estadual de Saúde nas dependências da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

A subcomissão identifica que existe dificuldade de construção de indicadores para acompanhamento da rede de atenção à pessoa com deficiência em virtude da ausência de sistemas de informação e banco de dados que permitam identificar as pessoas com deficiência.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não contempla campo para identificação da população com deficiência. É possível que o novo sistema a ser implantado pelo Ministério da Saúde (eSUS) venha a resolver essa lacuna.

A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) – proposta pela Organização Mundial de Saúde em 2001 é uma classificação desenvolvida com o duplo propósito de utilização em várias disciplinas e em diferentes setores. Os seus objetivos específicos são os seguintes:

- Apresentar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e dos estados com ela relacionados, bem como os resultados e suas determinantes;
- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados com ela relacionados, para melhorar a comunicação entre os diferentes usuários, tais como profissionais de saúde, investigadores, legisladores de políticas de saúde e a população em geral, incluindo as pessoas com deficiência;
- Permitir a comparação dos dados entre países, entre as disciplinas de saúde, entre os serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Proporcionar um esquema de codificação sistematizado de forma a ser aplicado nos sistemas de informação da saúde.

Estes objetivos encontram-se interligados entre si, uma vez que a necessidade e a utilização da CIF requer a construção de um sistema relevante e útil que possa aplicar-se em âmbitos distintos: na política de saúde, na avaliação da qualidade da assistência e avaliação das conseqüências em diferentes culturas.

Apesar das limitações que a falta de registro sistematizado causa, propomos as seguintes metas e indicadores:

DIRETRIZ 3 – IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
--

Meta anual	Indicador	Observação
Implantar equipes multidisciplinares em Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), localizados em 05 Regionais de	Nº de Regionais de Saúde com equipes multidisciplinares implantadas nos CIS	Já constava no PAS 2013

Saúde		
50% dos serviços que fazem parto realizando Triagem Auditiva nos nascidos vivos	Percentual de serviços que realizam Triagem Auditiva	Já constava no PAS 2013
Realizar Teste do Pezinho em 100% dos nascidos vivos no Estado	% de nascidos vivos que realizaram o teste do pezinho	Já constava no PAS 2013
Capacitar profissionais da saúde no atendimento à Pessoa com Deficiência	Número de profissionais capacitados	Indicador de processo e não de resultado
Aumentar em 5% a produtividade hospitalar e 10% da produtividade ambulatorial do Centro Hospitalar de Reabilitação	% de ocupação dos leitos hospitalares e capacidade produtiva ambulatorial	Meta e indicador já previsto na diretriz 9.

DENISE AKEMI MASHIMA .....

MANOEL RODRIGUES DO AMARAL.....

GISELA S. SOUZA.....

TEREZINHA APARECIDA DE LIMA.....

ROSANIA BOLETTA MENDONÇA.....

JULIANO GEVAERD.....

MARIA CRISTINA T. ARAI.....

MARIA ANGÉLICA (SESA).....

## PROPOSTA DE INDICADORES DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

### DIRETRIZ 5

Proposta baseada no SISAP Idoso (Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso) – desenvolvido como iniciativa conjunta da Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - no site [www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br](http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br).

Conceito: idoso – indivíduo com mais de 60 anos

Optei por avaliar indicadores apresentados na dimensão Serviços de Saúde, que me pareceu mais abrangente e aplicável

**Serviços de Saúde** - Os indicadores que tratam dos Serviços de Saúde, foram calculados utilizando como fonte de informação o SIM, o SIH/SUS, a PNAD, o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). São subdivisões os temas: **Efetividade, mostrando o grau com que a assistência, os serviços e as ações de saúde atingem os resultados esperados, compreendendo indicadores de causas evitáveis de mortalidade e internação; Acesso, com indicadores de utilização dos meios oferecidos pelo setor público para atender às necessidades de saúde da população idosa;** Adequação, sobre os cuidados oferecidos ao conhecimento técnico-científico existente; e Financiamento, que são indicadores referentes às formas de financiamento dos serviços de saúde. Destes, selecionei efetividade e acesso.

