

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Oswaldo José Barbosa Silva

MEDIAÇÃO SANITÁRIA E A INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO
PÚBLICO:

Intersetorialidade e Interdisciplinaridade

Brasília

2017

Oswaldo José Barbosa Silva

**MEDIAÇÃO SANITÁRIA E A INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO
PÚBLICO:**

Intersetorialidade e Interdisciplinaridade

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Fiocruz de Governo, como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre em
Políticas Públicas em Saúde (Área de
concentração).

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia Delduque

Brasília

2017

Silva, Oswaldo José Barbosa

Mediação sanitária e a intervenção do Ministério Público:
intersetorialidade e interdisciplinariedade / Oswaldo José Barbosa Silva.
— Brasília : 2017.
806 f. : il

Orientadora: Dra. Maria Célia Delduque

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação Strictu Sensu
em Políticas Públicas em Saúde) — Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Fiocruz de Governo, 2017.

1. Judicialização da Saúde. 2. Negociação. 3. Ministério Público. I
Delduque, Maria Célia. II. Título.

CDU 347.925(81)
CDD 341.4625

Oswaldo José Barbosa Silva

**MEDIAÇÃO SANITÁRIA E A INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO
PÚBLICO:**

Intersetorialidade e Interdisciplinaridade

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre em
Políticas Públicas em Saúde (Área de
concentração).

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

MARIA CELIA DELDUQUE. Fundação Oswaldo Cruz

ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA. Universidade de Coimbra. Portugal

HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS. Universidade de Brasília

ANDRÉ LUIZ DUTRA FENNER. Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTO

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Maria Célia Delduque que provocou-me a este desafio e estimulou-me a vencê-lo.

Agradeço a Virgínia Paes, Ana Carolina Longo, Raquel Oliveira, Eliane Silva, Anna Livia Gil, Romulo Falci, Fabiano Pizzeta, Paula Monteiro e Gilmar de Assis, cujo generoso apoio foi indispensável para a consecução deste trabalho.

RESUMO

À vista do fenômeno da judicialização da saúde, o trabalho apresenta a mediação como meio alternativo de resolução de conflitos, tendente a minimizar esse fenômeno que prejudica, em detrimento das políticas públicas em saúde estabelecidas, a execução orçamentária e financeira. Conceitua-a, a mediação, e examina-a à luz da teoria geral da mediação e de seus desdobramentos doutrinários, inclusive à luz da legislação brasileira sobre a matéria. Destaca a mediação sanitária como meio de composição de controvérsias envolvendo a Saúde Pública e propõe-se a examinar o emprego da intersetorialidade e da interdisciplinaridade como informadores da mediação nas ações de mediação sanitária presididas pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais de 2012 até 2017. A pesquisa foi quantitativa na medida em que, por meio de análise documental coligiu, em atas de reunião de mediação sanitária, dados absolutos e relativos da participação de todos os atores envolvidos, por meio de seus representantes, de modo a aferir a intersetorialidade. Foi também qualitativa, valendo-se do método de análise de conteúdo e análise idiossincrática para aferir, nas mediações, a interdisciplinaridade, ao se examinar o conteúdo das manifestações das reuniões. Os resultados apontaram a ocorrência, à saciedade, dos dois fenômenos e apontaram, ainda, diversas situações respeitantes à participação intersetorial e ao conteúdo das manifestações. As conclusões do trabalho demonstraram a eficácia do emprego da intersetorialidade e da interdisciplinaridade a qualificar o trabalho de mediação sanitária.

Palavras-Chave: Saúde. Judicialização. Políticas Públicas. Mediação. Intersetorialidade. Interdisciplinaridade. Ministério Público.

ABSTRACT

In view of the phenomenon of health judicialization, this paper presents mediation as an alternative to solve conflicts, tending to minimize the circumstances that affects, the established public health policies, with special attention to budgetary and financial execution. The paper defines the meaning of mediation, and examines its doctrinal developments, including in light of Brazilian legislation on the subject. It emphasizes sanitary mediation as a means of solving controversies involving Public Health and proposes to examine the use of intersectoriality and interdisciplinarity as mediation informants in the health mediation actions conducted by Minas Gerais's District Attorney, from 2012 up to 2017. The research was quantitative through documentary analysis, it collected data in minutes of a health mediation meeting, absolute and relative data of the participation of all the actors involved, through their representatives, in order to assess the intersectoriality. It was also qualitative, using the method of content analysis and idiosyncratic analysis to measure, in the mediations, interdisciplinarity, when examining the content of the manifestations of the meetings. The results pointed to the occurrence of the two phenomena and also pointed to several situations regarding intersectoral participation and the content of the manifestations. The conclusions of the study demonstrated the effectiveness of the use of intersectoriality and interdisciplinarity to qualify the work of health mediation.

Keywords: Health. Judicialization. Public policy. Mediation. Intersectoriality. Interdisciplinarity. Public ministry.

RESUMEN

A la vista del fenómeno de la judicialización de la salud, el trabajo presenta la mediación como medio alternativo de resolución de conflictos, tendente a minimizar ese fenómeno que perjudica, en detrimento de las políticas públicas en salud establecidas, la ejecución presupuestaria y financiera. La concepción, la mediación, y la examina a la luz de la teoría general de la mediación y de sus desdoblamientos doctrinales, incluso a la luz de la legislación brasileña sobre la materia. Destaca la mediación sanitaria como medio de composición de controversias involucrando la Salud Pública y se propone examinar el empleo de la intersectorialidad y de la interdisciplinariedad como informadores de la mediación en las acciones de mediación sanitaria presididas por el Ministerio Público del Estado de Minas Gerais de 2012 a 2017. La investigación fue cuantitativa en la medida en que, por medio de análisis documental, recolectó, en actas de reunión de mediación sanitaria, datos absolutos y relativos de la participación de todos los actores involucrados, a través de sus representantes, a fin de medir la intersectorialidad. Fue también cualitativa, valiéndose del método de análisis de contenido y análisis idiosincrático para medir, en las mediaciones, la interdisciplinariedad, al examinar el contenido de las manifestaciones de las reuniones. Los resultados apuntaron la ocurrencia, a la sazón, de los dos fenómenos y apuntar, además, diversas situaciones relativas a la participación intersectorial y al contenido de las manifestaciones. Las conclusiones del trabajo demostraron la eficacia del empleo de la intersectorialidad y de la interdisciplinariedad a calificar el trabajo de mediación sanitaria.

Palabras clave: Salud. Judicialización. Políticas públicas. Mediación. Intersectorialidad. Interdisciplinariedad. Ministerio Público.

LISTA DE QUADROS

Quadro A - Resumo das atas de Reunião de Mediação Sanitária.....	Anexo A
--	---------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Gastos com judicialização da saúde no âmbito da União.....	12
Tabela 2 Grupos de representantes de entidades por participação em reuniões.....	53
Tabela 3 Representantes de entidades por registro de manifestações.....	54
Tabela 4 Manifestações, não manifestações e ausência de registro por Grupo.....	54
Tabela 5 Conteúdos de manifestação por grupos de entidades.....	56

LISTA DE ANEXOS

Resumo das atas de Reunião de Mediação Sanitária. Anexo A.....	72
Atas de reunião de Mediação Sanitária incluídas. Anexo B.....	180
Atas de reunião de Mediação Sanitária excluídas. Anexo C.....	797

LISTA DE SIGLAS

ACP Ação Civil Pública

AIH Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ASSOLESTE Associação dos Municípios da Microrregião Leste de Minas Gerais

CAOP Centro de Apoio Operacional das Promotorias

CAO-SAÚDE Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público do Estado de Minas Gerais

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEBAS Certificado de Entidade de Beneficência e Assistência Social

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CIR Comissão Intergestores Regional

CISBAJAS Consórcio Intermunicipal de Saúde do Jequitinhonha Baixo
CISMAN Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mantiqueira
CISMEM Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Mucuri
CISMEP Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
CISNORJE Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro
Nordeste/Jequitinhonha
CISRU Consórcio Municipal de Saúde da Rede de Urgência Centro Sul
CISRUN Consórcio Municipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas
CIT Comissão Intergestores Tripartite
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPC Código de Processo Civil
CNMP Conselho Nacional do Ministério Público
CNPJ Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
COAP Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COSEMS/MG Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Estado de MG
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSONORTE Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Norte do Rio Doce
CRM/MG Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais
DEMASP Departamento Municipal de Saúde Pública
DENASUS/MG Representação do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de
Saúde no Estado de Minas Gerais
FAEC Fundo de Ações Estratégicas de Compensação
FEDERASSANTAS Federação de Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais
FGTS Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.
FHEMIG Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUNDASUS Fundação Saúde do Município de Uberlândia
GEICOM Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas
GPAB Gestão Plena da Atenção Básica
GSPM Gestão Plena do Sistema Municipal
HPP Hospital de Pequeno Porte
IAC Incentivo de Adesão à Contratualização
INSS Instituto Nacional do Seguro Social

LAI Lei de Acesso à Informação

LM Lei da Mediação

LOS Lei Orgânica da Saúde

MAC Média e Alta Complexidade

MP/MG Ministério Público do Estado de Minas Gerais

MPF Ministério Público Federal

NAT/SES Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

NRAS Núcleo de Redes de Atenção à Saúde

OAB/MG Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional do Estado de Minas Gerais

PAB Piso da Atenção Básica

PAM Pronto Atendimento Municipal

PDR Plano Diretor de Regionalização

PFDC Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PGJ Procuradoria Geral de Justiça

PPI Programação Pactuada e Integrada

PROHOSP Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais

PROURGE Programa para Fortalecimento da Urgência e Emergência

RDC (ANVISA) Resolução da Diretoria Colegiada

REG/SES Subsecretaria de Regulação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SADT Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEPLAG Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais

SES/MG Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais

SINMED/MG Sindicato dos Médicos de Minas Gerais

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SRS Superintendência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de MG

SUS Sistema Único de Saúde

SUSFÁCIL Sistema Estadual de Regulação Assistencial

TAC Termo de Ajustamento de Conduta

TRS Terapia Renal Substitutiva

UPA Unidade de Pronto Atendimento
UTI Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
2.1 MEDIAÇÃO.....	26
2.2 INTERSETORIALIDADE.....	41
2.3 INTERDISCIPLINARIDADE.....	46
3. METODOLOGIA.....	52
4. RESULTADOS.....	57
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	61
6. CONCLUSÕES.....	68
ANEXO A.....	75
ANEXO B.....	181
ANEXO C.....	796

1. INTRODUÇÃO

Justiça social, assim entendida no dizer de Porto (1), como política distributiva de bens sociais, se concretiza, no plano normativo, com a garantia de atendimento aos direitos públicos subjetivos prescritos na Constituição (2). Saúde é um desses direitos. O antagonismo entre a gestão da saúde e o sistema judicial é atualíssimo, mercê de milhares de provimentos judiciais liminares ou condenatórios, ordenatórios de prestação de medicamentos ou procedimentos médicos ocorridos nos últimos anos (3) (4). Este fato inviabiliza a gestão administrativa da saúde, que cabe ao Poder Executivo (em suas três esferas federativas); e transforma o sistema judicial em um dispensador de ações e serviços de saúde, contribuindo, também, para o já notório emperramento da máquina judicial (5).

