1 **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

2 **ATA 04/2010**

3 **DATA: 18 DE FEVEREIRO DE 2010**

4 Aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dez, às 18h30min, no auditório
5 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, situado na Avenida Loureiro da Silva,
6 nº. 325, reuniu-se, em sessão ordinária do Plenário, o Conselho Municipal de Saúde de
7 Porto Alegre. **O Sr. OSCAR PANIZ (Coordenador do Conselho Municipal de Saúde):**

8 No uso das atribuições que me são concedidas pelas Leis 8080/90 de setembro de 1990,
9 8142/90 de dezembro de 1990, da Lei Complementar 277/92, de maio de 1992 e de nosso
10 Regimento Interno, aprovado em junho de 2008, declaro aberta a sessão ordinária do
11 Plenário de 18 de fevereiro de 2010, tendo a seguinte proposta de pauta: 1)**Abertura,**
12 2)**Apreciação das atas: sem apreciação de atas** 3)**Faltas Justificadas,** Lúcia R. Silveira
13 (DCS Noroeste), Carla Lourenço (Extremo Sul), Maria Letícia de Oliveira Garcia, Alberto
14 Terres, Vera Leonari, Maria Encaracion (Leste), Ione Nichele, Jonas Mendonça, Sandra
15 Perin e Grazielle (GAPA), Sônia Coradini, Salette Camerini (FIERGS), Clarissa Bassin e
16 Adriana Rojas (Sindicato Médico). 4)**Pareceres: 03/10 – Plano de Aplicação de**

17 **Programa Nota Solidária 19ª trimestre Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre;** 5)

18 **Informes:** a)Comissão DST/AIDS-POA-Estado; b)Resposta da Câmara sobre pedido de
19 CPI; c)Conferência de Saúde Mental e 6)**Resolução 07/10. Presentes os seguintes**

20 **conselheiros titulares:** 1)REJANE HAIDRICH; 2)FLÁVIO BECCO; 3)ANTONIO

21 **LOSADA;** 4)GLÁUCIA FONTOURA; 5)PAULO GOULART; 6)OLIR CITOLIN; 7)ELEN

22 **MARIA BORBA;** 8)HEVERSON VILAR DA CUNHA; 9)DJANIRA DA CONCEIÇÃO;

23 **10)JOSÉ CARLOS VIEIRA;** 11)GILMAR CAMPOS; 12)PEDRO LUIS VARGAS; 13)ANA

24 **CLÁUDIA DE PAULA;** 14)ISIS SILVEIRA; 15)MARIA REJANE SEIBEL; 16)BRIZABEL

25 **ROCHA;** 17)LINDSEY LARSON; 18)TANIA RUCHINSQUE; 19)ROGER DOS SANTOS

26 **ROSA;** 20)RAFAEL VICCARI DOS SANTOS. **Conselheiros Suplentes:** 1)OSCAR

27 **PANIZ;** 2)ROSANGELA BEATRIZ DE LIMA; 3)GLÁUCIO RODRIGUES; 4)JOÃO

28 **MENEZES;** 5)CLAUDIA MATTIA. Senhores (as) conselheiros (as), como a Srª.

29 Presidenta Maria Letícia está de férias, vou assumir a tarefa de coordenar o Plenário.

30 Muitos daqui conheceram o conselheiro Riograndino. Devo informar, lamentavelmente,

31 que ele veio a falecer na semana passada. Foi mais um conselheiro que colaborou muito

32 com este Conselho e bastante importante na Centro Sul. Mas, infelizmente, é assim. A

33 Elen pode apresentar o Plano de Aplicação do Programa Nota Solidária 19º trimestre da

34 Santa Casa de Porto Alegre. **A Srª. ELEN MARIA BORBA (Secretária do Conselho**

35 **Municipal de Saúde):** Parecer 03/2007 datada da reunião ordinária de 11 de janeiro de

36 2010. Assunto: Bonificação do Programa Nota Solidária 19º trimestre Irmandade da Santa

37 Casa de Porto Alegre. Para responder a consulta, nossas análises levaram em

38 consideração a Resolução 36/2004 que determina prazo e conteúdo dos projetos e ações

39 em saúde para o Município de Porto Alegre. Nossas avaliações têm como finalidade

40 apresentar aos conselheiros uma visão real das questões político-financeiras do projeto e

41 contribuir com todos os esclarecimentos necessários para a votação. (Lê o documento.) **O**

42 **Sr. OSCAR PANIZ (Coordenador):** Algum esclarecimento? **O Sr. PEDRO LUIS DA**

43 **SILVA VARGAS (SINDICÂMARA):** Eu sou cristão novo. Trata-se de material para uma

44 pracinha, é isso? **O Sr. OSCAR PANIZ (Vice Coordenador do Conselho Municipal de**

45 **Saúde):** Mais alguma pergunta sobre o parecer? Não. Então, com a palavra o Sr. Raul, da

46 Santa Casa. **O Sr. RAUL VALANDRO (Representante da Santa Casa de Porto Alegre):**

47 Boa tarde a todos. Meu nome é Raul Valandro e estou representando a Santa Casa. Este

48 valor está sendo destinado ao projeto da Criança Santo Antônio para aquisição de

49 brinquedos para as crianças que são tratadas na área de oncologia, especificamente na

50 parte de oncologia. Então, esses brinquedos têm o motivo de atenuar, digamos assim, o

51 sofrimento psicológico que as crianças sofrem quando estão internadas no hospital ou
52 quando se submetem ao tratamento de quimioterapia e outras coisas. O objetivo é este.
53 Vocês podem ter estranhado o nome dos brinquedos, mas é com este objetivo. **O Sr.**
54 **OSCAR PANIZ (Vice Coordenador do Conselho Municipal de Saude):** Mais algum
55 esclarecimento? Não? Então, vamos passar à votação. Em votação o parecer 03/10-Plano
56 de aplicação do Programa Nota Solidária 19º trimestre Irmandade da Santa Casa de
57 Misericórdia de Porto Alegre. Os (as) conselheiros(as) que aprovam se manifestem
58 levantando a mão. (Pausa) **16 votos favoráveis.** Os (as) conselheiros (as) que são
59 contrários se manifestem levantando a mão. (Pausa.) Os (as) conselheiros(as) que se
60 abstêm se manifestem levantando a mão. (Pausa.) **01 Abstenção. APROVADO O**
61 **PARECER 03/2010 por 16 votos favoráveis e 01 abstenção.** Vamos aos Informes.
62 Tenho algumas coisas aqui para passar. Alguém se propõe a dar algum informe? O meu
63 primeiro informe é sobre a Comissão de DST. Brizabel, na primeira semana de janeiro
64 fizemos a reunião e temos tido dificuldade da participação da representação do gestor.
65 Neste dia, fizemos uma solicitação de informes sobre qual seria a política de prevenção
66 para o carnaval, no dia 12 de janeiro. No dia 09 de fevereiro, novamente, solicitamos
67 informações ao gabinete sobre o mesmo tema e no dia 11 veio a resposta. A resposta veio
68 um pouco truncada. Vou ler o Ofício. *Em resposta ao Ofício 036 de 2010, datado de 09 de*
69 *fevereiro, informamos que realizamos todos os anos desde, pelo menos, 1999 distribuição*
70 *de preservativos no local de desfiles das Escolas de Samba, sendo que neste ano de*
71 *2010 serão distribuídos 60 mil preservativos e 20 mil lubrificantes amplamente divulgados,*
72 *conforme Folha 04-08 anexo. Seria do DOPA, mas não veio o anexo. Informamos ainda,*
73 *conforme material anexo que neste ano realizaremos teste rápido de HIV em parceria com*
74 *o Ministério da Saúde, Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais como parte da*
75 *“Campanha Fique Sabendo”. Salientamos que foram estabelecidos critérios rígidos e*
76 *faremos um acolhimento com triagem e orientação, conforme DOPA remete Folha 08.*
77 Sobre teste rápido havia divergência, exatamente na questão da aplicação e no local. *Por*
78 *fim, informamos que foi atividade amplamente divulgada pela Comissão de Saúde da*
79 *população X. (Risos.) População X aqui é a população negra. Tem este problema de*
80 *redação e da qual a Srª. Maria Letícia de Oliveira Garcia faz parte e estaria ciente de tal*
81 *atividade. Não tendo mais para o momento, colocamo-nos à disposição para maiores*
82 *esclarecimentos.* Eu fiz questão de ler, porque acho que não foi conveniente a resposta.
83 Foi assinado pelo Dr. Luis Carlos Selligmann, mas acredito que ele não tenha redigido o
84 documento ou não tenha lido. Bom, eu vou intercalar os informes que tenho com os
85 conselheiros que estão se inscrevendo. Com a palavra o conselheiro Héverson. **O Sr.**
86 **HÉVERSON LUIS VILAR DA CUNHA(Comissão Eleitoral):** Boa noite a todos. Conversei
87 com o João e com a Rita e é do nosso entendimento que temos que encerrar o processo
88 eleitoral. Fizemos todo o processo eleitoral, houve a eleição, houve a posse, mas não
89 encerramos administrativamente, inclusive não foi publicado ainda. Tive o trabalho de
90 relacionar toda a documentação, as atas, tudo que foi entregue para nós, inclusive o
91 pedido de recurso contra a candidatura do Vieira não tão legal, não tão oficial do Conselho
92 Distrital de Saúde do Extremo Sul. Hoje o João vai fazer a leitura, a Comissão vai assinar
93 e encerrar o seu trabalho entregando definitivamente. Inclusive, a cédula de votação está
94 aqui. Depois se o pessoal quiser dar uma pesquisada, dar uma olhada está tudo aqui. E
95 para as pessoas que no futuro forem sorteadas para fazerem parte da Comissão Eleitoral
96 tem um bom calhamaço de papel para lerem depois. Obrigado. **O Sr. JOÃO MENEZES**
97 **(SindiSaude):** Pessoal, eu só quero comunicar que o SindiSaude foi homenageado na
98 Assembléia Legislativa pelos seus 65 anos. Foi fundado em 1945. Encaminhamos
99 convites a todos os Conselhos Municipais dos quais participamos: Canoas, Alvorada,
100 Cachoeirinha, Porto alegre, Gravataí mais o Conselho Estadual de Saúde e às entidades