#### EFETIVIDADE

Grau em que a assistência, os serviços e as ações de saúde atingem os resultados esperados.  
Compreende causas evitáveis de mortalidade e de internação

#### I – Mortalidade de idosos por causas evitáveis por prevenção primária:

O conceito de mortes evitáveis utilizado foi o proposto por Rutstein e colaboradores, que o define como aquelas causas de óbitos cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica e ao controle e redução dos fatores de risco relacionados, sugerindo que determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível sua prevenção e/ou o tratamento do agravo ou condição que o determina. Para definir mortes evitáveis na população idosa, estabeleceu-se a faixa etária de 60 a 74 anos.

Os óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária envolvem vacinação ou tratamento precoce\*.

\*CID-10: A20-128; A30-A31; A33-A34; A36; A38; A39; A46; A50-A63; A82; A95; B91; B92; B160-B161; B180-B181; I00-I02; I05-I09.

Indicadores:

Número de óbitos por causas evitáveis por prevenção primária: Número total de óbitos de idosos de 60 a 74 anos por causas evitáveis por prevenção primária.

Proporção de óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária: Mede a participação dos óbitos por causas evitáveis por prevenção primária entre idosos de 60 a 74 anos, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária. É um indicador de avaliação da efetividade., obtido através do número total de óbitos de idosos de 60 a 74 anos por causas evitáveis por prevenção primária / Número total de óbitos de idosos de 60 a 74 anos x 100

Taxa de mortalidade de idosos por causas evitáveis por prevenção primária: Estima o risco de morte por causas evitáveis por prevenção primária na população idosa de 60 a 74 anos e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Número de óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária\*, na população idosa de 60 a 74 anos, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Obtido através do número total de óbitos de idosos de 60 a 74 anos por causas evitáveis por prevenção primária / População total de idosos de 60 a 74 anos x 10000

Avaliando os indicadores existentes no SISAP Idoso nesta dimensão, sugiro que se utilize a Proporção de óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária, que apresentou elevação significativa no ano de 2010, sendo necessário obter dados de 2011 e 2012 para estabelecer a meta

## **2 – Internações de idosos por causa consideradas evitáveis:**

As internações consideradas evitáveis são aquelas cuja causa é definida como de condição sensível à atenção primária. O conceito de condições sensíveis à atenção primária desenvolvido por Billings e colaboradores representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista de causas sensíveis utilizada foi a estabelecida pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/SAS no. 221, de 17/04/2008. Para definir internações evitáveis na população idosa, estabeleceu-se a faixa etária de 60 a 74 anos.

Os dados utilizados são referentes às internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Indicadores:

Número de internações de idosos por causas consideradas evitáveis: É um indicador indireto de avaliação da eficiência da atenção primária em saúde. Número total de internações hospitalares de idosos de 60 a 74 anos pagas pelo SUS, por causas evitáveis.

Proporção de internações de idosos por causas evitáveis: Mede a participação das internações de idosos por causas evitáveis entre os idosos de 60 a 74 anos, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária e sexo. Obtido através do número total de internações hospitalares de idosos de 60 a 74 anos pagas pelo SUS, por causas evitáveis / Número de internações de idosos de 60 a 74 anos x 100



Taxa de internação de idosos por causas evitáveis : Estima o risco de internações por causas evitáveis na população idosa de 60 a 74 anos e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Obtido através do número total de internações hospitalares de idosos de 60 a 74 anos pagas pelo SUS, por causas evitáveis / População idosa de 60 a 74 anos x 10000

Avaliando os indicadores existentes no SISAP Idoso nesta dimensão, sugiro que se utilize a Proporção de internações de idosos por causas evitáveis, pois análise dos dados apresentados dos anos 2009 a 2011 mostram a relevância de estabelecer uma diretriz com foco na saúde do idoso, pois trata-se de problema de saúde pública. Destaca-se ainda que novamente o Paraná apresenta índices superiores aos dois Estados da Região Sul.

#### ACESSO

Indicadores sobre a utilização dos meios oferecidos pelo setor público para atender às necessidades de saúde da população idosa.

##### .1 – Cobertura vacinal dos idosos contra gripe:

Percentual de idosos de 60 anos ou mais vacinados contra gripe, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima a proporção da população idosa vacinada contra a gripe no ano referido. Obtido através do número de doses de vacinas aplicadas na população idosa de 60 anos ou mais / População idosa de 60 anos ou mais x 100

##### 2 – Cobertura pelo PACS e ESF:

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, é uma estratégia do Ministério da Saúde que busca promover a reorientação do modelo assistencial no âmbito do município, a quem compete à prestação da atenção básica à saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo complementar e substitutivo ao PACS.