Saúde e Justiça, na medida em que se possam concretizar como dois direitos públicos subjetivos, como quer a Constituição Federal, deixam de ser campos exclusivos das ciências biológicas e da filosofia para ingressarem no campo do conhecimento científico da administração (gestão da saúde) e do direito. Estes são, por sua vez, conhecimentos aplicados ao mister de se garantir o acesso às ações e serviços públicos de saúde; e ao mister de que isto se faça com justiça (equidade).

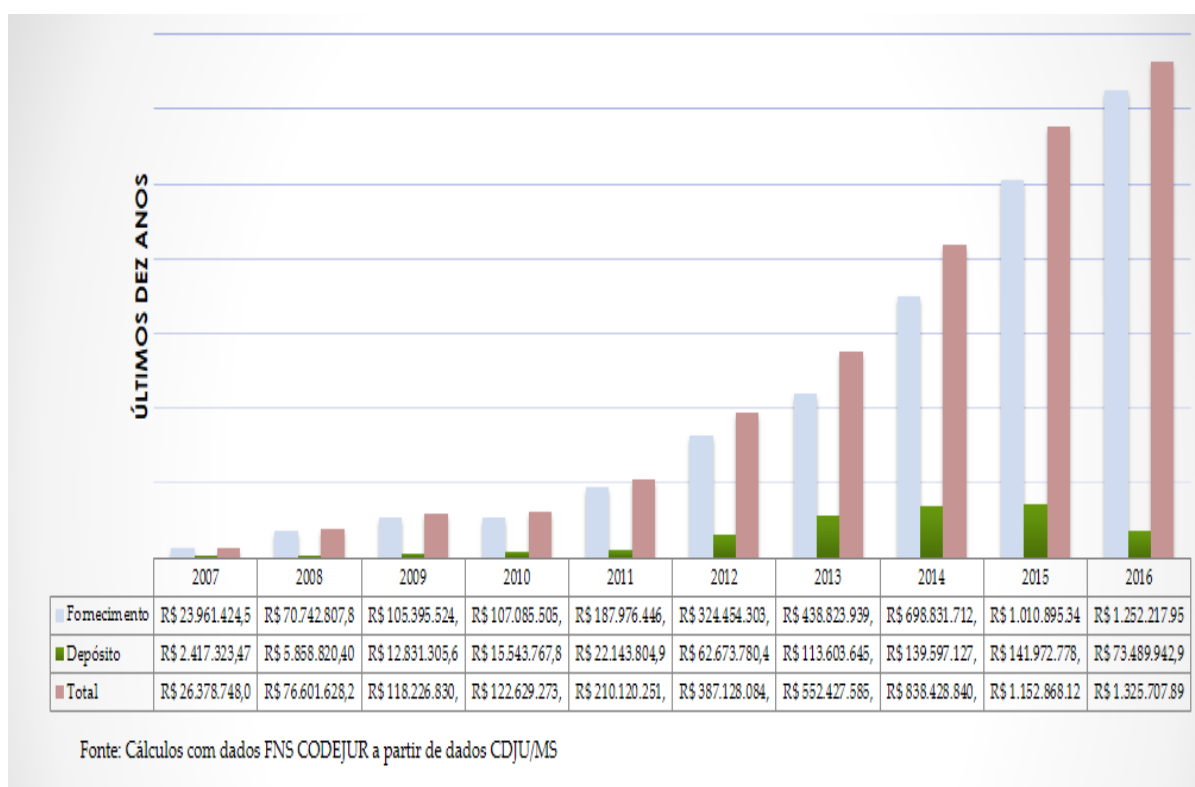
O conflito entre a administração (ou gestão) da saúde e o sistema judicial tornou-se agudo na medida em que, sob o ponto de vista da administração da saúde, o sistema judicial tende a ignorar a legitimação das políticas públicas (sociais e econômicas) e os princípios de gestão administrativa e financeira que regem, não só as ações vinculadas, como as discricionárias do gestor público da saúde. Por outro lado, sob o ponto de vista do sistema judicial, a gestão de saúde tende a ignorar as razões e princípios jurídicos que acarretam as decisões impositivas, em especial em casos agudos onde o direito supremo à vida está sob risco (6). Esse fenômeno ocorre de forma ampla, abrangendo não só a saúde pública, mas

também a medicina coletiva e a medicina privada.

A judicialização da saúde deu-se, inicialmente, na defesa do direito individual indisponível da saúde, mediante ações que postulavam a tutela do judiciário para a obtenção, em favor de indivíduos ou de determinada coletividade, de medicamentos de alto custo (ou experimentais), internações hospitalares ou procedimentos terapêuticos não oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Há como medir as despesas da União Federal com a judicialização da saúde no que tange à dispensação de medicamentos e de procedimentos terapêuticos, tendo em vista o custo econômico-financeiro agregado a tais valores. A seguinte tabela, atualizada em relação ao panorama acima referenciado (3), demonstra o volume do dispêndio da União com o atendimento de ordens judiciais para o fornecimento de medicamentos e procedimentos, nos últimos dez anos.

Tabela 1. Gastos com judicialização da saúde no âmbito da União.



Vê-se, na Tabela 1, a distinção entre fornecimento, quando o gestor de saúde entrega o medicamento ou presta o procedimento ao usuário demandante; e o depósito, quando o gestor de saúde, não dispondo de tempo para adquirir o medicamento ou o procedimento (licitação) deposita judicialmente o valor correspondente, em dinheiro, para o usuário demandante.

O valor total nos últimos dez anos (2007-2016) alcançou, repita-se, apenas para a União Federal, o montante de R\$ 3.617.380.202,20 (três bilhões, seiscentos e dezessete milhões, trezentos e oitenta mil, duzentos e dois reais e vinte centavos). Não existem dados seguros quanto ao dispêndio de Estados e Municípios com a judicialização, mas o Ministério da Saúde¹ estima que alcance cerca de cinco bilhões de reais que, somados ao valor acima apontado, supera o montante de sete e meio bilhões de reais.

Mais recentemente ganhou maior dimensão um outro campo de controvérsias, além da dispensação de medicamentos e procedimentos, que é, cada vez mais, objeto de judicialização: a gestão da saúde. São os gestores de saúde os responsáveis pela execução das políticas públicas em saúde, que são, por definição constitucional, políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e outros agravos (art. 196, CF). As políticas públicas se materializam por leis, decretos, portarias, resoluções, contratos e convênios e emanam dos legisladores, da administração pública, dos Conselhos de Saúde e de órgãos representativos de gestores de saúde². A controvérsia exsurge do não cumprimento (omissão) ou da irregular execução dessas políticas institucionalizadas.

Prevenir a judicialização, tendo por objeto controvérsias que envolvam saúde, é o propósito da mediação sanitária assim entendida como “um modelo alternativo [à judicialização] de resolução de conflitos na área da saúde” (5). Contudo, o recorte que se

¹ Estimativa apresentada pela Consultor Jurídico do Ministério da Saúde, Dr. Sergio Eduardo de Freitas Tapety, em 10 de julho de 2017.

² CITs, CIBs, CONASS e CONASEMS.

pretende fazer neste trabalho é o da mediação sanitária tendo por objeto a saúde pública e as controvérsias sobre a gestão da saúde, não se debruçando sobre a medicina privada ou coletiva.

O Ministério Público viu-se estruturado pela Constituição de 1988 como instituição permanente e foi incumbido da defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127), sendo sua função institucional, dentre outras, a de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, II).

Estreme de dúvida que as ações e serviços de saúde são de relevância pública por definição constitucional e que cabe ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização, controle e execução (direta ou por meio de terceiros) (art. 197), portanto ao Ministério Público impõe-se a tarefa de zelar para que as ações e serviços públicos de saúde sejam de tal forma prestados, pelos Poderes Públicos, de modo a assegurar o exercício do direito público subjetivo à saúde, assegurado pela própria Constituição (art. 196).

Os instrumentos de atuação do Ministério Público foram definidos na Constituição Federal e em leis complementares e ordinárias, dos quais devem ser destacados o inquérito civil público, a ação civil pública, os termos de ajustamento de conduta, as recomendações e as notificações.

A atuação do Ministério Público como parte legitimada para postular em favor de direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos, perante o Poder Judiciário, deu-se a partir do advento da Lei da Ação Civil Pública (Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985) (7); esta legitimação, ampliada pela Constituição Federal de 1998, o colocou como autor de inúmeras ações civis públicas, tendo por objeto o atendimento ao direito público subjetivo às ações e serviços públicos em saúde.

Posteriormente, com o advento da Lei de Improbidade Administrativa (Lei nº 8.429 de 2 de junho de 1992) (8), a atuação do Ministério Público, sob outro enfoque, o da regularidade e probidade das ações do gestor de saúde, também levou ao conhecimento do Poder Judiciário numerosas controvérsias.

Figurando, de regra, como parte passiva nas ações judiciais acima apontadas, as que tem por objeto a dispensação de medicamentos e procedimentos terapêuticos, o gestor de saúde, mercê de liminares e sentenças mandamentais, viu o poder jurisdicional, em numerosas situações, contribuir, em muitos casos, para a desorganização gerencial e de execução orçamentária e financeira do sistema de saúde do que, propriamente, fazer cumprir a lei e, ao mesmo tempo, distribuir justiça.

Tanto quanto os magistrados, os membros do Ministério Público tendem a examinar as controvérsias exclusivamente à luz de seus conhecimentos jurídicos e das disciplinas que os compõem, não sendo obrigados a terem os conhecimentos do gestor de saúde ou seus prepostos. De outro lado, o gestor de saúde, que é titular de outros conhecimentos e disciplinas, tais como medicina, administração, orçamento, finanças etc., não está obrigado, por sua vez, ao conhecimento jurídico.

Essa limitação de conhecimentos e informações dos operadores do direito pode conspirar, em sede de processo judicial, para dificultar a desejada solução das controvérsias. A ampliação do conhecimento recíproco e a utilização de outros conhecimentos que, eventualmente, não estejam no arco daqueles titularizados pelos antagonistas, propicia maior compreensão da controvérsia, podendo resultar em uma solução mais justa e que previna a judicialização. Para tanto existem, a parte da controvérsia, diversos outros interessados que, direta ou indiretamente, podem colaborar ou participar da solução controvérsia, tendo ou não interesse direto ou indireto no evento.

Um dos instrumentos para resolver esses conflitos é a mediação. É natural que eventuais partes em conflito cogitem a possibilidade da conciliação; no entanto, nem sempre esta é possível por meio da autocomposição, sem a interferência de terceiros.

A mediação, no dizer de Delduque (5) é a “maneira de resolver conflitos pela autocomposição – em que as partes contam com um terceiro neutro, mas que pode desempenhar um papel ativo no processo de adoção de acordos no sentido de superar o litígio.”

A mediação foi elevada à condição de instrumento processual civil, para solução de conflitos por meio da Lei 13.105, de 16 de março de 2015, o Código de Processo Civil (9). Em seus arts. 2º, §§ 1º e 3º, prescreve que o Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos. Erige a mediação como método de solução consensual de conflitos o qual deverá ser objeto de estímulo, dentre outros, por membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial.

O Código de Processo Civil, nessa toada, regula nos arts. 165 a 173, a mediação que deve ser feita no âmbito do Poder Judiciário, ao passo que nos arts. 174 e 175, dispõe que:

Art. 174. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios criarão câmaras de mediação e conciliação, com atribuições relacionadas à solução consensual de conflitos no âmbito administrativo, tais como:

- I - dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública;
- II - avaliar a admissibilidade dos pedidos de resolução de conflitos, por meio de conciliação, no âmbito da administração pública;
- III - promover, quando couber, a celebração de termo de ajustamento de conduta.