101 ligadas a nós. Quero, novamente, convidá-los para, segunda-feira, dia 22, ocasião em que
102 o SindiSaúde também estará sendo homenageado pelos seus 65 anos, na Câmara
103 Municipal de Porto Alegre. Por esta razão, estou estendendo o convite a todos vocês.
104 Será às 14horas. São 65 anos de luta. Estamos tentando escrever um pouco da história
105 dele, mas estamos encontrando certa dificuldade porque, criado em 1945, sofreu durante
106 o regime militar uma intervenção. São 50 anos que estamos tentando recuperar. De 1995
107 para cá temos registros suficientes para relatar a história, mas anterior a isso não.
108 Inclusive, vamos contar muito com a ajuda da Eny Cecília Bahia que foi uma das
109 interventoras e da Mara Menegon. São pessoas que estamos à procura para resgatar
110 esta história. Então, é um momento muito especial o que SindiSaude está vivendo. Neste
111 momento ele está no auge das lutas que tem travado. O ano de 1999 foi muito bom para
112 nós, porque tivemos êxito em todas as lutas, resultados positivos para a categoria e para a
113 população usuária do SUS, pois o SindiSaude não faz a luta só para o direito dos
114 trabalhadores, mas também faz a luta pelo bom atendimento, pela qualidade de
115 assistência à saúde da população, evitando o fechamento de hospitais, buscando
116 melhores condições de trabalho e melhores condições de atendimento também. Não é
117 uma luta só da categoria, mas uma luta para a população deste estado no seu
118 atendimento e na qualidade de vida para todos nós. Este era o informe. Obrigado.
119 **(Palmas.) O Sr. OSCAR PANIZ (Vice Coordenador do Conselho Municipal de Saude):**
120 Sr. Presidente do SindiSaude, neste dia 11, a Letícia estava de férias e eu estava com
121 compromisso na SMAM. Tem uma comissão na SMAM que está fazendo projetos
122 financeiros de um programa e não conseguimos alguém que fosse lá. Distribuímos os
123 convites a vários conselheiros, mas não conseguimos alguém que fosse. Quero declarar
124 de público que não pude comparecer porque tinha um compromisso com o Secretário da
125 SMAM. Não quero justificar, mas cumprimentar o SindiSaúde. Com a palavra o Gilmar e
126 depois o Vieira. **O Sr. GILMAR CAMPOS (Conselho Distrital de Saúde da Lomba do**
127 **Pinheiro):** Boa noite a todos. Quero registrar que lá no pronto atendimento, hoje, havia
128 mais de cem pessoas, porque está sendo reformado. Usaram o ar condicionado e houve
129 problema. Foi mandado para lá, mas não deu para usar, porque houve problema. O
130 pessoal de lá está apavorado, está indignado com o calor que estava. Agora deu uma
131 refrescada. Mas, hoje fui levar uma paciente e me deparei com cem pessoas para o pronto
132 atendimento. E o tempo de espera era mais de quatro horas. A pessoa foi lá e estava
133 superlotado. Não tinha mesmo condições porque ainda foi dividido o local. Está sendo
134 feita uma parte para, depois, fazerem a outra. Então, a gente sabia que ia passar por
135 dificuldades, mas não esperava que fossem tantas assim. A demanda foi mais que o
136 esperado. A gente achava que com o pessoal de férias fosse diminuir, mas não,
137 aumentou. Por isso, quero deixar registrado que estamos passando dificuldades. Inclusive,
138 alguns médicos fizeram denúncias e a gente não sabe como é que ficou a situação. Na
139 reunião que tivemos na quarta-feira passada algumas informações não nos foram
140 repassadas. Alguns médicos estavam descontentes por causa da falta do ar condicionado.
141 Parece que foram mandados alguns ares condicionados para arrumar, mas hoje estava
142 braba a situação!**O Sr. OSCAR PANIZ (Vice Coordenador do Conselho Municipal de**
143 **Saude):** Quero fazer uma comunicação. Recebemos documento do Diretor Geral da
144 Câmara Municipal de Porto Alegre, referente à correspondência datada de 27/01/2010,
145 aquela que solicitava providências no sentido de uma CPI sobre o caso Sollus. Esta
146 correspondência foi remetida pelo Procurador Geral da Câmara ao seu Diretor Geral que,
147 por sua vez, a encaminhou ao Conselho Municipal de Saude. (Lê a correspondência)
148 (Após a leitura) Na verdade, o nosso propósito era fazer com que os vereadores
149 tomassem essa iniciativa. Obviamente tínhamos conhecimento de que a iniciativa cabia
150 aos vereadores. Mas, a luta continua! Eu não estou muito envolvido nessa questão, mas

151 parece que o pessoal continua pressionando os vereadores para que a CPI aconteça. Era
152 esta a informação que tinha para vocês. **O Sr. JOSÉ CARLOS SILVEIRA VIEIRA**
153 **(Conselho Distrital de Saude Extremo Sul):** Boa noite. Quero fazer um convite para o
154 Conselho e para a Brizabel. No dia 23 do corrente, vamos fazer uma reunião do Conselho
155 Local e Distrital lá no Posto de Belém Novo. Estamos tomando algumas providências, pois
156 a Coordenadora da Unidade e a Gerência não estão tomando, Brizabel. Estamos tentando
157 acabar com a venda de fichas, fato que está ocorrendo na unidade de Saude Belém Novo.
158 As pessoas vão para lá de madrugada para tirar ficha e vender por 20/30 reais a ficha.
159 Tivemos uma reunião com a Coordenadora e a Gerência do Posto e decretamos que a
160 ficha da noite será distribuída às 14 horas e a ficha para o outro dia, pela manhã,
161 queremos que seja distribuída também às 14 horas. A Gerência Distrital concordou
162 conosco, mas a Coordenadora da Unidade não está de acordo com o sugerido e é uma
163 vergonha o que está acontecendo lá no Posto. Também quero registrar, Brizabel, o que
164 está ocorrendo em função desses feriados. Ontem só havia uma ginecologista trabalhando
165 e o nosso dentista, que voltou de férias. Eu fui até o Posto e quase apanhei das pessoas
166 que lá estavam. Eu até liguei para o teu celular, mas tu não conseguiste me dar retorno.
167 Não queremos mais essa Coordenadora na nossa Unidade. Então, nessa reunião do dia
168 23, queremos solicitar que a Gerente da Restinga coloque aquela pessoa que é auxiliar
169 dela para nos ajudar, porque só assim vamos colocar freio naquele pessoal que lá está. É
170 vergonhoso que a gerente de uma unidade de saude não saiba dar encaminhamento para
171 os médicos. **A Srª BRIZABEL ROCHA (Secretaria da Saude):** Qual a unidade e qual o
172 horário? **O Sr. JOSÉ CARLOS SILVEIRA VIEIRA (Conselho Distrital de Saude**
173 **Extremo Sul):** Às 17 horas, Posto de Belém Novo. **ANTONIO LOSADA (Conselho**
174 **Distrital de Saude Centro Sul-Sul):** Boa noite. O Companheiro Oscar já fez algumas
175 referências a respeito do falecimento do Conselheiro Usuário Riograndino Pereira de
176 Oliveira, ocorrido na última terça-feira, sendo que seu sepultamento aconteceu na quarta-
177 feira. Vários conselheiros da Região, inclusive eu, estiveram presentes e foi prestada uma
178 bonita homenagem àquele companheiro de luta, de 84 anos, e que deu uma contribuição
179 muito grande no que diz respeito à organização, não só dos usuários, mas também dos
180 trabalhadores de saude. Ele foi um exemplo de luta e de cidadania do controle social e do
181 controle público. Então, nada mais justo do que, nesta ocasião, fazermos este registro de
182 maneira formal. Ficam as nossas homenagens ao Companheiro Riograndino Pereira de
183 Oliveira que muito contribuiu para a organização popular, para o controle social e para o
184 controle público. Muito obrigado. **O SR. OSCAR PANIZ (Vice Coordenador do Conselho**
185 **Municipal de Saude):** Mais alguém tem informe? (Silêncio no Plenário). Eu esperava que
186 a Silvia Giugliane estivesse aqui para falar sobre a Conferência de Saude Mental. Temos
187 uma proposta de, na terça-feira, dia 23 do corrente, aqui neste Auditório, fazer uma
188 reunião com todas as entidades que compõem o Conselho Municipal de Saude ou seus
189 representantes, não é necessário que seja conselheiro, pode ser alguém da entidade, para
190 que comecemos a organizar a Conferência Municipal de Saude Mental. Eu tinha uma
191 combinação com a Silvia Giugliane, não consegui falar com ela, mas esperava que ela
192 viesse hoje, aqui. De qualquer maneira, vamos enviar e-mail confirmando que no dia 23 de
193 fevereiro, às 18 horas, vamos realizar uma reunião para começar a organizar a
194 Conferência de Saude Mental do Município de Porto Alegre. Gostaríamos que as
195 entidades que aqui se encontram se fizessem representar, para que possamos começar a
196 organizar. Trata-se de uma reunião preliminar, até por que uma boa parte das pessoas
197 está de férias. No começo de março faremos uma outra reunião para ir depurando a
198 comissão e organizar. Brizabel, não sei se queres te manifestar quanto à chamada de
199 outras secretarias. **A Srª BRIZABEL ROCHA (Secretaria Municipal de Saude):** Já foi
200 feita, de acordo com o que combinamos e informamos na última plenária, pelo Secretário

201 Seligmann a convocação de representantes. Trata-se de uma conferência interdisciplinar:
202 DEMHAB, Cultura, FASC, Assistência Social, SMIC em função do trabalho e Educação.
203 São estas cinco secretarias que são citadas no documento federal e elas foram
204 convocadas para compor o grupo de organização da Conferência. (Conselheira que não
205 se identificou, faz um questionamento fora do microfone) **O Sr. OSCAR PANIZ (Vice**
206 **Coordenador do Conselho Municipal de Saude):** Isto a gente ainda não tem. A partir de
207 agora é que vamos organizar as datas, o calendário. Todos sabem que temos o
208 compromisso de até o dia 31 de março avaliar o Plano Municipal de Saude e apresentar
209 nossas contribuições para o gestor e, posteriormente, trazer ao Plenário para encaminhar.
210 Resolvemos apresentar uma proposta de resolução para dar caráter mais formal para
211 esse grupo de trabalho. Vou ler essa proposta de resolução e, depois, ver com vocês se
212 há algum acréscimo, para podermos aprovar. (Lê proposta de resolução) (Após a leitura)
213 Caso aprovada a proposta de resolução, esta será assinada pela Coordenadora Maria
214 Letícia de Oliveira Garcia. Alguma observação? Algum esclarecimento? (Silêncio no
215 Plenário) Em votação a Proposta de Resolução 07/10. Os (as) conselheiros (as) que a
216 aprovam se manifestem levantando a mão. (Pausa) **19 votos favoráveis.** Os (as)
217 conselheiros (as) que forem contrários à Proposta de Resolução se manifestem
218 levantando a mão. (Pausa) (Nenhum voto contrário) Os (as) conselheiros (as) que se
219 abstêm se manifestem levantando a mão. (Pausa) Não houve abstenções **APROVADA A**
220 **RESOLUÇÃO 07/10. O SR. OSCAR PANIZ (Coordenador):** Everson. **O Sr. HÉVERSON**
221 **LUIS VILAR DA CUNHA:** Ainda não falo pelo Conselho Distrital da Restinga. Será na
222 próxima. Recebi um convite da Câmara de Vereadores para esse caso da possível
223 instalação de CPI. Faltam dois votos para completar o número mínimo para a instalação
224 da CPI. Na reunião estava o Terres e a gente conversou e depois entramos no site do
225 conselho aqui e nos deparamos com a seguinte situação: no site do Conselho há cinco
226 cronogramas dos distritos que têm reunião. A maioria não tem reunião. Não está no site.
227 Já é uma dificuldade para operar o sistema. Outra coisa: estou tentando atualizar a página
228 da Restinga e aparece no site da Prefeitura os outros conselheiros ainda. Estamos
229 pedindo para que seja atualizada a listagem. No computador da entrada eu deixei na
230 página de trabalho um ícone sobre o calendário de todas as reuniões, e um pedido da
231 Maria Letícia, que é o seguinte: agora, no mês de março, os conselhos distritais que têm
232 agenda marcada é uma situação, mas os que não têm agenda por favor pautem o
233 Conselho Municipal de Saúde, porque a coordenadora do Conselho quer ir nas regiões e
234 nos distritos conversar sobre a situação da CPI. Inclusive eu disse que gostaria que
235 quando fossem na Restinga fosse o gestor, o Conselho e o representante da Câmara,
236 porque não posso tomar uma decisão ouvindo somente um lado, e agora falo como
237 conselheiro do Conselho Municipal de Saúde. Tenho que ouvir, no mínimo, as três partes
238 envolvidas nessa história. Quanto ao gestor já sei como é que a coisa andou. O Conselho
239 sabemos até onde o Conselho foi, até onde está batalhando para que se dê um rumo
240 certo ao assunto. Resta a parte da Câmara de Vereadores. É um conjunto de regras que
241 temos de explicar muito bem para a comunidade para que não darmos um “tiro no pé”
242 mais adiante. **O SR. OSCAR PANIZ (Coordenador):** Sobre a primeira parte que o
243 Everson falou, aproveitando a oportunidade, quero dizer que voltamos a ter dificuldades
244 hoje novamente. Ontem, veio a nossa última estagiária, que estava de férias, e comunicou
245 que não vai mais poder continuar. Então, estamos sem estagiários. Está havendo uma
246 rotatividade. Temos muitas informações para serem atualizadas em nosso site. Sei que
247 isso não justifica, mas isso deve ser feito por alguém num trabalho contínuo, entrosado, e
248 essa menina que estava fazendo entrou em férias, e agora não está mais conosco.
249 Lembro que no começo de dezembro fizemos um chamamento para que os conselhos
250 distritais apresentassem as suas agendas de reuniões. Sobre a proposta do Everson eu