O Programa de Saúde da Família (PSF), teve início em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A partir de 2011, passou a ser conhecido como "Estratégia de Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um programa. A ESF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Indicadores:

Cobertura da população idosa cadastrada no PACS: Número de idosos cadastrados no PACS / População total de idosos x 100.

Cobertura da população idosa cadastrada no ESF: Número de idosos cadastrados na ESF / População total de idosos x 100

Pode haver subnotificações e considerando os índices apresentados, vale a reflexão de que deva ser considerado que parte da população pode não ser usuária do SUS. De qualquer maneira, considero que são indicadores importantes.

### 3 – Assistência farmacêutica:

A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e irreversível que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Sua maior incidência é entre a população idosa. Inibidores da acetilcolinesterase são a principal linha de tratamento da DA, uma vez que tratamentos de curto prazo com estes agentes tem mostrado melhora da cognição e de outros sintomas nos pacientes com DA leve a moderada.

População de 60 anos ou mais de idade que recebe do Sistema Único de Saúde, através do Programa de Medicamentos Excepcionais, medicação anticolinesterásica (rivastigmina, galantamina e donepezil) para tratamento da Doença de Alzheimer.

#### Indicador:

Proporção de idosos que recebem medicamento para tratamento de Doença de Alzheimer : estima o percentual de idosos coberto pelo Programa de Medicamentos Excepcionais no que se refere ao tratamento de Alzheimer. Obtido através do número de idosos que receberam do SUS medicação para tratamento de Alzheimer / População estimada de idosos com Alzheimer x 100

#### DIRETRIZ 5 – IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

Meta anual	Indicador	Observação
Reduzir em 1% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos)	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório I00 a I99, câncer C00 a C97, diabetes E10 a E14 e doenças respiratórias crônicas J40 a J47)	Já constava no PAS 2013
Reduzir em a proporção de óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária	Proporção de óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária: número total de óbitos de idosos de 60 a 74 anos por causas evitáveis por prevenção primária / Número total de óbitos de idosos de 60 a 74 anos x 100	2010 = 2,35 Seria necessário levantar dados de 2011 e 2012 para estabelecer meta
Reduzir em a proporção de internações de idosos por causas evitáveis	Proporção de internações de idosos por causas evitáveis: número total de internações hospitalares de idosos de 60 a 74 anos pagas pelo SUS, por causas evitáveis /	2009 = 63,06 2010 = 62,20 2011 = 59,53 Seria necessário levantar dados de 2012 para estabelecer metas

	Número de internações de idosos de 60 a 74 anos x 100	
Elevar a cobertura vacinal para 90 % da população idosa	Cobertura vacinal dos idosos contra gripe	2009 = 82,19 2010 = 80,14 2011 = 85,66 2012 = 87,59
Elevar em a cobertura da população idosa cadastrada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura da população idosa cadastrada no PACS: Número de idosos cadastrados no PACS / População total de idosos x 100.	2008 = 14,10 2009 = 14,02 2010 = 14,32 Seria necessário levantar dados de 2011 e 2012 para estabelecer metas
Elevar em a cobertura da população idosa cadastrada na Estratégia de Saúde da Família	Cobertura da população idosa cadastrada no ESF: Número de idosos cadastrados na ESF / População total de idosos x 100	2008 = 56,92 2009 = 57,81 2010 = 62,70 Seria necessário levantar dados de 2011 e 2012 para estabelecer metas
Elevar em a proporção de idosos que recebem medicamento para tratamento de Doença de Alzheimer	Proporção de idosos que recebem medicamento para tratamento de Doença de Alzheimer : número de idosos que receberam do SUS medicação para tratamento de Alzheimer / População estimada de idosos com Alzheimer x 100	2009 = 29,23 2010 = 33,25 2011 = 36,41 Seria necessário levantar dados de 2012 para estabelecer metas

Essa proposta foi apresentada na reunião da subcomissão de indicadores, no dia 22 de maio de 2013, na sala de reuniões do CES nas dependências da SESA. As representantes da SESA (Maria Cristina, Maria Angélica e Juliano) comprometeram-se a verificar a possibilidade de utilizar esses indicadores no Paraná. Decisão depende de consulta a setor técnico envolvido. Decidiu-se por aguardar posicionamento na reunião da comissão de Acesso.

DENISE AKEMI MASHIMA .....