Art. 175. As disposições desta Seção não excluem outras formas de conciliação e mediação extrajudiciais vinculadas a órgãos institucionais ou realizadas por intermédio de profissionais independentes, que poderão ser regulamentadas por lei específica.

Parágrafo único. Os dispositivos desta Seção aplicam-se, no que couber, às câmaras privadas de conciliação

Trata-se aqui de uma imposição legal ao Poder Executivo para criar Câmaras de

Mediação, e no caso da saúde, percebe-se, nitidamente, no inciso II, do art. 174, a concessão de acesso aos sujeitos do direito à saúde para tentarem resolver suas controvérsias, por meio de conciliação, que pode ser obtida por mediação, no âmbito da administração pública,

O Ministério Público de Minas Gerais, antes mesmo da vigência do Código de Processo Civil, e da autorização que hoje lhe confere ao art. 175, acima transcrito, instituiu procedimentos de mediação no âmbito da saúde pública, os quais denominou como mediação sanitária.

A Ação Institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, foi institucionalmente estabelecida no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MP/MG) por meio da Resolução PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012 (10), sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-SAÚDE). Seu propósito, como revela Assis (11), é minimizar o fenômeno da judicialização da saúde por meio de uma estratégia voltada à

(...)construção de espaços democráticos, compartilhados, com respeito aos diversos saberes, que pudessem ser ocupados pelos diferentes atores sociais, protagonistas na implantação do direito fundamental da saúde, jurídicos ou não, no enfrentamento e resolução solidária das complexas demandas de saúde.

Essa ação institucional é precursora, visto que já havia realizado, como se verá mais adiante, dezenas de reuniões de mediação sanitária, antes mesmo de o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) por meio de sua Resolução nº 118, de 1º de dezembro de 2014 (12), instituir sobre sua Política Nacional de Incentivo à Autocomposição no Âmbito do Ministério Público; e antes mesmo da legislação processual civil acima citada.

As mediações resultantes dessa ação institucional estão em pleno curso, cuidando o MP/MG de tentar resolver, precipuamente, as controvérsias que se referem à gestão da saúde, nas setenta e sete microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais (13).

Importa entender se o instrumento da mediação, valendo-se da experiência

concreta da ação institucional levada a cabo pelo MP/MG, como mediador, suscita a percepção de que a intersetorialidade deve informar o processo de mediação, trazendo, além das partes diretamente envolvidas, outros setores que podem contribuir para a solução da controvérsia, interessados ou não no resultado desta.

Segundo Akerman, sobre a intersetorialidade “(...) não há ainda uma teoria desenvolvida sobre a qual se possa fundar um marco de análise para pesquisas e avaliação” (14) e continua:

O caráter artificial da fragmentação do real advinda do paradigma cartesiano de produção do conhecimento e da ação e a aproximação com teorias do pensamento complexo mais profundo e interligado podem prover a base teórica para uma práxis intersetorial menos empírica e ancorada em pesquisas avaliativas.

A despeito da inexistência de um marco teórico que possa informar o emprego da intersetorialidade como método, o simples fato da mediação poder integrar todos os setores que podem contribuir para a solução das controvérsias, desde os setores primários (as partes diretamente interessadas) como os secundários (todos os demais que podem informar ou interferir para a solução desejada), milita para uma solução muito mais estável e que atende aos princípios de segurança jurídica. Por outro lado, a intersetorialidade tende a produzir um consequente cruzamento dos distintos recursos disciplinares que a informam, por parte dos respectivos setores, propiciando às partes envolvidas e em prol da mediação acesso recíproco ao conhecimento e disciplinas específicas de cada área de atuação, como se verá adiante.

O cruzamento desses distintos recursos disciplinares suscita as alternativas de sua interação ou integração, superando a organização tradicional da ciência, estabelecida em disciplinas autônomas e até estanques, em direção de modelos de determinação complexa resultantes de operações de síntese das disciplinas envolvidas (15).

Fundado no marco teórico do pensamento complexo (16) e em um paradigma que

deve afastar a fragmentação do conhecimento segundo o paradigma cartesiano, trata-se, aqui, de se constatar se a interdisciplinaridade é adotada como ambiente para a obtenção de maior êxito nesses mesmos processos, com o objetivo de propiciar a solução de controvérsias, antes das controvérsias serem levadas ao sistema judicial.

Para tanto, há que se apresentar os conceitos de mediação, intersetorialidade e interdisciplinaridade. No primeiro caso, para fixar o marco teórico que informa este método de solução de controvérsia; no segundo caso, para informar da utilidade de as partes e o mediador se valerem de outros setores para uma ação intersetorial em prol da conciliação (Conselhos de Saúde, entidades médicas ou profissionais, a academia, sociedade civil organizada etc.); no terceiro, para quebrar as barreiras do paradigma cartesiano da especialização, permitindo o reconhecimento, interação e integração de outros conhecimentos, também em prol da conciliação.

Daí porque importa desvendar se a intersetorialidade e a interdisciplinaridade informaram, ou não, as mediações sanitárias nas quais o MP/MG interviu e o grau de êxito nas mediações que se valeram desses paradigmas, de modo a aferir sua importância, com o que o projeto poderá ser útil para a adoção desse paradigma e das metodologias que lhe são próprias, pelos membros do Ministério Público, mormente o Federal, do qual sou membro.

Isto nos leva às perguntas de pesquisa: o MP/MG, em sua ação institucional de mediação sanitária, atua na condição de mediador? É constatável, em sua ação institucional, os fenômenos da intersetorialidade e da interdisciplinaridade a informá-la? As reuniões de mediação foram exitosas, no sentido que a intersetorialidade e a interdisciplinaridade a informaram?

Estabelecidas as perguntas de pesquisa, importa formular as hipóteses de pesquisa. Segundo Gil (17), as fontes da hipótese de pesquisa são a observação, o resultado de outras pesquisas, as teorias e a intuição.

Nesta pesquisa são a observação e as teorias as fontes da formulação da hipótese de pesquisa, à míngua de outras pesquisas que tenham se debruçado sobre os fenômenos da intersetorialidade e da interdisciplinaridade nas mediações sanitárias nas quais o Ministério Público figure como mediador; e diante do fato de que a intuição carece de um precedente raciocínio lógico demonstrável.

A primeira hipótese é a de que a natureza jurídica e as atribuições e competências do Ministério Público fixadas na Constituição e nas leis, minimizam o atendimento do princípio da voluntariedade, nas reuniões de mediação que este órgão preside e que envolvem pessoas físicas e jurídicas de direito privado e pessoas jurídicas de direito público, ou entre estas. Trata-se da observação de que qualquer das partes em conflito ou envolvidas em um conflito temem recusar-se à eventual convocação do Ministério Público para uma reunião de mediação, mesmo que esta não esteja no arco de seus interesses, em face da possibilidade de sujeitar-se a recomendações, inquéritos e ações judiciais de natureza cível ou penal, por parte deste órgão.

A segunda hipótese, fundada na teoria, é a de que a presença do Ministério Público, a funcionar como mediador nessas reuniões, contribui para a consecução do princípio da igualdade das partes (equidade).

A terceira hipótese, fundada na observação, é que, não obstante a confirmação ou não da primeira hipótese, uma vez instalada a reunião, o fenômeno da intersetorialidade é constatável.

A quarta hipótese, também fundada na análise dos discursos, é que instalada a reunião, o fenômeno da interdisciplinaridade é constatável.

A quinta hipótese, fundada na observação, é que a ocorrência da intersetorialidade e da interdisciplinaridade nas reuniões de mediação contribui para a resolução dos conflitos.

O objetivo geral propósito deste trabalho é constatar se a mediação sanitária levada a cabo pelo MP/MG é sustentada pelo paradigma do pensamento complexo em uma de suas facetas, a da interdisciplinaridade, o que somente pode se dar se outro fenômeno, o da intersetorialidade, ocorrer concomitantemente.

Não é objetivo do presente trabalho aferir a efetividade das reuniões de mediação sanitária, sob o ponto de vista de seus resultados, porquanto estes não são, naturalmente, relatados nas atas de mediação, constando nelas apenas as propostas e compromissos adotados.

Portanto, com o auxílio de uma revisão de literatura, impõe-se apresentar os conceitos e a aplicação da mediação, intersetorialidade e interdisciplinaridade. No primeiro caso, para fixar o marco teórico que informa este método; no segundo caso, para informar da utilidade de as partes e o mediador se valerem de outros setores para uma ação intersetorial (Conselhos de Saúde, entidades médicas ou profissionais, a academia, sociedade civil organizada etc.); no terceiro, para quebrar as barreiras do paradigma cartesiano da especialização, permitindo o reconhecimento, interação e integração de outros conhecimentos, tudo em prol da resolução do conflito.

Impõe-se, pois, conhecer e avaliar se, nos processos de mediação levados a cabo no âmbito do MP/MG e por estes presididos, em controvérsias envolvendo questões de saúde pública, verifica-se, ou não, a participação de setores que podem colaborar para o compartilhamento das informações acerca de suas áreas de atuação (intersetorialidade) e para o compartilhamento de suas áreas de conhecimento e disciplinas envolvidas (interdisciplinaridade) para a solução do conflito, como metodologia; e em que medida esse método propicia a solução extrajudicial de conflitos, de molde a evitar a sua judicialização.

O trabalho, ao seu final, pretende, ao retratar a ação do MP/MG, discutir como se dá a prática da Mediação Sanitária presidida naquele órgão, identificando-a à luz dos paradigmas acima apresentados, de forma que outros Ministérios Públicos das unidades federadas possam reproduzir, ou não, essa mesma prática.

São objetivos específicos do presente trabalho contextualizar o conceito teórico de mediação, intersetorialidade e interdisciplinaridade com base na literatura nacional e internacional e analisar quarenta e sete casos concretos de mediação presididos pelo MPMG, a metodologia empregada para a solução da controvérsia, de modo a constatar o emprego da mediação, da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, segundo os marcos teóricos que os informam e verificar se ocorreram as hipóteses de pesquisa.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 MEDIAÇÃO

A investigação científica em matéria de mediação ressentia-se, até recentemente, da formulação de uma teoria geral da mediação. Esta lacuna foi preenchida com o trabalho de Cátia Sofia Marques Cebola (18), que realizou uma investigação científica em matéria de mediação e propôs uma teoria geral da mediação, pela qual a autora apresenta a necessidade do marco legal, sua definição, seu objeto, seus sujeitos, sua natureza jurídica, suas classificações internas e seus princípios básicos

A mediação é um método imemorial, porquanto qualquer resolução de conflitos não prescinde da cogitação, entre os sujeitos do conflito, de que isto possa ser feito de forma não litigiosa.