251 acho excelente que haja o ponto e o contraponto. **O SR. JOÃO MENEZES (SindiSaúde):**
252 Não sei se chegou ao conhecimento das entidades, mas recebemos no SindiSaúde um e-
253 mail da COSMAM, que hoje tem na Presidência o Ver. Odacir Oliboni, onde ele nos
254 comunica que a COSMAM, consultando a Justiça Federal, obteve a confirmação de que a
255 origem da investigação a respeito da questão Sollus é um dossiê feito pelo Conselho
256 Municipal de Saúde, e não como foi divulgado pela mídia, de que teria sido por iniciativa
257 da Prefeitura de Porto Alegre. A origem são as denúncias feitas pelo Conselho Municipal
258 de Saúde. **O SR. OSCAR PANIZ (Coordenador):** Conseguimos essa informação em
259 outro site. Mas, com muita tranquilidade, desde quando saiu em janeiro, no primeiro
260 momento procuramos a imprensa exatamente para fazer esse contraponto, e dissemos
261 que já sabíamos dessa situação, e que a maioria das pessoas já sabia que a iniciativa
262 havia sido do Conselho Municipal de Saúde. **A SRA. ANA MARIA MARTINS MOREIRA**
263 **(Sindicato Médico):** Quero perguntar ao Conselheiro que falou sobre Belém Novo se
264 ainda o atendimento está sendo feito na casa ou se voltou para o posto? **(O Conselheiro**
265 **inquirido informa que ainda é na casa.)** No ano passado o Sindicato Médico esteve
266 fazendo uma vistoria nessa instalação da casa, que estava em péssimas condições, havia
267 um buraco na frente da mesa onde havia a recepção. **(O Conselheiro inquirido informa**
268 **que já foi arrumado).** No ano passado ainda, está fazendo um ano agora, fizemos uma
269 vistoria em vários postos de saúde para ver as condições de trabalho nos locais, porque
270 acreditamos que deve haver saúde de qualidade, no atendimento, nas instalações.
271 Encaminhamos ao gestor da época um dossiê apontando todas as falhas que
272 encontramos nas instalações físicas. Por exemplo, no Centro de Saúde Modelo, depois da
273 reforma havia cupins ainda nas portas, porque foi apenas passada uma tinta por cima,
274 sem a restauração. Então, lamento que ainda se esteja casa, e não tenha sido feita a
275 reforma naquele prédio, que pedimos para ser interditado, até porque havia uma parede
276 que estava caindo. **(O conselheiro inquirido informa que está em licitação.)** Está em
277 licitação mas está muito demorado. Então, não sei como poderemos encaminhar para que
278 toda rede seja restaurada. São coisas básicas. Por exemplo: em alguns postos novos as
279 torneiras, onde temos de lavar as mãos a todo momento para que não haja contaminação,
280 depois de abertas e lavadas as mãos não se pode fechar novamente. E vimos apenas
281 dois postinhos, dos vinte e tantos que examinamos, com as torneiras adequadas. Uns
282 foram construídos recentemente, há seis anos, outros foram reformados tipo a reforma
283 feita no Modelo, há dois anos. São detalhes que podem não parecer importantes num
284 primeiro momento. E aquela casa, quando começar a época de chuvas, será novamente
285 um caos para a equipe trabalhar, e para o acesso da população. Não sei como o conselho
286 pode encaminhar essa situação. Encaminhamos ao Ministério Público, ao gestor naquela
287 época, e venho aqui somente para conferir se foram tomadas providências. **O SR. OSCAR**
288 **PANIZ (Coordenador):** Sobre isso a gente já tem uma posição há alguns anos no
289 Conselho. Porque a idéia é sempre que se façam reformas, mas reformas mesmo, ou um
290 novo posto de saúde, com condições de trabalho. Essa questão da torneira já poderia ter
291 sido resolvida. Sou do tempo do Navegantes e lembro que há cinco anos foi colocada uma
292 pia nova no Navegantes e foi solicitada essa torneira, que não foi colocada. É a história do
293 custo-benefício. Os trabalhadores têm solicitado e precisamos pressionar, porque não
294 queremos uma reforma “a meia boca”, queremos unidades de saúde decentes, porque o
295 trabalhador trabalhando num lugar decente o usuário certamente será muito melhor
296 atendido. Por isso precisamos o apoio das entidades. **A SRA. REJANE (Distrital Eixo**
297 **Baltazar):** É apenas uma pequena questão: aquela situação do álcool gel nos hospitais,
298 não é obrigatória? Tenho frequentado diversos hospitais em Porto Alegre e principalmente
299 na área do SUS o álcool já está esquecido, os equipamentos estão obsoletos nas
300 paredes. Quero saber de fonte segura se ainda há essa exigência do álcool gel dentro dos

301 hospitais? Porque na área particular de alguns hospitais temos percebido que há o álcool,
302 mas na parte do SUS não existe, e considero que a área do SUS seja bem mais
303 importantes do que as áreas que são particulares. **O SR. OSCAR PANIZ (Coordenador):**
304 Heloísa, queres apresentar a nossa palestrante? **A SRA. HELOÍSA ALENCAR:** É com
305 muito prazer que apresento a minha colega Adelaide Konzen, enfermeira fantástica do
306 Grupo Hospitalar Conceição. Foi minha colega no curso de especialização e é a
307 coordenadora desse programa, que também acho fantástico. Por isso convidamos a
308 Adelaide para apresentar essa pauta, e já fazia algum tempo que eu tinha sugerido essa
309 pauta, e como tínhamos uma pauta que não aconteceu, conseguimos aproveitar que a
310 Adelaide estava com essa disponibilidade para conversar conosco e pudéssemos
311 conhecer esse projeto, que na verdade é uma proposta que deveria existir em todos
312 hospitais de Porto Alegre. Todos os hospitais deveriam ter um programa como esse, com
313 certeza, de emergências, porque boa parte do que está lá superlotando a emergência
314 poderia ser aliviada com um programa como esse. Adelaide, por favor. **A SRA.**
315 **ADELAIDE KONZEN (Coordenadora do Programa Saúde em Casa):** É um prazer estar
316 aqui novamente. Em outras épocas eu participava bem mais, mas, enfim, a gente acaba
317 se dedicando a outras atividades e temos de abrir mão de outras. O Programa Saúde em
318 Casa é um nove genérico. Esse programa virou um serviço de internação domiciliar e a
319 finalidade dele é essa, iniciar um movimento de *desospitalização*. Por que se entra com
320 essa proposta? Qual é a avaliação que se faz? É que boa parte dos pacientes que
321 procuram a emergência não é situação de emergência. Várias pessoas que transitam
322 pelas emergências fazem essa observação. Se caracteriza por ser um pós-hospitalar
323 móvel. O que seria o pré-hospitalar móvel? É a SAMU, que encaminha para o hospital.
324 Fazemos o que deve ser feito no hospital, avaliamos os casos que podem ser tratados em
325 casa e acompanhamos esses pacientes. O Grupo Hospitalar Conceição é uma instituição
326 cem por cento SUS. Existe o Hospital Conceição, que atende adultos em geral, com
327 especialidades, o Hospital da Criança, que também tem especialidades, o Hospital Cristo
328 Redentor, que atende traumas, neurocirurgias e queimados, o Hospital Fêmeina, que é o
329 hospital da mulher. E temos ainda o serviço de saúde comunitária, composto por doze
330 postos. Não temos critérios nem de patologia definida, e nem de idade definida. Atende-se
331 dos zeros aos cem anos em internação domiciliar. A realidade que vivenciamos, não
332 somente no país como no mundo inteiro, é a **transição demográfica**. A população está
333 envelhecendo. Tínhamos um país jovem, e agora esse país está envelhecendo, com isso
334 trazendo as doenças crônicas degenerativas, cuidados a longo prazo e **mudanças no**
335 **perfil epidemiológico**. Esse cuidado tem de ser feito dentro do hospital, ou não. O
336 sistema precisa repensar isso, até porque o modelo hospitalar é extremamente caro,
337 quase que insustentável para o sistema, e então existem alternativas que precisamos
338 começar a construir. O setor privado tem isso há muito mais tempo, e vemos que é viável
339 e plenamente sustentável. Outra realidade que se vivencia é a superlotação dos hospitais,
340 que não é de hoje, é de longa data, há várias razões, mas, enfim, isso ainda permanece.
341 As reinternações frequentes: uma mesma pessoa, independente da idade, é reinternada
342 várias vezes e muitas vezes pela mesma razão. Quando atendemos a uma criança com
343 cinco meses de idade, por exemplo, que já teve quatro internações, o que será que está
344 acontecendo lá fora, na casa, que essa criança não consegue ficar em casa. Então, é
345 nesse espaço, é do lado de fora que a gente começa a intervir para poder mudar essa
346 realidade, e para evitar essas **internações frequentes**. A população é carente de tudo,
347 desde informação, conhecimento e suporte. Por exemplo: levo para casa esse indivíduo,
348 que esteve *xis* tempo internado. Como procedo? Qual é a realidade que ele vive? Porque
349 dentro do Hospital tem casa, comida e roupa lavada. Fora do Hospital nem sempre se tem
350 isso. Então, o que é que se pode construir nesse contexto de miserabilidade extrema?