MANOEL RODRIGUES DO AMARAL.....

GISELA S. SOUZA.....

TEREZINHA APARECIDA DE LIMA.....

ROSANIA BOLETTA MENDONÇA.....

JULIANO GEVAERD.....

MARIA CRISTINA T. ARAI.....

MARIA ANGÉLICA (SESA).....

Interessado: Lorena Granado da Silva  
Autor: Vara da Infância e Juventude – Seção Cível de Toledo

DO PLEITO

Trata-se de ação movida pela 2ª Promotoria de Justiça da Comarca de Toledo (Dr. José Roberto Moreira) em 30/05/2012.

Fato: LES, 7 meses de idade (DN: 18/10/2011), internada no HCO (Centro Hospitalar do Oeste) de Toledo desde o dia 29 de maio, com quadro diagnosticado como Pneumonia bilateral (Influenzae), necessitando de leito em UTI Pediátrica, que não existe naquela cidade. Foi solicitada transferência através da Central de Leitos de Cascavel, não sendo possível transferência por falta de leitos disponíveis. Foi acionada a 20ª Regional de Saúde e a Central de Leitos Estadual que também não conseguiram localizar leitos disponíveis. Existe documentação de contatos realizados pelas centrais e registro de que foram feitos contatos com o HCO para acompanhar o estado de saúde da menor. Como não houve sucesso, o Ministério Público entrou com medida de proteção determinando transferência no prazo máximo de 2 (duas) horas para UTI Pediátrica do SUS ou rede privada contratada pelo SUS, fornecendo aparelhos necessários e disponibilizando médicos especialistas para atender a paciente, com multa de R\$ 3.000,00 /hora pelo atraso, no dia 30 de maio de 2012 (18:00hs) –

No dia 31 de maio o Exmo Sr Dr Rodrigo Rodrigues Dias, Juiz de Direito da Vara da Infância e da Juventude de Toledo, pede esclarecimentos ao promotor.

Em 01 de junho de 2012 o promotor responde ao juiz e entre outras alegações, informa que a menor estava melhor e não mais necessitava da transferência para leito de UTI Pediátrica.

Em 11 de junho de 2012 o Sr Juiz faz despacho extinguindo o processo e determinando encaminhamento para CES e outros para debate e deliberação com prazo de 60 dias, no entanto não se localiza tais encaminhamentos.

Em 18 de dezembro de 2012 o Sr promotor de justiça encaminha documentação referente ao processo.

Em 16 de janeiro de 2013 o Exmo Sr Juiz Dr Rodrigo Rodrigues Dias, envia ofício nº 060/2013, encaminha cópia integral dos autos para debate e deliberação da SESA e do CES, com prazo de 60 dias para manifestação. Carimbo de recebimento pelo CES no dia 07 de fevereiro.

Em 20 de fevereiro a assessoria da SESA encaminha para manifestação da Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde (SGS). Manifestação da SGS informando quantidade de leitos de UTI no Estado e evolução dos leitos de UTI no Estado através de tabela comparativa dos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013. Retorna o processo para AJU da SESA em 07 de março. Localiza-se documento da AJU, de 19 de março comunicando o andamento do processo, anexando resposta da SGS da SESA e informando que o processo ora se encaminhava para o CES-Pr

Em 11 de março a mesa diretora do CES encaminha processo para SESA, que informa que já estava ciente do processo e em 19 de março o processo retorna ao CES com informações da SESA. Em 15 de abril de 2013 o processo foi encaminhado pela Secretaria Executiva para Comissão de Acesso ao SUS para parecer e envio da ata (memória) da reunião. O processo foi apresentado rapidamente na reunião ordinária da

Comissão ocorrida em 25 de abril, sendo criada uma subcomissão para apresentar parecer na próxima reunião da Comissão.

## DA ANÁLISE DO PLEITO

Trata-se de ação movida pela 2ª Promotoria de Justiça da Comarca de Toledo (Dr. José Roberto Moreira) em 30/05/2012 em favor de menor, LES, de 7 meses de idade que se encontrava internada em unidade hospitalar de Toledo e necessitava de leito de UTI pediátrica que não existia naquela unidade.

Constata-se que medidas administrativas foram cumpridas, sendo acionadas as Centrais de Regulação da Macro-Oeste, a 20ª RS e a Central Estadual de Leitos. Todas as unidades comprovam busca de leitos durante o período de 30 de maio de 2012 das 3:19 hs até as 16:13hs do dia 31 de maio.