A autocomposição, assim entendida como a resolução de um conflito sem interveniência de terceiros, quando uma das partes em conflito é mais forte do que a outra, é historicamente conhecida em diversas sociedades, não tendo desaparecido, ainda, sequer dos ordenamentos jurídicos modernos.³ Neste caso a autotutela ou seja, a imposição de um dos interesses postos em conflito intersubjetivo sobre o outro, era a regra do mais forte. Um bom exemplo histórico da autocomposição por autotutela de interesses é a Lei de Talião, encontrada no Código de Hamurabi (1.780 a.c.). Somente com a organização jurisdicional imposta pelo Estado Romano, este veio a substituir esta forma autocompositiva de solução de conflitos com a consagrada forma heterocompositiva estatal, caracterizada pela interveniência decisiva de um terceiro, escolhido pelas partes ou mais forte que elas, no caso o estado, que põe-se como titular da resolução dos conflitos, impondo suas decisões às partes conflitantes. O estado moderno trouxe então, paradoxalmente, a possibilidade do renascimento das formas

³ No ordenamento jurídico brasileiro, a legítima defesa e o estado de necessidade (art. 23, I e II, do Código Penal Brasileiro) no campo penal e o desforço pessoal (art. 1.210, § 1º, do Código Civil) no campo civil.

autocompositivas de solução de conflitos, ao igualarem todos perante a lei, colocando-os, formalmente, no mesmo patamar para resolverem seus conflitos.

Não obstante, na China e no Japão, há séculos, verifica-se a prática da mediação, como alternativa à autotutela ou à intervenção do estado. Naquelas culturas não se admite um método que resulte em um perdedor ou um ganhador; seria a desonra (19).

Para o mundo ocidental, a adoção de meios alternativos de resolução de disputas (*Alternative Dispute Resolution – ADR*)⁴ encontrou seu ressurgimento na década de 1970, nos Estados Unidos, em especial com a realização da *Pound Conference*, cujo tema principal foi “*Causes of Popular Dissatisfaction with the Administration of Justice*”⁵ e na qual Frank Sander, ao expor sobre “*Varities of Dispute Processing*”⁶ defende a existência de outros meios de resolução de conflitos (18). O termo “ADR” surgiu na literatura anglo-saxônica, como ensina Vasconcelos-Souza (20): “para se referir às alternativas à via judicial e para estabelecer uma designação prática para um processo historicamente já com alguma tradição nesses países”.

Sob a tutela do poder do estado de garantir igualdade formal entre as partes conflitantes, as partes em conflito intersubjetivo de interesses puderam, justamente para evitar dois fenômenos históricos da jurisdição (sua imprevisibilidade e sua lentidão), lançar mão de métodos autocompositivos e extrajudiciais para resolverem seus conflitos, a saber a negociação, a mediação, a conciliação e a arbitragem.

A negociação é um método em que as partes em conflito resolvem diretamente sua controvérsia mediante transação, podendo ou não consultar terceiros; a conciliação é um método que, sobre ser parecido à mediação, dele se diferencia pelo papel do conciliador que, ao contrário do mediador, permanece em atividade até o desate da controvérsia no ambiente

⁴ Resolução Alternativa de Disputas. (tradução livre do autor)

⁵ Causas da Insatisfação Popular com a Administração da Justiça. (tradução livre do autor)

⁶ Variedade dos procedimentos de disputa. (tradução livre do autor)

administrativo ou jurisdicional; Cebola (18) esclarece: “La distinción entre mediación y conciliación es una de las cuestiones más debatidas en la actualidad entre la doctrina y la que menor consenso obtiene”⁷. Por fim, a arbitragem constitui um meio de resolução de conflitos pelo qual as partes, contratualmente, elegem um árbitro privado ao qual se titulariza o poder de decidir a controvérsia, vinculando, por força do contrato de arbitragem, as partes à sua decisão.

Tanto nos Estados Unidos como na Europa, os meios alternativos de resolução de disputas, em especial a mediação, foram incorporados por legislação que, ao revés de imporem uma restrição ao método, garantiram seus princípios básicos e, ainda, agregaram a garantia de executividade das soluções alcançadas por esse meio.

Mais do que a imprevisibilidade e lentidão, a decisão judicial tem outros custos, já estudados por Cappelletti e Garth (21). Esses outros custos são objetivos (como a movimentação da máquina judiciária - serviços de justiça, advogados, peritos, testemunhas) e subjetivos, como a decisão de se lançar em uma controvérsia na qual o sistema impõe a decisão que que “o ganhador leva tudo”. Outra questão sobre a judicialização, também observada por esses autores, é o problema especial das controvérsias que versam sobre direitos difusos, como o da saúde. No caso da gestão da saúde, o interesse do cidadão, individualmente considerado, é demasiado pequeno ou vago para induzi-lo a propor uma ação.

A mediação, conforme Cebola (18) “é definida como o mecanismo em que um terceiro intenta que as partes discutam entre elas a solução de sua disputa (...) Assim, os ‘operários’ da resolução do conflito são os sujeitos ativos das pretensões, é dizer, as próprias partes e, por isso, a mediação é um meio autocompositivo”. Para mais adiante completar:

⁷ A distinção entre mediação e conciliação é uma das questões mais debatidas na atualidade entre a doutrina e a que menor consenso obtém. (tradução livre do autor)

Así, lo que pretendemos analizar es la mediación como método integrado en el sistema de resolución de conflictos jurídicos de un ordenamiento jurídico, con la intervención de un tercero independiente, neutral e imparcial en relación a la disputa y a las partes para, bajo principios éticos y deontológicos, ayudarlas en la construcción de la solución a través del diálogo y el mutuo acuerdo.⁸

Segundo a teoria geral da mediação proposta na obra citada, não se admite que ela, a mediação, seja qualificada como processo ou procedimento, termos mais adequados aos litígios que se desenrolam perante as autoridades judiciais ou administrativas, ou seja, ao pálio do estado; não obstante o fato de que, no Brasil, a Lei 13.140 de 2015 (22), use a expressão procedimento. A mediação é um método e é seu pressuposto sua informalidade, incompatível com processos e procedimentos (23). Não obstante, para que seu propósito seja o de evitar a litigiosidade, seu objeto há de ser um conflito de natureza jurídica⁹ ao tempo que seja passível de mediação (mediabilidade), pois, a rigor como ensina Cebola (18):

¿Ante lo expuesto, debemos concluir que no deberá existir restricción a la práctica de la mediación y este mecanismo deberá aplicarse a cualquier conflicto? Pues bien, consideramos que la mediación no deberá aplicarse siempre que en virtud de sus principios, reglas y metodologías inherentes a su práctica, no constituya el medio adecuado a la resolución de determinados conflictos. Así, el criterio de mediabilidad tendrá que aventarse sobre razones inherentes a la propia mediación y modo de actuación de la misma, debiendo la ley en estos casos excluir expresamente la aplicación de la mediación.¹⁰

⁸ Assim o que pretendemos analisar é a mediação como método integrado no sistema de resolução de conflitos jurídicos de um ordenamento jurídico, com a intervenção de um terceiro independente, neutro e imparcial em relação à disputa e às partes para, sob princípios éticos e deontológicos, ajudá-las na construção da solução através do diálogo e o mútuo acordo. (tradução livre do autor)

⁹ Outros conflitos mais apropriados à intervenção de terapeutas, não são objeto da mediação.

¹⁰ Ante o exposto devemos concluir que não deverá existir restrição à prática da mediação e este mecanismo deverá aplicar-se à qualquer conflito? Pois bem, consideramos que a mediação não deverá aplicar-se sempre que em virtude de seus princípios, regras e metodologias inerentes à sua prática não constitua o meio adequado à resolução de determinados conflitos. Assim, o critério de mediabilidade terá que ser selecionado, à vista das razões inerentes à própria mediação e o modo de atuação da mesma, devendo a lei, nestes casos, excluir expressamente a aplicação da mediação. (tradução livre do autor)

Vale dizer, no entender da autora, a mediação somente poderá ter como objeto direitos disponíveis ¹¹, vale dizer, direitos que podem ser objeto de transação ou renúncia pelas partes interessadas.

Os sujeitos da mediação são os mediados e o mediador, e sua relação é de total igualdade, não havendo prevalência de uns sobre os outros, visto que todos devem estar empenhados igualmente em construir uma resolução para a controvérsia. Registre-se que os mediados podem ser sujeitos individuais ou coletivos (multipartes) (23). Neste último caso, serão beneficiários da mediação todos aqueles que tiverem interesse direto ou indireto no resultado da mediação, visto que a solução terá que ser de tal forma abrangente de modo a não propiciar novos conflitos resultantes de algo que deveria ser a resolução de um conflito.

Os sujeitos da mediação podem contar com a intervenção de terceiros, que não tem interesse direto na resolução do conflito, como peritos, advogados, defensores públicos, Ministério Público e mesmo testemunhas. (18)

O resultado da mediação é o acordo de mediação ou negócio jurídico mediado, que deve resultar em documento escrito e firmado pelos interessados, abrindo-se a discussão doutrinária se este acordo é autoexecutável ou depende de homologação judicial. Cebola (18), demonstra que, na Europa, na maioria dos países onde a executividade é tratada, esta depende de homologação, por juiz, notário ou outra autoridade competente.

No Brasil, a Lei 13.140 de 2015, Lei da Mediação (LM) (22), nas disposições comuns que regem a mediação, prescreveu que o acordo de mediação, no âmbito privado, é título executivo extrajudicial¹² (art. 20, parágrafo único) ampliando o que dispunha o art. 784, inciso IV, do Código de Processo Civil, Lei 13.105, de 16 de março de 2015 (CPC) (9), que conferia esta condição apenas aos instrumentos de transação referendados pelo

¹¹ Adiante se verá que, no Brasil, a Lei 13.140/2015, abre exceção à regra da disponibilidade.

¹² Documento ao qual a lei confere eficácia executiva, de modo que o que ali consta pode ser objeto de execução sem pronunciamento judicial prévio.

Ministério Público, pela Defensoria Pública, pela Advocacia Pública, pelos advogados dos transatores ou por conciliador ou mediador credenciado por tribunal; assim com o advento da lei mais recente, mediadores não credenciados por tribunais podem integrar-se à mediação, sem prejuízo de que os acordos de mediação concluídos sejam, também, títulos executivos extrajudiciais.

Não obstante, o CPC prescrevera, anteriormente, como título executivo judicial a decisão homologatória de autocomposição extrajudicial de qualquer natureza (mediação, conciliação ou arbitramento), o que nos leva ao fato de que, mesmo antes da LM, promulgada poucos meses depois do CPC¹³, as partes, no contrato de mediação, já podiam fazer constar cláusula homologatória judicial, para conferir esse efeito ao acordo de mediação.

No que tange às mediações levadas a cabo no curso de processos judiciais ou antes deles, por meio de órgãos ligados ao Poder Judiciário, o acordo de mediação será sempre considerado um título executivo judicial por força do art. 515, inciso III do CPC, que menciona como tal a decisão homologatória de autocomposição judicial.¹⁴

A mediação tem natureza jurídica contratual, originariamente privada e autocompositiva. O negócio jurídico, em geral, constitui-se na vontade das partes, no objeto lícito e em forma não proibida em lei; sem qualquer um desses requisitos não terá validade (art. 104 da Lei 10.406 de 2002, Código Civil Brasileiro) (25). Ademais, a LM conforma a vontade das partes a princípios que devem orientar o método, a saber: a imparcialidade do mediador; a isonomia entre as partes; a oralidade; a informalidade; a autonomia da vontade das partes; a busca do consenso; a confidencialidade e a boa-fé (art. 2º, da LM). Em respeito às condições de validade do negócio jurídico, qualquer cláusula do contrato de mediação

13 Curioso que a Lei 13.105 é de 16/03/2015, com vigência a partir de 16/03/2016 e a Lei 13.140 é de 26/06/2015, com vigência a partir de 26 de janeiro de 2016, de forma que a lei mais recente entrou em vigor depois da lei posterior...