351 Trabalhamos isso muito com as famílias que atendemos. Possibilidades que se tem: uma
352 delas é a construção de redes de assistência. Os hospitais não estão no topo da rede. Os
353 hospitais fazem parte da rede de assistência. Temos os postos de saúde, os hospitais, as
354 associações, tudo isso vai compondo a rede de assistência a ser prestada para aquele
355 indivíduo, independente de ser criança ou adulto. É muito difícil tecer essa rede entre
356 serviços e demais órgãos. A questão da integralidade cuidada. O que é que se recebe na
357 emergência? Não é apenas uma pneumonia, uma diabetes descompensada. Recebemos
358 pessoas que não conseguem sair da situação em que se encontram. O contexto dele
359 precisa ser revisto e precisa de uma intervenção da equipe. Precisa de leito hospitalar. E
360 quando ele precisa o leito tem de estar à disposição. Mas, a partir do momento em que o
361 paciente tem alta é importante acompanhar o contexto em que ele vive, para vermos se
362 ele consegue dar conta do cuidado que ele necessita. Ninguém sai do hospital do mesmo
363 jeito, sempre há alguma coisa a acrescentar no seu cuidado. A questão do **suporte aos**
364 **cuidadores** para produção de cuidados. Observamos um aumento do número de
365 acamados. Isso independente da idade. Se é criança, porque é encefalopata. Se é jovem
366 é porque foi vítima de violência, seja no trânsito, por arma branca, por arma de fogo. E
367 temos o idoso, que em função da evolução das doenças acaba sendo acamado. Quem é
368 que cuida desse acamado? É a família geralmente. São os chamados **cuidadores**. Temos
369 um DVD que produzimos porque é isso que boa parte deles verbaliza: quando a gente tem
370 alta do hospital caímos num vazio, num vazio em todos os sentidos. Não há suporte do
371 sistema, da rede, os postos de saúde não conseguem dar conta. Boa parte deles não
372 fazem visitas domiciliar. O Seu Joãozinho, que teve um AVC e a vida inteira consultou
373 naquele posto, agora que ele está acamado o posto não consegue ir a ele. Entendem a
374 situação? Isso é motivo de discussão, porque o posto deixou de ser aquele espaço onde
375 ser faz consulta médica por ativo e passivo. Ele precisa também olhar para o lado de fora.
376 Na verdade as coisas acontecem do lado de fora, na comunidade. Talvez não seja
377 prioridade para ele, mas ele precisa saber que existe um *xis* número de acamados
378 naquela comunidade que é de sua responsabilidade. Essa discussão temos feito com
379 certa frequência e gostaríamos inclusive da ajuda de vocês nesse sentido, porque é muito
380 importante o papel do posto de saúde nas comunidades, para oferecer esse suporte. O
381 sentido da orientação ao cuidador é sempre para respeitar a autonomia, saber como
382 cuidar, o que fazer, saber para onde ir, que ele dê esse suporte de orientação e
383 informação. A internação domiciliar veio como uma **estratégia de ação** e de internação,
384 quando a Prefeitura de Porto Alegre chamou a Santa Casa, a PUC, o Clínicas e o
385 Conceição para discutir a superlotação dos hospitais. Em cima disso foram construídas
386 várias alternativas, entre elas o Saude em Casa. Muito em cima daquilo, de que batem na
387 porta da emergência, porque temos de tudo ali, desde unha encravada, bicho-de-pé, não
388 tenho coisa para comer em casa, não tenho dinheiro para comprar remédio. Tem de tudo.
389 Até grandes enfartos, situações que precisam de leito hospitalar para tratamento. Mas, há
390 de tudo. Mais de 80%, com certeza, teriam tratamento adequado em casa, se
391 conseguissem ter um suporte adequado. Em 2004 o Ministério da Saude traz à discussão
392 sobre a reforma do sistema hospitalar, e um dos capítulos da cartilha é a alternativa de se
393 construir um serviço de internação domiciliar nas cidades. Como alternativa de
394 desospitalização. Então, a gente vai trabalhando nesse sentido, na construção de
395 alternativas que não sejam o hospital. Se tem que passar a noite numa fila para conseguir
396 uma ficha, então vai direto na emergência. É esse o trajeto. Então, é esse o fluxo que a
397 gente precisa rever. Tem que ir para a emergência quem precisa e tem que ir para o posto
398 os que precisam também. O posto precisa acolher e a emergência precisa acolher, e aí
399 persiste a situação de superlotação. O setor privado constituiu várias equipes de
400 internação domiciliar. Começou a ser terceirizada a internação domiciliar, e a ANVISA se

401 viu obrigada a regulamentar. Então, há uma portaria regulamentando a internação
402 domiciliar nos hospitais. Em outubro de 2006 o Ministério da Saude lança a Portaria 2529,
403 que regulamenta e institui o serviço de internação domiciliar dos hospitais, e também nos
404 municípios, para o sistema único de saúde. Ela ainda não foi regulamentada, ainda
405 aguardamos para que não seja um serviço que não é oficial, que é clandestino, mas desde
406 2004 a gente funciona e aguardamos para que seja regulamentado. Vocês são muito
407 importantes para isso. Existem vários conselhos municipais de saúde também trabalhando
408 nesse sentido, o Hospital de Clínicas de São Paulo trabalha muito em função disso, a
409 prefeitura de Belo Horizonte também tem um trabalho muito bom com relação ao serviço
410 de internação domiciliar. Várias equipes espalhadas pela cidade dão conta da assistência
411 tanto do SAMU, quanto dos postos e hospitais. Então, o Saúde em Casa é um serviço de
412 internação domiciliar destinado aos usuários, pessoas internadas nos hospitais Conceição,
413 Criança, Cristo e Fêmeina, que têm diagnóstico de tratamento definido, o que para nós é
414 importante, porque é uma das funções do hospital. A nossa intenção é construir rede,
415 avaliar dentro do hospital os encaminhamentos, as colegas encaminham consultorias,
416 solicitam avaliação. E oferecer suporte, capacitação e adaptação às famílias, porque o que
417 se observa é que as pessoas se perdem nos detalhes, como: “eu não soube como dar o
418 remédio a ele”, “não entendi a prescrição”, “me falaram tanta coisa que quando cheguei
419 em casa não lembrei”. E no detalhe as coisas evoluem mal e acabam agravando a
420 situação e voltando para a emergência. Temos uma boa parcela da população analfabeta
421 e não entende o que está escrito, e no hospital diz que entendeu porque tem vergonha de
422 dizer que não sabe ler. São tanto os jovens casais que têm as suas crianças internadas
423 quanto os cuidadores que cuidam dos seus avós e pais. Essa realidade nos surpreende.
424 Observamos que as crianças vêm, na sua maioria, de áreas de invasão, de áreas de tráfico
425 na cidade, com pais usuários de drogas que não estão em condições de cuidar. Então, a
426 gente identifica o problema e acaba encaminhando a outras instâncias e tem-se vários
427 desfechos. O hospital, como um grande centro de saúde, também é um centro de doenças
428 muito sérias. Devemos otimizar o leito hospitalar, porque sabemos que não há nada mais
429 disputado, e mais caro no sistema, do que o leito hospitalar. O custo mais caro nessa linha
430 é a questão da hotelaria, porque quando se está internado tudo se leva ao leito. Comida,
431 roupa, tudo, o que encarece. E não é somente a questão do custo, mas também o uso
432 adequado do leito. “Por que a pessoa está internada há tanto tempo? É porque estão
433 esperando terminar a reforma do meu quarto na minha casa.” Devemos agilizar bastante
434 para conseguir liberar leito na emergência e diminuir custos de internação. A
435 coordenadoria faz sempre o levantamento dos custos, quanto custa o internamento
436 hospitalar, uma diária, e quanto custa uma diária em internação domiciliar, considerando
437 que em internação domiciliar não tem hotelaria, o que é um grande avanço, considerando
438 que a gente fornece material e medicamentos pelo período em que o paciente estiver
439 conosco, e nesse período a gente vai encaminhando para que mais adiante eles tenham
440 esse material necessário. **Reduzir as reinternações pelo mesmo diagnóstico.** Aí vem a
441 questão das crianças que são enviadas mensalmente, do idoso que fica longo período no
442 hospital, e muitas vezes a família troca o endereço para ninguém encontrar mais. **A nossa**
443 **área de abrangência:** quando a prefeitura chamou os quatro hospitais para fazer o
444 diagnóstico a idéia era que cada hospital assumisse uma fatia da cidade. Nós ficamos em
445 Zona Norte, Eixo Baltazar e adjacências. Essa região comporta quarenta e quatro
446 unidades básicas de saúde, discutimos o projeto antes de implantar em cada uma delas,
447 dizendo da necessidade de se fazer algumas alterações para a sua implantação. Desses
448 quarenta e quatro doze são da comunitária, do Conceição. Mas, boa parcela que
449 atendemos são postos da prefeitura, e que também mais nos demandam. Os **critérios**
450 **para inclusão:** um deles é o de estar internado nos hospitais do Grupo, precisa ter o