A criança apresentou melhora do quadro clínico e não necessitou mais de leito em UTI e o processo foi então arquivado pelo Sr Juiz.

Em dezembro de 2012 o Sr Promotor encaminha nova correspondência ao Juiz, reabrindo o processo e desencadeando as consultas agora em curso

Com relação a demanda inicial não há o que opinar, pois a paciente melhorou e não necessitou transferência.

Considerando a reabertura do processo e o encaminhamento, entendemos que a Comissão de Acesso ao SUS do Conselho Estadual de Saúde do Paraná está sendo chamado a opinar quanto ao número de leitos de UTI pediátrica do Estado.

Neste sentido, analisando a correspondência encaminhada pela SGS da SESA, observa-se que houve incremento nos leitos:

	Jan 2010	Jan 2011	Dez 2012	Março 2013
UTI Ped I + II + III	124	128	140	140

Restam ainda 14 em processo de habilitação

Não fica claro se embora em crescimento, se o número de leitos existentes são suficientes para atender a demanda. Considerando a Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, Seção III, artigo 25 §5º : *O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e o monitoramento semestral dos leitos de UTI qualificados para o recebimento do custeio diferenciado previsto e regulado nesta Seção, visando à verificação do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde, seria adequado solicitar relatório do Grupo Condutor Estadual e do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências da Regional de Toledo.*

Outra fonte possível de informação é o Diagnóstico Regional de Saúde proposto em oficina do HOSPSUS (programa da Secretaria de Estado da Saúde) em novembro de 2011. Seria importante verificar se existe esse documento da região de Toledo.

## PARECER

Processo/Protocolo 118991966 extinto por perda de finalidade: menor recuperada e sem necessidade de transferência para leito de UTI pediátrica.

Quanto à adequação de leitos de UTI no Estado, a Comissão sugere que seja solicitado relatório do Grupo Condutor Estadual e do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências da Regional de Toledo e ainda o relatório da mesma regional sobre o Diagnóstico Regional de Saúde, se houver.

Não é possível para essa Comissão, baseado nos documentos existentes no processo, opinar sobre a existência de número adequado de leitos de UTI pediátrica no Estado do Paraná.

## **RELATO DA VISITA AO CENTRO HOSPITALAR DE REABILITAÇÃO ANA CAROLINA MOURA XAVIER**

**Membros do CES:** Manoel, Terezinha, Rosania, Tania, João e Amaury

**Data:** 23/05/2013

Participaram da visita **pelo Centro Hospitalar:**

Patrícia Borges Barreto – chefe de Hotelaria Hospitalar

Marciane Maria Kulczycki – representante de terapeutas

Ao final da visita o grupo foi recebido pelo Dr. Antonio Paulo Mallmann – Diretor geral

**Objetivo da visita:** Avaliação das condições de acessibilidade da unidade hospitalar e fluxo de atendimento

**Relato:** O grupo foi recebido e acompanhado pelas duas profissionais citadas acima, visitaram todas as dependências do centro hospitalar e verificaram que a estrutura física é boa e atende as necessidades dos usuários.

Com relação à acessibilidade não foram detectados problemas. Destaca-se a preocupação de que a saída de emergência é feita por escadas, ou seja, não existe rota de fuga para pessoas com deficiência (rampas). Esse fato é relevante pois o Centro Cirúrgico, unidades de internação e Unidade de Terapia Intensiva estão instaladas no terceiro e quarto andar do Centro.

Com relação ao fluxo de atendimento constata-se que houve ampliação da área de abrangência, que era de 2 regionais e atualmente o Centro presta serviços para usuários de 7 regionais de Saúde. São atendidos em média 3000 pessoas e realizados 5000 procedimentos mensais. O Diretor geral informou também que o Centro está buscando condições de atender pessoas com deficiência auditiva e visual e que pretende apresentar projeto para pleitear habilitação como Centro de Especialidades Regionais – CER 3 e convidou o grupo a retornar para conhecer o setor destinado ao atendimento das pessoas com deficiência auditiva.

**Conclusão:** Visita atingiu objetivo proposto e conclui que o Centro Hospitalar tem condições de acessibilidade, que ampliou área de abrangência de atendimento, que tem interesse em oferecer atendimento a pessoas com deficiência auditiva e visual e que demonstra compromisso em aumentar oferta de serviços com qualidade.