14 A meu ver uma incoerência em termos, pois autocomposição, por não contar com a intervenção do juiz, não pode ser denominada autocomposição judicial, pode ser considerada uma autocomposição em ambiente judicial. A participação do juiz muda o modo para heterocomposição (v. tb. § 2º, do mesmo art. 515).

(escrita ou não escrita, tácita ou expressa) que atente contra os princípios a imparcialidade do mediador, a isonomia das partes, a autonomia de sua vontade e a boa-fé, fulmina de nulidade o contrato; os demais princípios informadores: a oralidade, a informalidade, a busca do consenso e a confidencialidade podem ser objeto de negociação entre as partes mediadas em respeito à autonomia de sua vontade¹⁵.

O objeto da mediação, a resolução da controvérsia, deve ser lícito, também como condição de validade do negócio jurídico. Por outro lado, pode ter por objeto, também, direitos indisponíveis.

No caso da mediação que envolva sujeitos privados e que tenha por objeto conflitos privados, a situação não demanda maiores indagações: tem-se que a maioria dos direitos privados inerentes à pessoa é passível de transação, portanto mediáveis. Mesmo alguns direitos privados entendidos como indisponíveis, relativos principalmente ao estado da pessoa e às relações de família, podem ser transacionáveis como sugere o art. 3º, da LM, quando prescreve que pode ser objeto de mediação o conflito que verse sobre direitos disponíveis ou sobre direitos indisponíveis que admitam transação. Martins (26) sugere que esses direitos que admitem transação são mormente os de família e os que se referem ao estado da pessoa.¹⁶

É a mediação que envolve sujeitos privados em face de sujeitos de direito público ou mediação entre sujeitos de direito público que suscita maior discussão, pois invoca consolidado entendimento da inegociabilidade dos atos administrativos em face do princípio da legalidade, inscrito no art. 37, II, da Constituição Federal c/c art. 2º, § 2º, da lei 9.784 de 1999 (27), que veda ao administrador público a renúncia total ou parcial de poderes ou

15 A lei exclui do dever de confidencialidade a informação sobre crime de ação penal pública e, concluída a mediação, as informações de natureza tributária que devam ser prestadas à autoridade competente.

16 No entanto cita um precedente do Superior Tribunal de Justiça que versa sobre a disponibilidade de um direito difuso (meio ambiente). Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 299.400 – RJ. Segunda Turma. Recorrente: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Recorridos: Município de Volta Redonda, Banco Bamerindus do Brasil S/A., Companhia Siderúrgica Nacional. Relator: Ministro Francisco Peçanha Martins. Relatora para acórdão: Ministra Eliana Calmon. Brasília, 01 de junho de 2006.

competências, salvo autorização em lei. Invoca, também, a inegociabilidade dos bens e patrimônios públicos, sejam os de uso comum do povo, sejam os dominicais, salvo na forma prevista em lei (desafetação e/ou licitação).

Gavronski (28) examinou as potencialidades e os limites do Ministério Público em mediações por ele conduzidas. Primeiramente, examinou a legitimidade do Ministério Público para intervir na composição de conflitos que envolvam direitos indisponíveis, para concluir que é seu dever constitucional de promover a justiça, adotando uma postura ativa, com imparcialidade, visto que não é o titular dos direitos objetos de composição. Adiante sustentou que, diante da indisponibilidade, pelo Ministério Público em relação aos direitos que deve defender, sua atuação se dá no processo de concretização do direito, para a obtenção de um “(...) consenso válido e a correção da solução jurídica à luz do ordenamento jurídico”.

A LM não passa ao largo dessa discussão, no que tange à autorização para mediação entre pessoas físicas ou jurídicas de direito privado ou entre pessoas jurídicas de direito público. A lei regula a atuação de órgãos administrativos em seus arts. 32, § 4º, art. 35, incisos I e II, art. 36, § 3º e art. 38, sem que abra mão dos princípios da legalidade e da indisponibilidade dos bens, patrimônio e verbas públicas. A mediação é justamente para que sejam objetos de conciliação conflitos interpretativos das normas que devem reger situações jurídicas e que acarretam deveres e direitos entre as partes conflitantes, o que, em última análise, prestigia o princípio da legalidade e da indisponibilidade dos bens públicos.

O fato é que a mediação que envolva pessoas de direito público, justamente em face do princípio da legalidade e da indisponibilidade dos bens e patrimônio público, tende a mediar justamente o cumprimento, por parte dos administradores públicos, desses mesmos princípios.

No que toca à saúde pública, o uso da mediação presta-se tão somente a obter o reencaminhamento do gestor público para o cumprimento desses princípios, pois é certo que

todo o Sistema Único de Saúde escora-se em um arcabouço normativo rigidamente direcionado ao cumprimento do dever do estado de prestar ações e serviços públicos de saúde nos moldes ditados pela Constituição Federal (6) e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 de 1990 (29), observando, também, de forma rígida, a legislação orçamentária e financeira dos entes federados e sua forma de financiamento e rateio de despesas, especialmente a Lei Complementar nº 141 de 2012. (30)

O objeto da mediação em saúde pública, denominada mediação sanitária, que envolva pessoas físicas ou jurídicas de direito privado e pessoas de direito público, ou entre essas próprias, será sempre resolver controvérsias de gestão decorrentes do não cumprimento ou do mau cumprimento desse dever de prestação de ações e serviços públicos de saúde, por parte do estado. Dever que corresponde ao direito público subjetivo à saúde de que cada cidadão é titular; seja diretamente pela ausência de acesso a essas ações e serviços, seja indiretamente, quando é vítima da inação, que normalmente é consequência de conflitos interfederativos ou com os conveniados e prestadores de serviços ao SUS. Assim, a atuação do Ministério Público para a concretização do direito almejado pode se dar na obtenção das condições de modo, tempo e lugar para a implementação do direito à saúde por parte dos gestores de saúde, o que não se confunde com dispensa das obrigações previstas em lei, bem assim para

(...) a definição de conceitos jurídicos indeterminados, sobre cuja interpretação haja controvérsia que prejudique a efetividade da norma, bem como para dimensionar, adequadamente, à luz do caso concreto, o alcance de princípios jurídicos aplicáveis, permitindo-se, com isso, inclusive, uma interpretação que transcenda o conteúdo específico da regra jurídica aplicável. (28)

A mediação, segundo sua teoria geral, segue princípios fundamentais que Cebola (18) enumera em sua obra: os princípios da voluntariedade, confidencialidade e igualdade das partes e equidade. O CPC acresce, aos princípios acima elencados, o da imparcialidade do

mediador, o da informalidade, o da oralidade, o da boa-fé, o da independência do mediador e o da decisão informada. É de se ver que, princípios também elencados pela lei e não citados anteriormente (isonomia entre as partes e busca do consenso), se subsomem nos princípios da equidade e da voluntariedade. No entanto, outros autores acrescentam a essa lista os princípios do respeito à ordem pública e às leis vigentes (31).

O princípio da voluntariedade é a pedra de toque do método da mediação. Sem a livre e consciente vontade das partes de perseguir um acordo para a resolução de seus conflitos, e mais, nesse esforço não concordarem com o auxílio de um terceiro, o mediador, não há que se falar em mediação. Tanto assim é que a renúncia ao método pode se dar a qualquer momento, sem qualquer ônus ou direito de oposição, até que o acordo seja firmado. Por sua natureza, sendo um método no qual as partes constroem a resolução de seu conflito, não se espera a inadimplência de qualquer das partes após a celebração do acordo que lhe põe fim (18).

No entanto, esse princípio tem sido mitigado em inúmeros países que decidiram regulamentar a mediação, de modo que alguns exigem, sob pena de negativa de jurisdição, que se proceda à mediação antes do início do processo judicial e outros induzem as partes a isto mediante algumas penalidades (1). No Brasil, a LM, no que tange a mediação privada e extrajudicial, pressupõe que as partes celebrem um contrato de mediação, e no caso de não haver previsão contratual, dispõe sobre alguns critérios sobre a mediação que são claramente indutores do método, chegando, inclusive, a estabelecer uma pena para a parte que não se sujeite à mediação, pois o não comparecimento da parte convidada à primeira reunião de mediação acarretará a assunção, por parte desta, de cinquenta por cento das custas e honorários sucumbenciais, caso venha a ser vencedora em procedimento arbitral ou judicial posterior, que envolva o escopo da mediação para a qual foi convidada (art. 22, § 2º, inciso IV). Vale dizer que, se negar-se à mediação, mesmo que vencedora no processo judicial, ainda

assim suportará o ônus da metade das custas e dos honorários que, em condições normais, seriam integralmente seus.

A LM modificou o CPC para impor, como parte do processo judicial, a mediação prévia, na qual as partes sequer podem escolher o mediador.

O CPC, promulgado pouco antes da LM, mas que entrou em vigor pouco depois, foi mais feliz em regular a mediação para as pessoas jurídicas de direito privado, aproximando-se mais do princípio da voluntariedade que rege o instituto.

No que tange à mediação que envolva pessoa jurídica de direito público, a LM estipula a faculdade dessas pessoas tanto criarem câmaras de prevenção e solução administrativa de conflitos, como de a ela se submeterem e, ao contrário do que impõe aos entes privados, estipula que a sujeição dos conflitos dessa natureza, a essas câmaras, é plenamente facultativa, não lhe impondo qualquer pena no caso de recusa a essa submissão (art. 32, § 2º).

O segundo princípio fundamental, o da confidencialidade, no dizer de Cebola (18):

(...) se propugna como condición de efectividad y eficacia de la mediación, pues las partes solamente sentirán libertad para divulgar informaciones al mediador si estuvieren protegidas por el secreto de las declaraciones producidas en las sesiones realizadas. La inexistencia de confidencialidad inherente a la mediación mantendrá a los mediados sujetos a sus posiciones y contribuirá a que la estrategia de ocultar información a la otra parte y al mediador se mantenga lo cual, consecuentemente, dificultará la obtención del acuerdo. Por otro lado, la confidencialidad es también esencial a la integridad del papel del mediador y de su neutralidad, pues depara un clima de confianza entre las partes y el profesional.¹⁷

Os autores são unânimes em considerar o princípio da confidencialidade fundamental, contudo para aqueles de dimensão exclusivamente individual e envolvendo

¹⁷ Se propõe como condição de efetividade e eficácia da mediação, pois as partes somente sentirão liberdade para divulgar informações ao mediador se estiverem protegidas pelo sigilo das declarações produzidas nas sessões realizadas. A inexistência de confidencialidade inerente à mediação manterá os mediados sujeitos à suas posições e contribuirá para que a estratégia de ocultar informação à outra parte e ao mediador se mantenha, o que, consequentemente, dificultará a obtenção do acordo. Por outro lado a confidencialidade é também essencial a integridade do papel do mediador e de sua neutralidade, pois propicia um clima de confiança entre as partes e o profissional. (tradução livre do autor)

pessoas de direito privado e que não tenham dimensão difusa ou coletiva, assim ensina Souza (32) que:

Nos conflitos [...] que envolvem atos de entes públicos, seja como parte, seja como reguladores, é inadmissível, como regra, pensar em confidencialidade quanto a: a) termos do acordo; b) provas e estudos técnicos produzidos durante o procedimento da mediação; c) sessões deliberativas conjuntas reunindo todas as partes no conflito, a fim de discutir propostas de solução, informações levantadas ou firmar o acordo final.