451 diagnóstico e tratamento definido, estar clinicamente estabilizado, ele precisa residir na
452 área da programa, ele precisa morar na Zona Norte, porque temos muitas pessoas que
453 moram no interior ou na região metropolitana, mas que têm parentes, amigos, filhos, que
454 moram na região, então ele permanece pelo período necessário na área de abrangência e
455 quando melhora vai para o seu endereço de origem. Se ele for acamado precisa de um
456 cuidador, e a gente reparte o cuidado com esse cuidador, e a família desse cuidador é um
457 foco também para nós, porque se o cuidador não está bem e não entendeu muito bem o
458 que estamos tentando construir com ele com certeza isso vai refletir no cuidado com o
459 acamado. E necessidade de alguma conduta terapêutica. Por que estou encaminhando
460 essa pessoa para o serviço de internação domiciliar? Por vários motivos, desde a família
461 que não aceita, ou a família aceita mas tem dificuldades, ou então é um paciente terminal
462 que quer morrer em casa mas a família tem dificuldades de acompanhar. As razões são
463 as mais variadas. Temos alguns **registros**: um deles é o prontuário, que fica na
464 instituição, e a outra parte é o prontuário domiciliar, onde são feitos todos os registros das
465 visitas e tudo o que acontece no período de acompanhamento. Então, se há alguma
466 ocorrência na madrugada, por exemplo, que tenha que acionar a SAMU ou levar para o
467 hospital eles já têm todo registro do acompanhamento. A **consultoria** das unidades de
468 internação: independente de ser emergência, ou unidade de internação hospitalar, a gente
469 recebe as solicitações e responde on-line. Quando a gente recebe a consultoria a gente
470 imprime, vai até o leito, avalia o paciente, conversa com a equipe, chama a família e
471 pactua o cuidado com essa família. Se ele tem alta hoje, por exemplo, amanhã de manhã
472 nós vamos visitá-lo para ver se ele passou a noite, a situação da família para cuidar. No
473 prontuário tem o consentimento assinado, que é a formalização da pactuação do cuidado,
474 então a família se responsabiliza e nós também. Noventa e oito por cento assinam, em
475 alguns casos a família opta por não ser acompanhado. **Nota de acompanhamento**, onde
476 temos todo histórico, as **evoluções das visitas**, que eu estava colocando antes, e a **nota**
477 **de alta**. Sempre que vamos dar alta dos serviços uma nota de alta fica com o paciente, e
478 a outra nota de alta levamos para o posto de saúde, e sentamos com a equipe para
479 discutir e trocar informações. Muitas vezes quando o caso é mais complexo, ou há coisas
480 que não conseguimos entender, a gente vai até o posto de saúde para trocar informações.
481 A gente identifica situações de abuso em crianças, “a realidade não confere, o que dá para
482 fazer?” Vamos construindo um consenso de acordo com as necessidades daquele
483 indivíduo. **Fluxograma do Saúde em Casa**: os pacientes, tanto da emergência quanto
484 das unidades de internação, os médicos solicitam a consultoria e a gente vai até a unidade
485 de internação e avalia os pacientes que não preenchem os critérios, como, por exemplo,
486 se o quadro está estabilizado, se o paciente não está bem, se ainda tem febre, são
487 algumas situações que nos denotam que não preenchem os critérios e então colocamos
488 isso para a equipe. Se preencher os critérios entramos em contato com a família, e se a
489 família não consente damos o retorno para a equipe dizendo que a família não aceitou e
490 não incluimos. Se a família consente nós avaliamos a situação da família, porque tem
491 vários graus de compreensão, pactuamos o cuidado, agendamos visitas, e aí vai a
492 evolução. Então, cada caso é um caso, cada casa é uma casa, não há uma receita de
493 bolo para todos. O que se identifica às vezes é uma evolução não esperada. Em outras
494 situações o paciente terminal quer morrer em casa, mas a família não aguenta, não
495 suporta, e então precisamos também respeitar. E em outras situações também a gente
496 identifica que é risco, então retorna para revisão. A maior parte tem uma boa evolução,
497 obrigatoriamente sempre passamos pelo posto de saúde, porque o Seu Joãozinho faz
498 parte daquela comunidade, é cadastrado em tal posto e será em tal posto que o caso vai
499 ser discutido. Eventualmente se vincula ambulatório de especialidades. Por exemplo: se
500 um paciente é da oncologia. O colega da oncologia está acompanhando ele por longa

501 data, e quer ver ele daqui a sessenta dias, então a gente agenda a consulta, e ele é
502 vinculado tanto ao posto quanto ao ambulatório de oncologia. A gente sempre vincula
503 esse retorno para acompanhamento. **Atividades no domicílio:** na verdade quando se
504 chega no domicílio, estamos entrando no espaço do outro, respeitosamente, mas nunca
505 se sabe o que vai encontrar lá. Então, tem que ter um certo jeito. Temos a questão da
506 **capacitação da família acolhedora**, muitas vezes é o primeiro acamado, é o primeiro
507 AVC, é o AVC da pessoa que sustentava a família, são várias situações que identificamos
508 e que poderíamos discutir por longo tempo; temos **anticoagulação**, onde muitas vezes o
509 reajuste leva muito tempo e não é preciso ficar tanto tempo no hospital, pode ser feito em
510 casa. Muitas vezes para pacientes terminais temos que ver a questão do conforto, a
511 qualidade de vida, a qualidade de morte também desse indivíduo. São pacientes com
512 vários tipos de sondas, e a gente acompanha; coleta de exames para laboratório; manejo
513 com traqueotomia; tratamento odontológico, temos uma colega com aparelho portátil e ela
514 acompanha. E temos ainda o **etcétera**, que é tudo o que a gente encontrar pelo caminho
515 também, que muitas vezes nos surpreende, e precisamos ver o todo, porque com certeza
516 é o todo que interfere. **Composição de equipe:** temos três médicos, um pediatra, por
517 solicitação do Hospital da Criança, uma enfermeira da pediatria, duas enfermeiras, e três
518 técnicas em enfermagem por turno. Essa é a equipe por turno. Tem uma fisioterapeuta
519 que nos acompanha nas visitas também. E tem como suporte do serviço social, da
520 oncologia, laboratório, raio-x, nutrição, que a gente aciona conforme a necessidade. **Perfil**
521 **da demanda:** ela se concentra mais nos pacientes com mais idade, mas tem variado
522 bastante. **Caráter da doença:** quando se abriu para as unidades de internação o que
523 predomina são os pacientes crônicos de saúde, que ficam por longo tempo dentro do
524 hospital, então nesses casos conseguimos intervir. **Tempo de permanência:** esse tempo
525 oscila conforme o perfil dos pacientes que atendemos naquele mês. Se fosse dar
526 estrutura, por exemplo, bom, o seu Joãozinho é paciente terminal, mas faz parte de um
527 posto que nos verbalizou que não atende óbito no domicílio, o que a gente vai fazer? Ou a
528 gente volta para o hospital ou a gente segue acompanhando. O que der menor custo. O
529 menor custo é seguir acompanhando, porque senão, com certeza, ele volta para o
530 hospital. O que a gente observa também é que até para morrer – para nascer todo mundo
531 vai para o hospital – também se vai para o hospital. Por quê? Pela dificuldade que se tem
532 com o atestado de óbito. Quem fornece na Cidade de Porto Alegre atestado de óbito?
533 Então, tem toda uma rede – as funerárias que o digam – de fornecimento de atestado. A
534 família se sente muito insegura em levar o paciente terminal para casa. Quem vai dar o
535 atestado mesmo? E se o posto diz que não atende? Bom, então a gente segue
536 atendendo, mas vocês precisam se organizar para atender também, porque as pessoas
537 dessa comunidade também vão a óbito, eventualmente, e a gente precisa dar conta disso.
538 Mas enfim, é um processo de construção que se tem no dia a dia. Aqui são as patologias
539 que habitualmente se atende. Mas a gente não se fixa muito na patologia. Porque, por
540 exemplo, uma pessoa que teve um AVC pode ser tanto um hemiparético, quanto um
541 portador de traqueotomia e outras sequelas hospitalares, à quais leva junto para casa.
542 Então, a gente sempre avalia a complexidade do cuidado daquele indivíduo. Ele pode sair
543 só com uma traqueotomia, mas tem uma família que não entende como fazer. Então,
544 precisamos avaliar um pouquinho além. Aí, é questão de custos, não é? A controladoria
545 fez o levantamento comparativo. Então, dependendo da especialidade se tem o custo de
546 300, 400, 500 até 2 mil. Se for terapia intensiva é bastante caro. Mas enfim, a gente pegou
547 áreas mais amenas. Oscila em termos de diária da internação domiciliar num custo de 95
548 a 115 reais. Para nós é assim, pensamos que os medicamentos eram caros, que os
549 exames de ambulatório eram caros, mas não! É a hotelaria mesmo que é cara. A gente
550 sempre pondera antes de trazer de volta para o hospital. Quando a gente começou com

551 esse trabalho pensou: isso deve ser muito caro, (Mostra o vídeo do PAD) porque calcula
552 deslocamento, tem o carro, tem o desgaste, tem a gasolina, tem o motorista, tem o
553 pessoal. Isso custa caro. Mas na verdade, não! Eles têm feito desde o início o
554 acompanhamento e tem se mantido nesse nível. Aqui a gente só registrou algumas
555 situações de pacientes que vão para casa. Esse é o nosso carrinho que vai e volta (mostra
556 lâmina). No momento, temos cinco equipes: três trabalham pela manhã e duas trabalham
557 à tarde. E a gente vai se revezando no deslocamento. Por exemplo, este paciente aqui
558 (mostra foto) é um AVC hemorrágico extenso. Era um barraco em uma área de invasão.
559 Nós pensamos que ali não ia dar nada, porque tinha que descer o barranco. E eles se
560 organizaram. A gente empresta também materiais tipo aspirador, nebulizador. Estas
561 coisas a gente empresta por um período até que a família consiga se organizar para
562 adquirir um. Muitos usam por tempo determinado, alguns usam para o resto da vida.
563 Então, isso a gente pondera. Quando é para o resto da vida a gente sempre orienta: olha,
564 passa o chapéu na família, na vizinhança para adquirir, uma vez que não é absurdamente
565 caro. Mas tem que se trabalhar a questão da capacitação e da organização na família para
566 dar conta desse enfermo. E ele evolui muito bem. A família é miserável, miserável, mas se
567 saiu muito bem. Crianças que a gente acompanha, quando tem uma infecção de cavidade
568 oral, a odonto nos acompanha. Este foi um evento (mostra fotografia) que a gente fez no
569 ano passado na Fundação, que era a antiga Católica de Medicina, ao lado da Santa Casa
570 e teve um comparecimento bem legal. A equipe que trabalha também ajudou a realizar o
571 encontro. Temos, como conclusão, que somos um campo e temos o privilégio de avaliar a
572 situação do indivíduo dentro do hospital, avaliar a situação do indivíduo fora do hospital e
573 poder fazer este meio de campo alinhavando o serviço. Informações que o hospital dispõe
574 muitas vezes não são repassadas para o posto. A gente tem esta obrigatoriedade.
575 Informações que, às vezes, o posto tem, muitas vezes não conseguiam definir qual era
576 corretamente o diagnóstico: “olha, lá a situação é esta”. A gente troca bastantes figurinhas.
577 Não só na questão dos profissionais como na questão dos profissionais como gestores.
578 Onde é possível construir espaço de produção, de cuidar? Em vários lugares! E não é só
579 dentro do hospital! A gente precisa estar a fim, disposto a fazer esta construção! Não
580 tendo esta disposição nada sai, nada rola! Contribuir para a construção de rede de
581 assistência possibilitando a continuidade de cuidado no domicílio, porque, às vezes, são
582 situações simples, comuns que não precisam de uma instituição hospitalar intervindo, mas
583 que muitas vezes não têm este suporte. Isso é importante! Ter alta não é ter alta para o
584 vazio! A alta tem que estar vinculada a uma rede, a um posto, a algum lugar. Alguém vai
585 se responsabilizar por aquele indivíduo que está tendo alta nessas condições e em tal
586 situação. As contribuições vão além da redução de custos. É a questão de atendimento
587 integral. Você não vai só acompanhar o seu Joãozinho, sequelado de AVC, que está todo
588 mês se internando no hospital, você vai acompanhar a família dele que tem dificuldade em
589 cuidar do seu Joãozinho em casa. Por quê? Vamos ver que alternativas que existem. O
590 que mais existe são os desafios, a necessidade de se investir para que os serviços
591 funcionem em rede. Temos vários postos de saúde, vários hospitais nesta Cidade, mas
592 eles não conversam entre si, não trocam informações entre si e esta é uma grande
593 dificuldade. Há postos que têm uma boa estrutura e poderiam desenvolver um trabalho,
594 mas que a equipe não está motivada. Faltam recursos humanos, falta material, falta isso,
595 falta aquilo, às vezes falta vontade. Então, é preciso repensar que profissional tem o perfil
596 para acompanhar as pessoas na comunidade. É preciso estar a fim de trabalhar, porque,
597 com certeza não é para qualquer um! Tem que estar muito a fim, investir na estrutura da
598 rede básica! O posto de saúde não pode ser só para vacinar, para dar consulta; precisa
599 ter eletro, precisa ter estrutura para ser resolutivo para aquela comunidade porque às
600 vezes a gente cansa de ouvir a população dizendo que não adianta ir naquele posto. Nós