Tanto no CPC quanto na LM o dever de confidencialidade, nas mediações envolvendo pessoas físicas e jurídicas de direito privado, é plenamente preservado (art. 166, §§ 1º e 2º, do CPC e arts. 30 e 31 da LM), abrindo-se, no entanto, por força da lei mais recente, três exceções: a vontade das partes mediadas; a informação relativa a crime de ação penal pública e as informações tributárias que se imponham em razão do acordo (art. 30, §§3º e 4º, da LM). Mais além, vai a LM ao enumerar quais são os fatos, atos e documentos alcançados pelo princípio da confidencialidade.¹⁸

No âmbito da mediação aplicada às pessoas jurídicas de direito público não se aplica o princípio da confidencialidade (32). Para a administração pública em geral sobrepõe-se o princípio da publicidade, de matriz constitucional (6) e regulado pela Lei 12.527 de 2011, Lei de Acesso às Informações (LAI) (33). As exceções a este princípio, que se impõe ao gestor público e aos servidores públicos em geral, somente situam-se, de um lado, no âmbito da administração da informação de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado em relação àquelas cujo sigilo é garantido por lei; e, de outro, aquelas imprescindíveis à segurança da sociedade ou do estado, nos termos dos arts. 23 e seguintes da LAI.

Por fim o terceiro princípio, na mediação, é o da igualdade das partes e o da equidade. A observância desse princípio é indispensável para a mediação de conflitos entre pessoas físicas jurídicas de direito privado. É importante perceber a diferença que existe entre

¹⁸ Essa enumeração não é exaustiva, à míngua de prescrição de exclusividade.

a igualdade formal e a material. Enquanto a primeira é aquela prevista no ordenamento jurídico ¹⁹, a segunda, que diz respeito a todas as circunstâncias que envolvem a parte mediada (v.g. nível de instrução, classe social, renda familiar, pressa na resolução do conflito, vulnerabilidade, assistência ou não de advogados ou assessores) é a que realmente importa para o bom resultado da mediação. Sobre isso ensina CEBOLA (18):

El punto neurálgico y crítico del principio de igualdad en la mediación es, sin embargo, el *power imbalance* de las relaciones entre mediados o relaciones en desequilibrio. Es decir, las situaciones en que una parte ejerce una influencia o presión sobre la otra, y con ello afecta a su libertad de negociar y, consecuentemente, a su poder de transigir, omitiendo sus verdaderas opiniones o negándose a reivindicar sus legítimos derechos y intereses. En términos genéricos son consideradas en desequilibrio las relaciones entre padres e hijos, entre marido y mujer, entre empleador y trabajador o entre víctima y agresor. De hecho, en estas relaciones hay una conexión emocional y psicológica que podrá afectar el equilibrio de fuerzas entre las partes.²⁰

No âmbito dos conflitos que envolvam pessoas jurídicas de direito público, passíveis de serem resolvidos por mediação, esse *power imbalance* também pode ser verificado.

As pessoas jurídicas de direito público não são imunes às dificuldades de organização e estruturação, como soi acontecer, no caso da saúde pública brasileira, com pequenos municípios que não contam com pessoal treinado e capacitado para gerir e administrar o complexo sistema único que se lhe apresenta para prover as ações e serviços públicos de saúde à população em geral. Não é difícil perceber que em muitos estados federados e em alguns setores da União, é incipiente o conhecimento das informações e práticas necessárias ao servidor, para que este possa representar seu ente de forma adequada,

¹⁹ Todos são iguais perante a lei (...) (art. 5º, *caput*, CF)

²⁰ O ponto nevrálgico e crítico do princípio da igualdade na mediação é, sem embargo, o *power imbalance* [desequilíbrio de poder] da relação entre os mediados ou relações em desequilíbrio. E dizer, as situações em que uma parte exerce uma influência ou pressão sobre a outra, e com isso afeta sua liberdade de negociar e, consecuentemente, seu poder de transigir, omitindo suas verdadeiras opiniões ou negando-se a reivindicar seus legítimos direitos e interesses. Em termos gerais são considerados em desequilíbrio as relações entre pais e filhos, entre marido e mulher, entre empregador e trabalhador ou entre vítima e agressor. De fato. Nessas relações há uma conexão emocional e psicológica que poderá afetar o equilíbrio de força entre as partes. (tradução livre do Autor).

mormente em uma mediação. Registre-se, para reforçar essa afirmação, a inelutável dependência financeira entre entes federados. Este é um sintoma de vulnerabilidade que pode impedir a igualdade, mesmo entre entes públicos, condição para uma resolução justa do conflito por mediação.

Assim, diversas situações militam contra a igualdade material das partes mediadas, mesmo quando uma delas é o Poder Público. Há, ainda, a desigualdade entre os demais setores que, usualmente, integram a ação de mediação sanitária, e não integram o Poder Público, a saber: a sujeição do conveniado prestador do serviço de saúde ao convenente, a sujeição hierárquica das categorias profissionais de saúde aos empregadores, de sociedades de patologia às indústrias farmacêuticas etc.

Embora sustente que é possível que o legislador possa, ao regulamentar a mediação, não a permitir em casos evidentes de desigualdade, Cebola (18) atribui ao mediador, em prol da mediação, a tarefa de eliminar essa desigualdade material:

Desde otra vertiente, el mediador desempeñará un papel esencial en el control del principio de igualdad. Desde luego, este profesional deberá utilizar sus estrategias y técnicas para controlar la posible superioridad de una parte frente a la otra. En este sentido es esencial la formación y el entrenamiento del mediador, para que le se capaciten el empleo de las técnicas necesarias para que pueda solventar situaciones de superioridad de una parte frente a la otra, situación que puede acaecer con frecuencia porque la negociación está presente en cualquier mediación. No obstante la aplicación de su labor y técnicas, si el mediador considerar que el *power imbalance* es tan acentuado que no puede ser doblegado y la mediación no puede proseguir de modo justo y efectivo, entonces deberá terminar con la sesión invocando precisamente la falta de condiciones para su desarrollo.²¹

²¹ De um outro aspecto, o mediador irá desempenhar um papel essencial no controle do princípio da igualdade. Desde logo, este profissional deve usar suas estratégias e técnicas para controlar a possível superioridade de uma parte contra a outra. Neste sentido, a formação e o treinamento do mediador é essencial, para que se lhe capacite o emprego das técnicas necessárias para que possa resolver situações de superioridade de uma parte contra a outra, uma situação que pode acontecer com frequência porque a negociação está presente em qualquer mediação. Não obstante, a aplicação de seu trabalho e técnicas, se o mediador considerar que o *power imbalance* [desequilíbrio de poder] é tão pronunciado que ele não pode ser superado e mediação não pode prosseguir de forma justa e eficaz, então deverá terminar a sessão, invocando precisamente a falta de condições para o seu desenvolvimento. (tradução livre do Autor)

Nesse sentido, o papel do Ministério Público como mediador e garantidor da igualdade entre os mediados, exsurge de sua necessária imparcialidade diante da lei e do fato de que, como afirma Gavronski (28):

Resumidamente, enfim, pode-se afirmar que a legitimidade das soluções resultantes de autocomposição conduzidas pelo Ministério Público se ampara, basicamente, em dois fundamentos essenciais: o consenso válido, essencial em toda e qualquer solução autocompositiva; e a correção da solução à luz do ordenamento jurídico vigente, [...].

2.2 INTERSETORIALIDADE

Já alertava Inojosa (34), em 1997, que:

As estruturas organizacionais em nossa realidade ainda se apresentam, em geral, com um formato piramidal, composto de vários escalões hierárquicos, e departamentalizadas setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização.

A essas características soma-se um conjunto de práticas de organização do trabalho, como: centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução (planos de papel), sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva (grande produção de papéis que circulam em rotas horizontais e verticais, para receberem, no mais das vezes, meros encaminhamentos), e distanciamento do cidadão e mesmo do usuário, dificultando o controle social.

Embora esse modelo não seja privativo do setor público, parece particularmente resistente nas organizações governamentais.

Esse desenho e as práticas que o realizam foram moldados, historicamente pelos grupos hegemônicos na sociedade, atendendo aos seus interesses. A estrutura de poder enraizada nas organizações representa essa teia de interesses, muitos dos quais, em função da história, já perderam outros espaços de poder na sociedade e amparam-se nesse aparato para sobreviver. Velhos interesses nem sempre são fracos interesses. Além disso, também há os novos interesses, que se escoram no mesmo aparato que criticam, toda a vez que o jogo do mercado põe suas posições em risco.

Do ponto de vista da modelagem, a organização do aparato tradicional dos três níveis de governo no Brasil - federal, estadual e municipal - responde, portanto, a antigos paradigmas da teoria clássica da administração. Trata-se de um modelo que projeta a organização como uma máquina: "uma rede de partes interdependentes, arranjadas dentro de uma sequência específica e apoiada por pontos de resistência ou rigidez precisamente definidos" (Morgan, 1996:29).

Em adição, citando Inojosa e Junqueira, Wimmer e Figueiredo (35) afirmaram:

A complexidade do setor saúde não permite uma abordagem dos problemas que se realize de forma fragmentada por estruturas setorializadas. Para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, transdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia nos sujeitos podem apresentar resultados satisfatórios.

O caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas, que deem conta da realidade e de suas diversas nuances, é a articulação intersetorial e transdisciplinar. A intersetorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas.

Como um fenômeno da terceira onda da atuação do estado (interventor, minimalista e reconstrutor) apresenta-se a ampliação das formas não estatais de participação.

Essas formas pressupõem a mitigação do poder do estado, ou de determinados setores do estado, em prol de uma integração que resulte na resolução dos problemas que se lhe apresentam, por meio do chamamento ou da participação de setores não-estatais e estatais; a essa ampliação chama-se intersetorialidade.

Em favor da intersetorialidade há que se dizer que, como método deliberativo, possibilita que diversos atores participem e expressem seus pontos de vista, compartilhando e compreendendo a situação de todos os demais participantes, cada um representando seu setor.

Colli *et al* (36), afirmam que a intersetorialidade oferece aos indivíduos:

[...] a oportunidade de expressar seus pontos de vista, conhecer e compreender as posições de outros participantes, identificar preferências e problemas compartilhados, até chegar a adquirir um juízo fundamentado sobre temas de relevância pública. A prática deliberativa supõe obrigatoriamente um processo coletivo de tomada de decisão, em que os participantes interessados na discussão dos temas enfrentados têm a oportunidade de convergir sobre uma opinião compartilhada, dando voz e relevância a todos os argumentos apresentados. A democracia deliberativa focaliza, assim, os processos comunicativos entre decisores políticos e cidadãos, a formação das opiniões e das vontades que precedem a votação

Segundo Akerman *et alli* sobre a intersetorialidade “(...) não há ainda uma teoria desenvolvida sobre a qual se possa fundar um marco de análise para pesquisas e avaliação” (14) e continua:

O caráter artificial da fragmentação do real advinda do paradigma cartesiano de produção do conhecimento e da ação e a aproximação com teorias do pensamento complexo mais profundo e interligado podem prover a base teórica para uma práxis intersetorial menos empírica e ancorada em pesquisas avaliativas.

A interdisciplinaridade, uma das facetas do paradigma do pensamento complexo, e que se propõe a propiciar às partes mediadas uma decisão informada para a resolução de seus conflitos, de fato pressupõe a intersetorialidade materializada na representação de todos os setores interessados na resolução do conflito.

Mais ainda, a intersetorialidade, por seu lado, não se refere, exclusivamente, à diversidade dos interesses diretos ou indiretos que qualificam a participação das partes na

mediação, como acima afirmado, mas também da integração das partes intervenientes, mercê de seus conhecimentos e experiência (interdisciplinaridade) úteis para o deslinde da controvérsia.

É uma situação reflexa: a interdisciplinaridade propõe-se a produzir um cruzamento de distintos recursos disciplinares que informam os respectivos setores, propiciando às partes envolvidas, e em prol da mediação, acesso recíproco ao conhecimento e disciplinas específicas de cada área de atuação, ao tempo que, sem a intersectorialidade, o esforço de uma interdisciplinaridade mais abrangente seria impossível.

Daí porque, a despeito da inexistência de um marco teórico que possa informar o emprego da intersectorialidade como método, o simples fato da mediação poder integrar todos os setores que podem contribuir para a solução das controvérsias, desde os setores primário (as partes direta ou indiretamente interessadas) como os secundários (todos os demais intervenientes que podem informar ou interferir para a solução desejada) milita para uma solução muito mais estável e que atende aos princípios de segurança jurídica.

Os autores acima citados sugerem um conceito operacional de intersectorialidade como um modo de gestão, desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre os determinantes sociais.

Parece claro aos autores que “há fortes clamores de que há insuficiências importantes na ação setorial isolada, reconhecidas, inclusive em recente artigo da Lancet, para qual na saúde “é necessário adotar múltiplas formas de governança intersectorial”.(14)

Observam Akerman *et alli* (14) que, mesmo na multiplicidade de interesses, é possível obter algum tipo de resultado comum. Afirmam que, no choque incessante desses interesses, “não há como prescindir de um jurado que inclua, medeie e decida como as várias vozes vão participar do ‘concurso’”. Abre-se, então, a oportunidade de se discutir o papel do

estado. Essa percepção vem ao encontro do papel que o Ministério Público do Estado de Minas Gerais vem desempenhando ao presidir as reuniões de mediação sanitária, como será objeto de exame adiante.

Preocupam-se os autores se a intersetorialidade como dispositivo para melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade da gestão pública pressupõe, com equidade, a inclusão de todos os intervenientes necessários ao objetivo da integração. No plano da mediação, essa preocupação avulta-se no papel do mediador, que deve estar atento à qualificação e à legitimidade de todos os protagonistas que podem colaborar para a resolução do conflito existente; bem assim, atento à equidade, para arrolar, inicialmente, tantas quantas forem as pessoas e as instituições para atingir esse objetivo; e não se fechar a sugestões de arrolamento de outros protagonistas, pelos inicialmente arrolados.

De fato, constata-se que a ação intersetorial por governos nos últimos 60 anos, limitou-se, em 84% das vezes, apenas a compartilhamento de informação, deixando para os 16% restantes os propósitos de promoção de equidade de integração de objetivos (14).

Essa escassez integrativa leva os autores, no mesmo artigo, a sugerirem seis linhas de perguntas de pesquisa específicas para o setor saúde: a) políticas públicas integradas e estratégias intersetoriais, por que e para quê?; b) intersetorialidade como problema e solução na rota da promoção da equidade?; c) intersetorialidade: a Babel entre as políticas públicas?; d) intersetorialidade: a Babel entre as políticas públicas e a vida cotidiana?; e) intersetorialidade como dispositivo para alteridade e negociação?; f) saúde em todas as políticas?

A sugestão dessas linhas de perguntas formuladas é importante para auxiliar o mediador e prepararem as partes mediadas para a construção da mediação sanitária que se pretende valer da intersetorialidade para atingir seu objetivo. O mediador, principalmente, mas também as partes mediadas e os intervenientes, devem estar preparados para enfrentar, no

processo de mediação, as seguintes perguntas específicas, extraídas das linhas de perguntas acima transcritas e também formuladas naquele artigo, que se referem mais proximamente ao fenômeno da intersetorialidade na mediação:

P16: Que redes são tecidas pelos cidadãos em busca de suas necessidades? Que itinerários são percorridos?

P17: Que dissonâncias existem entre a formulação de políticas, a opinião de especialistas e as necessidades percebidas pela “população”?

P18: Que atores, processos, interesses e negociações permeiam a formação das agendas nos ciclos das políticas?

P19: Como desenvolver a capacidade de olhar, escutar e analisar qual empreendimento seria mais adequado para cada situação?

P20: Que tipo de negociação é realizado entre os distintos atores envolvidos nos empreendimentos intersetoriais, quanto a financiamento, perda de autonomia e decisões e responsabilidades compartilhadas?

P22: Há acordos quanto a medidas de impacto utilizadas entres os atores das políticas envolvidas?

As respostas a essas perguntas qualificam os setores envolvidos para além da simples possibilidade de trocar informações, no sentido de, neles, identificar legitimidade e capacidade para exercerem esse protagonismo que leva à equidade na integração do objetivo de resolver a controvérsia pela mediação.

2.3 INTERDISCIPLINARIDADE

Fundado no marco teórico do pensamento complexo e em um paradigma que deve afastar a fragmentação do conhecimento segundo o paradigma cartesiano, a interdisciplinaridade é adotada como ambiente para a organização do conhecimento e obtenção de maior êxito em seu alcance, daí contribuir para a solução de controvérsias, antes das controvérsias serem levadas ao sistema judicial.

O cruzamento de distintos recursos disciplinares suscita as alternativas de sua interação ou integração, superando a organização tradicional da ciência, estabelecida em disciplinas autônomas e até estanques, em direção de modelos de determinação complexa, resultantes de operações de síntese das disciplinas envolvidas.

Uma introdução à problemática da complexidade, sobre cuja grande reflexão de Morin encontra-se em sua monumental obra “O Método”(37), escrita em seis volumes a partir de 1970, impõe-se ser reduzida, para este trabalho, mesmo sob pena de, diante da grandeza da obra, esta redução padecer de muitas faltas. Esta falta foi sanada parcialmente e de forma útil para a presente pesquisa por sua obra “Introdução ao Pensamento Complexo” (16), à qual muito aqui se recorreu.

Atribuindo o título de “inteligência cega”, sustenta Morin a tomada de consciência de que, também na ciência, erro, ignorância e cegueira incorrem por toda a parte e, em especial, no modo de organização do saber num sistema de ideias, teorias e ideologias; ignorância ligada ao desenvolvimento da própria ciência; uso degradado da razão e progresso cego e incontrolado do conhecimento. Constitui a inteligência cega o império dos princípios da disjunção, redução e abstração (paradigma da simplificação), constituindo ela a patologia do saber. Apresenta Morin a necessidade do pensamento complexo (complexidade do real), fundado no paradigma da distinção/conjunção, que se vale de princípios dialógicos e translógicos para formar a unidade na multiplicidade.

Em seu caminho para o pensamento complexo, Morin propõe o desenho, a intenção complexa, o esboço e o projeto complexos. O autor externa seu objetivo de desenvolver uma epistemologia da complexidade que convenha ao conhecimento humano, repelindo tanto a redução da diferença à unidade como a ocultação da unidade pela exposição da diferença, para ele próprio, o autor, superar a alternativa. Aponta que a microfísica e a macrofísica mudaram o conceito de matéria como realidade simples e elementar; o substrato físico não é mais uma base simples (vide microfísica quântica e macrofísica do espaço e do tempo). Não há mais solo “firme” para o paradigma da simplicidade. Discorre longamente sobre a teoria sistêmica, que põs como objeto do conhecimento não um elemento simples mas uma unidade complexa, em um nível transdisciplinar; pontua, adiante, sobre o sistema aberto; a informação/organização; conceitua a complexidade como um fenômeno quantitativo caracterizado pela extrema quantidade de interações e interferências entre um número muito grande de unidades, compreendendo também incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios. Examina a dualidade sujeito-objeto para concluir que entregues a si próprios são conceitos insuficientes, um é constitutivo do outro (e o mundo está do lado de fora). Epistemologicamente sustenta o autor uma concepção aberta da relação entre sujeito-objeto por meio de uma teoria a elaborar em que eles poderiam integrar-se um ao outro. Propugna o autor por uma ciência nova, resultante de uma transformação multidimensional do que se entende por ciência, resultando em uma unidade da ciência, de forma não reducionista, mas transdisciplinar, por meio de uma “virada paradigmática”.

Esta virada paradigmática tem como direção o paradigma complexo. Morin aponta a complexidade do ser humano, em seus inúmeros papéis diários, citando exemplos da literatura ao tempo em que aponta o poder reducionista da ciência, que no seu objeto de estudo ignora toda a complexidade que lhe é peculiar. Discorre sobre o paradigma simplificador ao passo que demonstra sua inutilidade em tratar com a ordem e desordem no

universo. Defende que o sujeito somente se realiza no curso de processos auto-organizadores, em que cada sistema cria suas próprias determinações e finalidades, que se contrapõem ao determinismo cientificista. Para a compreensão do paradigma proposto, o autor teoriza sobre a autonomia humana, sobre a distinção de complexidade e completude, sobre a distinção de razão, racionalidade e racionalização. Por fim, apresenta princípios que ajudam a pensar a complexidade do real: o dialógico, o da recursão organizacional e o hologramático.

Remete-nos Morin ao desafio de compreender a complexidade da ação, pois a complexidade não é apenas o campo do pensamento e da reflexão, mas também da ação; esta é o reino concreto da complexidade. Os seres humanos, a sociedade e a empresa são máquinas não triviais, pois apesar de a maioria de seus comportamentos ser previsível, muitas vezes não o somos. O pensamento complexo não recusa a clareza, a ordem e o determinismo; apenas os considera insuficientes, e se propõe a lidar com o inesperado e o incerto.

Problematiza Morin a prática da complexidade a partir de seu sujeito. A organização complexa (ou empresa) rende-se ao problema da causalidade sob três ângulos: a causalidade linear, a causalidade circular retroativa e a causalidade recursiva, de modo que não há separação entre indivíduo e espécie, indivíduo e sociedade, empresa e seu diagrama. Essa é uma falsa dualidade, pois as realidades são inseparáveis e interdependentes. Por outro lado, o autor sustenta a passagem da auto-organização, para a auto-eco-organização, traduzindo esta pela colocação da organização no ecossistema com respeito ao seu mercado, em face a inevitabilidade (e mesmo da necessidade da dicotomia ordem-desordem) e por sua luta por regeneração permanente. Essa luta pressupõe programas e/ou estratégias, sendo estas mais consentâneas com o pensamento complexo do que com o pensamento simplificador. Revelador do caráter da estratégia é que a desordem constitui a resposta inevitável ao caráter esquemático, abstrato e simplificador da ordem.

Por fim, o autor aborda o problema do excesso de complexidade como tolerante com o excesso de desordem, daí porque a complexidade deve reconhecer os fenômenos de ordem e desordem em cada caso concreto.