601 dizemos que a porta de entrada para o sistema é ir ao posto. No entanto, a gente ouve
602 que não adianta ir lá porque eles não vão atender, eles não vão marcar consulta, nunca
603 tem médico, nunca tem isso e aquilo. E aí tu ouves assim um rosário de reclamações. É
604 muito importante investir nesta área e repensar o modelo e a cultura! A população toda
605 tem que se direcionar para as emergências do hospital? Esta é a idéia? Não! Não é esta a
606 ideia, pois nem tudo é emergência e nem tudo tem que ir para o hospital. Então, cada
607 coisa no seu lugar e no seu devido momento. É repensar o modelo e a necessidade da
608 população. Nem toda população precisa de ressonância, mas toda população precisa de
609 cuidado! Esta é uma bibliografia que a gente recomenda para o pessoal (mostra lâmina).
610 E esta é a equipe que acompanha (mostra fotografia), que atende os pacientes em casa.
611 Normalmente avalia os pacientes no leito e acompanha em casa. Então, era isso. Para
612 quem quiser este é o nosso e-mail e o nosso telefone. A gente está à disposição de todo
613 mundo e para quem quiser fazer contato. Aqui tem um vídeo de uns cinco minutos. Se
614 vocês estiverem a fim de assistir são depoimentos de usuários. Às vezes a gente fica
615 falando, mas na verdade o que rola mesmo? O que rola é que nós estamos à disposição,
616 se vocês quiserem nos acompanhar. Podemos passar o vídeo? Então, está. O nosso e-
617 mail é: saudemcasa@ghc.com.br ou adelaidek@ghc.com.br Eu só esqueci da pipoca,
618 mas ela fica para a próxima. **(Mostra o vídeo do PAD – Programa de Assistência**
619 **Domiciliar com o depoimento dos usuários.) (Palmas.) O Sr. OSCAR PANIZ (Vice**
620 **Coordenador do Conselho Municipal de Saude):** Infelizmente, um amigo meu, da Vila
621 Ipiranga, que teve esse atendimento, paciente oncológico, faleceu. Sempre foi muito
622 elogiado o tratamento e a grande questão era o atestado de óbito que a senhora falou.
623 Sempre que eu ia lá, o pessoal sabia que eu era ligado ao Conselho Municipal e viviam
624 sempre elogiando o serviço prestado. Então, tenho esse testemunho. Quero fazer uma
625 pergunta, não sei se a senhora quer anotar. Esse programa está evoluindo no Hospital?
626 Como está isso? Na rede, nem falar. **O Sr. PAULO GOULART DOS SANTOS**
627 **(Conselho Distrital de Saude Noroeste):** Boa noite. A Dr^a Heloisa sabe tudo que quero
628 dizer. Sobre a Adelaide todos sabem. Em primeiro lugar, tenho um carinho muito especial
629 pela Adelaide porque ela começou o seu trabalho lá no nosso bairro, há uns 15 anos.
630 Depois, nós a perdemos; a Zona Norte perdeu com isso porque ela saiu de lá e foi
631 coordenar esse serviço lá no GHC. A Adelaide, além de ser uma profissional qualificada
632 ela é gente. Eu a conheço e posso dizer de cadeira isto. Todo mundo que conhece o PAD
633 sabe que é um serviço qualificado e me surpreendo imensamente. Se o Motta, lá em
634 2004, diz que criou o PAD, a Jussara agora deu um incentivo, mas acho isso muito pouco.
635 Pergunto o que há na cabeça do gestor, Brizabel? É falta de vontade política, é
636 incompetência? Por que não estender esse serviço para o restante Cidade? Penso que é
637 um serviço muito barato. Notem o carro que eles utilizam, é o carro mais barato que
638 existe. Acho que é por isso que não querem implantar na Cidade, mas é um serviço muito
639 importante. O Citolin sabe, lá na zona dele, a gente conhece esse pessoal. A única
640 surpresa é por que não é implantado em toda Porto Alegre. Só quem tem uma pessoa
641 doente sabe o valor desse serviço! Mais uma vez, Adelaide, meus parabéns. Sabes que
642 digo isto de coração. Obrigado. **O Sr. GILMAR CAMPOS (Conselho Distrital de Saude**
643 **Lomba do Pinheiro):** Quero apresentar meus cumprimentos. Achei muito bonito o
644 trabalho. Pena que a nossa comunidade não disponha de um trabalho como esse. O
645 nosso hospital de referência é a PUC, mas não temos esse tipo de atendimento. Nos
646 nossos PSF's os agentes comunitários vão reunindo os pacientes. São obrigados a fazer
647 assim. Agora, nós que somos pacientes da UBS enfrentamos muita dificuldade porque
648 não há pessoas suficientes para fazer esse trabalho. Temos uma senhora, bastante idosa,
649 102 anos, que está acamada e a gente precisa saber o horário para levá-la ao Posto a fim
650 de que seja colocada uma sonda nela. Ela tira a sonda e é preciso um profissional que

651 saiba colocar. Há alguns dias uma vizinha tentou colocar a sonda nesta senhora e acabou
652 por machucá-la. Quando se chega ao Posto não se sabe se a médica pode ir atender um
653 caso ou não. Primeiro, ela tem que atender as suas consultas. É complicado. Mais uma
654 vez quero dizer que é um bonito trabalho este que vocês fazem e quero dar os parabéns.
655 **O Sr. PEDRO LUIS DA SILVA VARGAS (SINDICÂMARA):** Quero cumprimentar a Sr^a
656 Adelaide pelo trabalho. Em tese é um trabalho que vem como alternativa à dificuldade da
657 saúde em nosso País. Na verdade, o que nós gostaríamos de dispor seria de um hospital
658 com extrema capacidade, com estrutura exemplar e que pudesse abrigar o doente do
659 início até além do fim da sua cura. Mas, infelizmente, temos que mandar a pessoa para
660 casa. Se, por um lado, eu parableno pelo trabalho, por outro eu lamento que não
661 tenhamos capacidade e estrutura para atender bem, nas unidades de saúde, as pessoas
662 necessitadas. É um trabalho que exige uma qualificação extrema por parte dos
663 profissionais. Eu estava ali no fundo da sala comentando que, de repente, não é possível
664 enviar um profissional, a determinado local, para aplicar uma injeção porque o território é
665 hostil. Vejam a dedicação que tem que ter o servidor, o profissional que está envolvido
666 num trabalho como este. Tudo porque não temos uma saúde com recursos, em condições
667 de dar o verdadeiro e necessário atendimento para a população. Quero fazer uma
668 pergunta. Já se tem uma estatística do quanto foi economizado? Como eu já disse, sou
669 cristão novo e não conhecia esse processo de *desospitalização*. Se isso resultasse em
670 saúde integral para todo mundo, eu ficaria maravilhado com a palavra. Mas, esta palavra
671 me assusta porque ela pode vir em detrimento financeiro da verdadeira condição de se
672 mandar a pessoa para casa. Então, eu gostaria de perguntar à palestrante, a quem, mais
673 uma vez, parableno, se já há uma estatística do quanto se economizou com a aplicação
674 desse programa. **A Sr^a DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO (Conselho Distrital de**
675 **Saúde da Restinga):** Boa noite. Gostaria de saber quem fornece os remédios quando a
676 pessoa vai para casa? **A Sr^a. ADELAIDE KONZEN (Coordenadora do Serviço do PAD -**
677 **Programa de Atenção Domiciliar):** O Hospital. **A Sr^a DJANIRA CORRÊA DA**
678 **CONCEIÇÃO (Conselho Distrital de Saúde da Restinga):** Se a pessoa precisa de
679 esterilização de roupa, como é feito isto em casa já que a pessoa está acamada? E uma
680 outra coisa que gostaria de saber é se a SAMU funciona para vocês. Quando vocês
681 precisam acionar esse serviço, a ambulância vem em seguida? **A Sr^a. ADELAIDE**
682 **KONZEN (Coordenadora do Serviço do PAD - Programa de Atenção Domiciliar):**
683 Depende de quem está do outro lado da linha. **A Sr^a DJANIRA CORRÊA DA**
684 **CONCEIÇÃO (Conselho Distrital de Saúde da Restinga):** Faço este questionamento
685 porque um familiar meu morreu por causa desse atendimento. Ainda que ele fosse morrer,
686 o brigadiano chamou a SAMU e até hoje ela não apareceu. Preocupa-me a dificuldade
687 que se tem para conseguir consulta num PSF. Lá funciona, se a pessoa precisar? Mais
688 uma coisa. A minha mãe foi mandada para casa porque estava desenganada. Deram-lhe
689 um prazo de 3 a 6 meses de vida porque a doença ia avançando e eu tinha que levá-la
690 para casa para *desospitalizar*. No entanto, ela morreu em cinco dias e só consegui o
691 atestado de óbito porque trabalho com uma defensora pública, pois queriam fazer autópsia
692 na minha mãe, sabendo que existiam todos os papéis dando conta de que ela tinha câncer
693 generalizado. No papel está muito bonito, se funcionar, mesmo ... **A Sr^a VERA PUERARI**
694 **(Fonoaudióloga do Posto de Saúde Bom Jesus):** Boa noite. Eu trabalho no Posto de
695 Saúde Bom Jesus e trabalho muito com pacientes pós AVC e que além da seqüela
696 motora, que é o que mais os prejudica, também ficam, 50% dos pacientes, com seqüela
697 para engolir, o que se chama de disfagia. Esses pacientes se engasgam, eles aspiram
698 líquidos e fazem pneumonia aspirativa e retornam para o hospital. Se eles saem do
699 hospital com a sonda, no terceiro dia, quando eles começam a comer aquela papa de
700 arroz, feijão e carne, tudo passado no liquidificador, a pessoa não aguenta mais comer

701 isso no terceiro dia, quer arrancar a sonda e quer comer de novo. Os médicos, os
702 enfermeiros, a maioria das pessoas não sabem que nós trabalhamos com isso e que isso
703 faz parte da nossa profissão. Eu entendo pacientes, inclusive os que vêm do GHC, foi feita
704 uma parceria com a Prefeitura e, então, eu atendo pacientes de cinco unidades do
705 Conceição. Eu acho, Adelaide, que precisamos de uma parceria para os teus cuidadores.
706 Acho que é necessária uma capacitação que a gente tem que formalizar porque, afinal de
707 contas, esses pacientes do SUS que conseguem deambular vão, a muito custo, para
708 dentro da minha sala, com o cuidador, e eu consigo auxiliar explicando como cuidar
709 daquela pessoa em casa. Mas, e os acamados, como ficam? Tu sabes, também, que não
710 adianta eles retornarem inúmeras vezes com pneumonia, pois dentro do hospital não há
711 quem os oriente a respeito de como vão ter que comer em casa, o que a família terá que
712 fazer para ajudar essa pessoa em casa. Quero deixar registrado que só posso atender
713 dentro do meu Posto, porque o gestor não me deixa fazer VD's. Visita domiciliar eu não
714 posso fazer. Eu tenho que ficar socada, na minha sala, atendendo os pacientes e
715 produzindo!. **A Dr^a ANA MARIA (Sindicato Médico)** : É um trabalho muito bonito,
716 bastante proveitoso. Isso funciona em outros países, também. É um avanço na nossa
717 saúde. Mas, eu tenho algumas dúvidas. Qual é a capacidade da equipe para atender?
718 Quantos por semana? Quantos vocês atenderam desde 2004? Cem reais, que é o custo,
719 isso é remunerado pelo SUS? Paciente neurológico gasta, no hospital, quinhentos reais
720 por dia e numa hospitalização domiciliar 100. Eu não represento o segmento hospitalar,
721 todavia, penso o seguinte: uma internação por broncopneumonia, o todo que o SUS
722 remunera não chega aos 400 reais. Aí tem que tirar hotelaria, alimentação, os
723 profissionais. Isso é o que o SUS remunera. Houve uma mudança porque, agora, tem a
724 contratualização. O SUS remunera esse tipo de hospitalização domiciliar? Se for assim,
725 nós podemos propor para outros hospitais que organizem equipes para também fazerem
726 isso. Isso seria muito bom para o segmento hospitalar. Na verdade, o que se sabe é que
727 300/400 reais é pelo pacote todo, 8 dias de internação. É diferente. Bem, mas as minhas
728 perguntas são essas sobre a remuneração e sobre a possibilidade de expandir isso para
729 os outros serviços, na Cidade, porque, realmente, a proposta é muito boa. **O Sr.**
730 **HÉVERSON LUIS VILAR DA CUNHA (Conselho Distrital de Saúde da Restinga):** Boa
731 noite. Acho interessante o programa e se não estou enganado a senhora falou sobre um
732 programa do Ministério. É da Prefeitura de Porto Alegre? Dessa gestão? De 2003. Bem,
733 essa situação me remete a 2002, 2003, quando passei por aqui na outra vez e foi
734 apresentado o programa Saúde Porto Alegre, e na Restinga o nosso hospital de referência
735 é a Santa Casa, e temos de vencer os trinta quilômetros. A rede é pequena, a população
736 cresce todo dia, com aquela série de problemas que temos nas vilas. Mas, da exposição
737 feita fiquei interessado no seguinte: temos um convênio, que está sendo viabilizado, pela
738 Secretaria, pelo Ministério da Saúde, que é a questão do Moinhos de Vento. Se existe
739 esse programa no Ministério nós gostaríamos de acessar ao programa, até porque o
740 Hospital Moinhos de Vento está levando uma proposta diferenciada para aquela região em
741 termos de atendimento à saúde. E a nossa preocupação é se isso não vai substituir as
742 equipes de PSF. Fazendo um *link* com esse negócio de PSF agora quero mexer com o
743 Seu Paulo aqui: há uns trinta dias veio um representante do GHC aqui, e conforme a
744 demonstração são 400 mil pessoas para 44 unidades, entre PSF e UBS. O PSF atende a
745 uma coisa e a UBS atende a outra, e havia a proposta de mais 35. Então, se naquela
746 região fossem colocados 100 PSF e UBS teria o atendimento primário, a emergência
747 desafogaria e teria um serviço depois com mais tranquilidade e calma para e calma para
748 atender a todo mundo, sendo que o GHC não atende somente ali, tem os municípios do
749 entorno, que acaba onerando Porto Alegre. Então, gostaria de acessar a esse projeto que
750 está em execução, se realmente o privado vai poder acessar, nós temos interesse em

751 aprender sobre esse projeto, e é interessante que venha o projeto para cá, e fiz a proposta
752 de se trazer outros projetos para cá também, então que esse projeto venha para que
753 possamos desenvolver nas comunidades. Porque o agente comunitário de saúde não dá
754 conta do recado, a rede existente não está dando conta do recado, a Brizabel, que
755 representa o gestor, tem uma pilha de demandas e não sabe por qual começar. Então,
756 está tudo estrangulado. Mas, uma coisa está passando na Câmara de Vereadores, e é
757 ligada à saúde, vai ter matéria, vai ser disciplina no ensino fundamental o planejamento
758 familiar, e planejamento em saúde, atendimento à saúde não faz parte do ensino
759 fundamental em Porto Alegre. Está na hora de nos conscientizarmos, porque depois dos
760 cinquenta anos, gordo, careca, desdentado, não adianta mais conserto. Obrigado. **O SR.**
761 **FLÁVIO BECKER (Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição):** Queremos
762 cumprimentar à coordenação pela apresentação desse programa, que sabemos que está
763 trazendo resultados. Sou do Eixo Baltazar e conversamos com algumas pessoas que
764 estão sendo atendidas pelo PAD, mas quero colocar algumas preocupações: há muito
765 tempo que é praticamente a mesma equipe, e sabemos a demanda que existe, e a equipe
766 não tem aumentado. Tem agora mais uma pediatra, há pouco tempo, mas o aumento da
767 equipe não se dá em proporção à demanda que tem a região. Outra coisa é a falta de
768 divulgação que tem o PAD – já debatemos isso - dentro do próprio GHC. O paciente do
769 Conceição, do Criança, do Fêmnia, e do Cristo, não sabe que existe o PAD. Não se
770 conseguiu ainda atingir com divulgação esse pessoal. Então, o que é que acontece? Após
771 o paciente receber alta – e alguns já vieram conversar comigo – há comentários sobre o
772 PAD, estamos com dificuldades, que a área é vazia, que não tem posto de saúde, como
773 proceder? Então, se ele não contatou o PAD antes de receber alta o PAD não pode
774 atender. Então, essa informação dentro do próprio Grupo é algo que ainda não se
775 conseguiu resolver. Até conversei contigo mais de uma vez para ver como nós, usuários,
776 poderíamos fazer essa ponte, essa divulgação, e tratar esse assunto de maneira a chegar
777 até os usuários que ainda estão hospitalizados. Era isso para contribuir. **O SR.**
778 **HUMBERTO:** A primeira questão: qual é o percentual de abrangência que vocês têm,
779 como o Flávio bem colocou talvez a não divulgação seja – entre aspas - uma estratégia,
780 porque não se tem pernas para atender a todos, então quero saber o que se consegue
781 abranger dentro daquela região? E mais: penso que com a vinculação com os postos
782 ligados ao Conceição a coisa flui. Como ficam os outros? Apareceu um assunto que aqui
783 no Conselho a gente nunca fala, que é o atestado de óbito. O atestado de óbito tem sido
784 realmente um problema. Eu diria que o problema não é somente as funerárias. O
785 problema é o seguinte: trago um caso de pessoa chegada a mim, numa relação de
786 amizade, que foi internada em hospital particular, ficou três meses na UTI, faleceu lá
787 dentro e teve de ir à necropsia porque todos se negaram a dar o atestado de óbito.
788 Gostaria até de saber se o Sindicato Médico tem uma posição sobre isso. Porque a
789 alegação que me deram, e procurei informações com pessoas, com colegas que
790 trabalham nessa área, que são intensivistas, e me disseram que têm praticamente uma
791 proibição de dar atestado, porque haveria problemas. Não sei. Mas, digo: “como, fulano
792 ficou três meses aqui dentro, não foi por falta de diagnóstico, se não se dá um atestado
793 para alguém que entra no hospital e morre, como é que vai se fazer?” Então, gostaria – e
794 não deve ser a senhora que vai me responder a essa questão – de saber sobre isso,
795 porque esse é um direito do cidadão. Já há o problema da morte dentro de casa, e o
796 cidadão passar ainda por mais esse dissabor é feio. Gostaria de obter informações
797 corretas sobre isso. **O SR. OLIR CITOLIN :** Gostaria de dar os parabéns a Adelaide.
798 Estamos nessa batalha há muitos e muitos anos. A maioria da gurizada que está aí
799 passou pela saúde comunitária. Estão aí os médicos, enfermeiros, e uns quantos
800 passaram na Barão do Bagé. E funciona sim. Por isso digo que para lá é o paraíso e para

801 cá é o inferno. Mas, ninguém acredito nisso. Quando digo que no meu posto a maior
802 dificuldade que tenho é convencer o usuário a consultar, e é a vigilância que temos de
803 fazer em todos os programas que têm. O problema é esse, não tem filas para marcar
804 consulta, porque todos marcam consultas pelo telefone, então quero dizer que é
805 maravilhoso esse trabalho, Adelaide. Parabéns. Temos na minha unidade – e não quero
806 me meter com as outras – o grupo dos cuidadores, A Dra. Carmem faz o grupo dos
807 cuidadores, e cuida dos cuidadores. Eu estou cuidando da minha mãe e há o grupo que
808 me cuida, que me dá suporte para eu cuidar da minha mãe e não entrar em estresse, não
809 bater nela, não agredir, não ser grosso, mal educado. Isso lá funciona. E mais: quero dizer
810 que o Hospital dá suporte às pessoas necessitadas. Os lençóis são levados para casa,
811 voltam para o posto, vão para o hospital para serem levados e voltam novamente. As
812 fraldas, e assim por diante. O material. Estamos acompanhando. Funciona, e é
813 maravilhoso. Que bom que esse programa tivesse em toda rede. Há uns três meses o
814 Ministério da Saúde, às 20 horas, me telefonou lá de Brasília, para o meu celular, dizendo
815 que queriam aquele livro que nós editamos, Cuidando dos Cuidadores. Agora editaram
816 milhares de exemplares. As pessoas que cuidam da gente, pelo amor de Deus, têm que
817 ter suporte também, porque a gente cansa, há o estresse. Parabéns e desejamos que um
818 dia esse paraíso que existe na Zona Norte chegue a toda cidade. Muito obrigado. **A SRA.**
819 **HELOÍSA (Assessora Técnica do Conselho):** Me inscrevi porque fiquei com vontade de
820 falar a respeito de uma parte que a Adelaide mostrou, que foi onde começou isso tudo, e
821 parece que a gente já esqueceu essa parte. Foi em 2003, 2004, e parece que faz tanto
822 tempo. Mas, na verdade é isso: a proposta veio a partir desse momento em que o
823 Ministério propôs a reestruturação dos hospitais, porque hospital não é lugar para se ficar
824 até morrer. Há situações e situações, mas necessariamente não é preciso que se morra
825 no hospital. O que acontecia é que naquela época a gente reunia os hospitais, eu estava
826 na coordenação da rede, então reuníamos os quatro hospitais, e todos muito dispostos,
827 todos, sem exceção, a PUC, a Santa Casa, o Clínicas, e o GHC. Os quatro hospitais
828 sentaram-se à mesa para discutir essa questão. Havia uma proposta na *contratualização*
829 desses hospitais, que foi naquele primeiro ano do processo de *contratualização*, em 2004,
830 de incluir esse programa. Inclusive se discutia se seriam no mínimo três equipes por
831 hospital, se haveria uma remuneração por equipe a ser repassada para o hospital, no
832 bloco da *contratualização*, e pelo visto isso na verdade só aconteceu lá no Conceição, que
833 foi o único dos quatro hospitais que tocou para a frente, inclusive a regionalização, aquele
834 território de quarenta e quatro unidades, e nenhum dos outros hospitais assumiu o seu
835 território, que tinha sido discutido e aprovado lá em 2004, o único que fez isso foi o
836 Conceição. Então, na verdade, tem esse processo que a gente precisa resgatar, e isso a
837 gente discutiu lá naquela plenária das emergências, e isso tudo tem a ver com as
838 emergências lotadas, a rede básica falida, e não tem para onde encaminhar um paciente
839 que está lá ocupando um leito. Então, todo esse ciclo que precisa acontecer no fluxo, no
840 cuidado das pessoas, ele foi trancado, porque não houve a continuidade do processo.
841 Esse é um assunto que já estava bem encaminhado e que a gente tem de retomar. E isso
842 tem de estar na discussão do plano de saúde. Se o plano de saúde não apontar para isso
843 nós não vamos sair de onde a gente estava. E pelo que a gente já leu do plano nem se
844 cogita a palavra regionalização, a palavra integração, a palavra rede, nada disso aparece
845 na proposta do plano. Era somente isso que gostaria de comentar. Obrigada. **O SR.**
846 **OSCAR PANIZ (Coordenador):** Por isso queríamos discutir as UPAS hoje, porque o
847 processo das UPAS vem na contramão disso. **A SRA. MARIA REJANE (Sindicato dos**
848 **Enfermeiros):** A Adelaide foi diretora do Sindicato e é uma pessoa que dispensa
849 apresentações. Agora tenho visto muito mais o trabalho dela, trabalhando na UBS Passo
850 das Pedras, onde rotineiramente recebo esses pacientes. E é um trabalho diferenciado.

851 Na unidade, quando recebo, às vezes me sinto um pouco encolhida, porque muito do
852 trabalho que eles fazem nós, da UBS, também deveríamos estar fazendo. São trabalhos
853 diferentes, que fique bem claro isso: o trabalho do PAD é diferente, e a Heloísa colocou
854 bem isso. A importância da participação dos cuidadores, dos familiares no processo
855 saúde-doença, como que fazendo parte da vida e daquela família, isso diferencia. A gente
856 vê as pessoas crescendo e as novas relações que se dão em função desse processo. Eu
857 me sinto muito encolhida pelas dificuldades que nós, da rede básica, temos na
858 implementação, e principalmente nas UBS, da questão das visitas domiciliares. Isso
859 acontece também com todos os profissionais, dos médicos até a questão da organização,
860 da coordenação, do planejamento, porque isso realmente não faz parte do cotidiano. E
861 lembro que uma vez, no relatório semestral, onde o antigo coordenador da rede básica,
862 quando apresentou as visitas domiciliares, de que era somente para os PSFs, e eu
863 questionava onde estava aparecendo isso, porque nós, na UBS onde eu trabalhava
864 anteriormente e mesmo nessa atual, fizemos as visitas e não aparecem, apesar de todas
865 as dificuldades de ouvir ele dizer que é “só na atenção básica”, e eu disse que “unidade
866 básica é atenção básica”, e ele dizia que “não, é só PSF”. Aí tivemos de dar uma aula ao
867 coordenador da rede básica sobre o que é atenção básica. Vai por aí a dificuldade de
868 entendimento da Secretaria, nos recursos humanos, que são limitados, e também no
869 planejamento e no comprometimento dos profissionais entenderem, porque há
870 profissionais que a gente ouve dizer que não é trabalho deles fazer visita domiciliar. Então,
871 é importante discutir tudo isso, em nível da rede, a visão que se tem. A Heloísa já trouxe o
872 assunto e gostaria de propor que desse trabalho também nós teremos de sair com
873 propostas, quanto à questão da *contratualização*, porque é um serviço que tem de estar
874 pautado. Quanto à definição há alguns critérios, mas recebi alguns pacientes para fazer
875 visitas e eu até questioneei sobre o porquê de não estar no PAD. Porque são pacientes – e
876 não quero tirar o nosso trabalho – que realmente ... e o Sante esteve lá, sempre muito
877 atencioso, e colocou que muitas vezes a equipe não é chamada por determinados
878 profissionais. Então, para alguns pacientes em senti falta. A gente sempre recebe a nota
879 de alta, muito boa, bem evoluído, mas não sei o que diferencia a nota de
880 acompanhamento da alta, porque sempre só recebemos a da alta. Quanto aos critérios:
881 quem é que define? É toda aquela equipe de técnicos, de enfermeiros, de médicos? Ou é
882 uma equipe que está centralizada numa figura? Meus parabéns. **O SR. OSCAR PANIZ**
883 **(Coordenador):** Fica acolhido o teu encaminhamento, e até ressaltando com a Brizabel a
884 questão da *contratualização*, nós continuamos aguardando. Não sei quem é que tem que
885 tomar essa iniciativa, porque tínhamos uma equipe boa e o pessoal está até
886 desmobilizado. Fica acolhida a proposta, mas primeiro temos de sentar, porque não
887 conseguimos nem isso. Então, a palavra com a Adelaide para as suas considerações
888 finais. **A SRA. ADELAIDE KONZEN (Coordenadora do Programa Saúde em Casa):**
889 São muitas as questões e não sei se poderei responder a todas. A primeira foi quanto à
890 evolução do serviço dentro do hospital. É um serviço novo, um serviço que coloca em jogo
891 várias outras coisas, desde modelos até cultura. E temos trabalhado essas questões
892 quase que diariamente junto aos profissionais da saúde dentro do Hospital. A gente
893 participa de reuniões das preceptorias. Apresentamos na integração de todos os
894 funcionários do GHC. Vamos apresentando e discutindo com todos os funcionários,
895 independente da categoria a que pertençam. Então, muitos lembram da gente, outros não
896 lembram, muitos não fazem questão de lembrar. Há os mais variados perfis. E acabam
897 não encaminhando porque não está assimilado ainda. Temos um sistema, quando é da
898 área de abrangência o médico abre o prontuário para escrever o sistema notifica ele,
899 dizendo se esse paciente pertence à área do serviço de internação domiciliar, se deseja
900 incluir ou não. Então, o colega opta por incluir ou não. Então, ficamos nessa dependência

901 de ele encaminhar, ou não. Se ele não encaminhar a gente não tem como saber se aquele
902 indivíduo precisa de assistência. Enfim, estamos nessa construção não somente fora do
903 hospital, como dentro do hospital também. Isso nos remete à formação do profissional.
904 Que profissional está se formando para trabalhar no Sistema Único de Saúde. Estamos
905 abrindo o serviço para estudantes, para residentes, para que ele possam trabalhar não
906 somente dentro do hospital, mas também acompanhar em casa os pacientes que eles
907 atendem dentro do hospital, e assim eles têm a possibilidade de comparar as suas
908 realidades. A questão da medicação em áreas de risco: no começo as comunidades não
909 nos conheciam. Agora a gente até já conquistou um certo respeito. Mas, geralmente é a
910 família que diz: “em tais e tais dias vocês não podem ir porque é dia de entrega”, coisas
911 que existem na comunidade. Mas, geralmente quando temos de ir a gente vai e faz as
912 coisas que temos de fazer. Mas, temos de dizer para onde vamos, com quem vamos, o
913 que vamos fazer, a que horas. Temos esses cuidados. Quando há tiroteio a gente se
914 abaixa lá fora e deixa parar. Quanto ao custo: nós fizemos o levantamento do custo e a
915 Ana perguntou sobre o gasto que se tem, se é remunerado. Não, nós temos o
916 levantamento de custos. Temos o Poli-SUS. Entramos via Poli-SUS, uma vez que o que a
917 Heloísa falou não vingou. Então, começamos a trabalhar, estamos com uma boa demanda
918 e agora vamos parar. Então, entramos via Poli-SUS da emergência, uma vez que o
919 serviço foi criado para desafogar a emergência. Na verdade a gente desafoga o hospital e
920 acaba indiretamente desafogando a emergência também. Mas, o colega falou se vamos
921 disputar espaço com o PSF? Em momento algum, porque a intenção é diferente. A nossa
922 intenção é avaliar dentro do hospital e tirar do hospital, *desospitalizar*. E a intenção da
923 rede de PSFs é cuidar da comunidade para não precise vir ao hospital. Então, os fluxos
924 são diferentes, e temos papéis completamente distintos. A partir do momento em que a
925 gente começa a sentir que não estamos acrescentando nada e esse papel passa a ser do
926 PSF a gente senta com o PSF e discute. Funcionamento do SAMU, consultamos a UBS.
927 Em termos de número de pacientes: no segundo semestre de 2004 começamos
928 atendendo 95 pacientes, depois passou para 180, passou para 320, e agora estamos com
929 680 em 2009. No total já atendemos a 1.900 pacientes, desde o período em que
930 começamos o serviço. Devemos comparar o paciente no hospital, o quanto custa, com o
931 paciente da internação domiciliar, o quanto custa. Aí poderemos ver a economia feita. **A**
932 **SRA. HELOÍSA (Assessora Técnica do CMS):** Não é apenas uma conta matemática,
933 porque na verdade existe um ganho secundário. Na medida em que o paciente não
934 reinterna, na medida em que ele desocupa um leito, o hospital ganha com a alta, vai poder
935 cobrar nova internação. Há todo um ganho que, mesmo não estando esse procedimento
936 remunerado na tabela, por ser um hospital público ele cumpre o seu papel nesse sentido,
937 de ter um ganho secundário, na medida em que o hospital dinamiza o leito, diminuindo a
938 internação. Isso tudo não dá para contabilizar na ponta da caneta, dá para dizer que a
939 internação domiciliar custa um quarto da média de uma internação clínica. **A SRA.**
940 **ADELAIDE KONZEN (GHC):** E também não é somente um gasto, é um investimento que
941 se faz na comunidade atendida. E isso às vezes não tem preço. A colega Vera falou que o
942 gestor não permite fazer VD (visita domiciliar). Nós ouvimos os profissionais dizerem isso,
943 que o gestor não permite. Então, temos de conversar com o gestor para dizer a ele dar
944 autonomia para os profissionais atuarem de acordo com a demanda, a necessidade da
945 comunidade, porque senão fica muito complicado. E o posto fazer uma VD para aquela
946 família uma vez por mês já faz uma grande diferença. A família poder contar que o posto
947 vai vir aqui dia tal, isso já é um grande ganho. Então, é preciso que isso seja repensado
948 em termos de investimento. A capacidade que se tem: a legislação preconiza quinze
949 pacientes por equipe. A portaria 2529 define por mês trinta pacientes por equipe. É uma
950 portaria que está para ser regulamentada. Isso é dinâmico. Toda semana entram