Trazendo esta teoria mais próxima ao objeto do estudo, vale citar, no campo da saúde coletiva, Almeida Filho (15) que defende a necessidade do emprego de novos paradigmas para abordar diferentes questões de pesquisa. Dedicou-se o autor, desde 1990, em uma revisão sistemática de propostas de produção de conhecimento alternativas ao paradigma dominante, focalizando, principalmente a epidemiologia. Propõe-se a recuperar os conceitos de transdisciplinaridade e complexidade, mediante a) discutir o conceito de disciplina no referencial epistemológico do cartesianismo; b) introduzir os princípios e elementos constitutivos do paradigma da complexidade; e c) diante de uma síntese evolutiva dos projetos metodológicos de organização da prática científica e tecnológica que tem sido denominados de interdisciplinaridade, contribuir para o avanço do debate epistemológico em saúde.

Multicausalidade ou multidisciplinaridade não significa, necessariamente, ser complexo, é apenas mais uma faceta do reducionismo do paradigma cartesiano. Ensina Almeida Filho (15) que pensamento complexo apresenta formas alternativas de disciplinaridade, como as desveladas por Jantsch, retomada e adaptada por Vasconcelos e Bibeau, a saber: Multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, metadisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

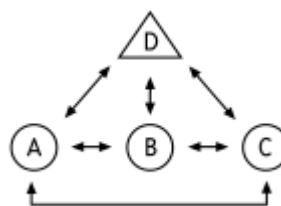
E, ainda, que:

A interdisciplinaridade implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas **A, B, C e D**, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas (no caso, **D**). Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade da temática comum, atua não somente **como integradora e mediadora**²² da circulação dos discursos disciplinares mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar. Segundo Vasconcelos (1997, p.8), advogando esta modalidade como

22 Negrito do autor.

integradora do campo da saúde mental, a interdisciplinaridade se sustenta sobre uma problemática comum, uma axiomática teórica e/ou política compartilhada e uma plataforma de trabalho conjunto, “desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos”. A Figura 5 representa esquematicamente essa modalidade, onde destaca-se o símbolo D, indicando uma disciplina integradora do campo interdisciplinar.

Figura 5.



Almeida Filho (15) aponta que há quem sustente que os campos disciplinares não são estruturas, mas práxis e, portanto, os sujeitos da ciência teriam um papel que determinaria que as relações interdisciplinares tenderiam mais ao conflito do que ao diálogo, tenderiam mais à luta pela hegemonia em que um campo disciplinar quer impor-se a outro, portanto a interdisciplinaridade seria impossível. No entanto, o autor tem uma visão otimista do sujeito pragmático capaz de atravessar fronteiras disciplinares. Esta visão deve ser compartilhada, na medida da possibilidade de sucesso do método da mediação, na qual a tendência ao conflito tende a ser superada pelo diálogo.

O autor dá uma contribuição à questão da transdisciplinaridade como projeto epistemológico ao superar o esquema de Jantsch, *apud* Almeida Filho (15), no qual entende estar revelada a transdisciplinaridade como apenas uma radicalização da interdisciplinaridade para a comunicação, não entre campos disciplinares, mas entre agentes de cada campo, não pelo trânsito dos discursos, mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos. Apresenta, assim, um esquema de transdisciplinaridade diferente de Jantsch, em que os sujeitos do discurso

disciplinar transitam (ou não) nos campos disciplinares envolvidos, tudo em torno de um objeto complexo (de estudo), assim considerados operadores transdisciplinares de ciência.

A proposta de transdisciplinaridade, conforme exposta por Almeida Filho (15), apresenta a questão: se ela é adequada para a mediação sanitária como método para a resolução de conflitos, mercê da necessidade imperiosa da figura do mediador que, como sujeito da mediação, deve integrar e mediar a vontade das partes e seus respectivos conhecimentos e experiências em prol da resolução da controvérsia. Na transdisciplinaridade não há a referência de um sujeito, mas apenas uma coordenação assegurada pela finalidade comum dos sujeitos envolvidos.

Severo e Seminotti (38) dão a pista, quando sustentam o fato de integrantes de equipes multiprofissionais participarem dos projetos e ações em prol da integralidade na prestação de ações e serviços de saúde, como sujeitos de conhecimentos e disciplinas, dispostos a expô-los e transcendê-los por meio da interdisciplinaridade. Pode-se, então, traçar um paralelo desses projetos com o esforço de mediação: a voluntariedade das partes em conflito e dos intervenientes em participarem do processo de mediação como sujeitos de conhecimentos e disciplinas, dispostos a expô-los e transcendê-los em busca de uma solução para a controvérsia que se põe.

Para fins deste trabalho, o conceito adotado de interdisciplinaridade é o de Almeida Filho (15), acima transcrito.

3. METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa documental analítica, de caráter quantitativo e qualitativo, baseada em atas de reuniões (anexos B e C) denominadas de mediação sanitária, presididas pelo MP/MG, desde a criação de sua Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania (Portaria PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012) (10).

Em tese, uma pesquisa dessa natureza, envolvendo a ação institucional de apenas um Ministério Público estadual em uma determinada base territorial, pode ser encarada como limitadora do propósito de expandir ou generalizar uma proposição teórica, que afirme ser desejável que o Ministério Público em geral, em ações institucionais dessa natureza, milite pela intersectorialidade e pela interdisciplinaridade das experiências e conhecimentos dos sujeitos mediados.

Contudo, não há registro de outras experiências orgânicas e sistematizadas de mediação, de outros ministérios públicos estaduais ou mesmo do Ministério Público Federal (MPF), tendo sido encontradas esparsas e eventuais atividades, por parte de um ou outro membro do Ministério Público em outros estados.²³ Registre-se, contudo, que o Estado de Minas Gerais é o ente federado que mais possui municípios em toda federação e, por consequência, mais microrregiões de saúde.

A Ação Institucional de Mediação Sanitária, levada a cabo pelo MP/MG, propôs-se a ser realizada em cada uma das setenta e sete microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais, que se encontram, por sua vez, em treze macrorregiões de saúde (13). Para além disso, a estratégia serve também para mediar demandas de usuários por medicamentos e procedimentos terapêuticos e, ainda, controvérsias envolvendo determinadas unidades de saúde (hospitais).

23 Esta afirmação resulta de levantamento, efetuado pessoalmente, pelo autor, por meio de comunicações telefônicas e por internet, com promotores públicos titulares dos CAOPs de todos os estados federados e com o GT-Saúde da PFDC, no âmbito do Ministério Público Federal, no segundo semestre de 2016.

Embora já tenham sido realizadas cento e seis reuniões de mediação sanitária desde o início da estratégia²⁴, o CAO-SAÚDE, do MP/MG, até a presente data, confeccionou apenas cinquenta atas para registrar as reuniões. Estas atas foram as que serviram de base ao presente estudo e configuram o universo da amostra.

O critério de inclusão foram todas as atas disponíveis, porque já confeccionadas, vez que os demais registros de memória das reuniões ainda não foram convertidas em atas formais.²⁵

Como critério de exclusão, não foram aproveitadas três atas que não representavam controvérsias envolvendo a gestão da saúde, mas demandas de usuários por procedimento terapêutico (um caso) e controvérsias que se resumiam exclusivamente à administração de um hospital, ou unidade de saúde conveniada (dois casos) e que envolvia apenas o MP/MG e o representante da direção da unidade hospitalar, sem a participação de outros atores.

O resultado da amostra final, foi baseado em quarenta e sete atas.

Foi empreendida a leitura de todas as atas e construído o Quadro 1 (anexo A) com os seguintes elementos, dispostos em sete colunas: número de ordem, data da reunião, número da reunião, assunto da reunião, entidades presentes, se a entidade presente manifestou-se ou não na reunião e o conteúdo de sua manifestação.

Aquele quadro permitiu extrair dados quantitativos e outros dados que se submeteram à análise qualitativa. No primeiro caso, com o propósito de constatar a intersetorialidade a informar as reuniões de mediação; no segundo caso, para constatar a presença da interdisciplinaridade na análise do conteúdo das manifestações, segundo a metodologia abaixo apresentada.

²⁴ Informação obtida diretamente no CAO-SAÚDE/MPMG em 17/07/2017.

²⁵ Idem.

Foi estabelecido o controle da variável: sujeitos da mediação. Foram identificados os sujeitos das mediações, cada pessoa física que representava uma instituição ou interesse, que foram nominadas de entidades, envolvidas na mediação, em cada uma das atas de reuniões, de modo que foram quantificados os comparecimentos (visto que uma mesma entidade participou de mais de uma reunião ou, ainda, uma mesma entidade tinha vários representantes na mesma reunião cujas manifestações foram contadas separadamente).

As entidades representadas foram agrupadas em vinte e três grupos constantes da Tabela 3 (apresentada nos resultados do presente trabalho). A constituição desses grupos obedeceu a critérios que identificavam a natureza das entidades participantes, o modo de organização das instituições às quais essas entidades pertencem, mas, principalmente, o grau de autonomia que dispunham para participar e manifestarem-se nas reuniões. Assim, por exemplo, figuraram em grupos diferentes o Prefeito Municipal (grupo Prefeitura) e o Secretário Municipal de Saúde (grupo Gestão Municipal da Saúde).

Foi constatada a existência, ou não, de manifestação por meio dos registros transcritos nas atas de reunião de mediação. É certo que muitos representantes de entidades presentes às reuniões manifestaram-se expressamente ou omitiram-se manifestamente. Anote-se que, em nove atas de mediação sanitária, houve o registro do comparecimento, mas não houve registro de manifestação (ou não manifestação) e, por consequência, não havia conteúdo a ser apreciado.

Esta metodologia possibilitou, no resultado da pesquisa, as análises quantitativas confirmadoras ou não do emprego da intersectorialidade.

A análise qualitativa dos discursos confirmadoras ou não da interdisciplinaridade como informadora das reuniões de mediação se deu por meio da análise do discurso, assim compreendido aquele contido nas manifestações resumidas no Quadro 1 (anexo A).

Essa análise, segundo Minayo (39), situa-se no campo da linguística tradicional e na análise de conteúdo. É dizer: “nela, o texto é considerado uma unidade significativa, pragmática e portadora do contexto situacional dos falantes”. Este contexto situacional abrange, necessariamente, toda a experiência que se presta à dinâmica interdisciplinar.

A técnica para a análise do discurso aqui empregada é a análise idiossincrática (40), pela qual se extrai da fala do sujeito, unidades significativas que explicitam o entendimento que este mesmo sujeito tem sobre a situação que lhe é apresentada, de modo a marcar, ou não, sua contribuição na dinâmica interdisciplinar.

Após a sistematização do material coletado, o conteúdo foi estudado sob o ponto de vista qualitativo, mas o enorme volume de informações coligido impôs a criação de uma tabela de conteúdos, elaborada a partir de análise idiossincrática do discurso, em que os pontos de relevância foram sendo agrupados em matriz de discursos e sintetizados em unidades de significação, como consta de tabela a ser apresentada nos resultados do presente trabalho (Tabela 5).

Essa tabela relaciona os dezenove temas que foram identificados no conteúdo das manifestações coligidas. Em muitas atas consta o registro de que fora efetuada uma manifestação, mas não consta o registro do conteúdo da manifestação, de modo que foi incluída na tabela a indicação de que ocorreram manifestações sem registro em ata.

Essa metodologia de agrupar entidades e temas deu-se porque, quanto às entidades representadas, a se respeitar a origem direta de cada representante, o número de entidades seria de tão grande monta que seria praticamente uma tarefa hercúlea relacioná-las em uma tabela, para estabelecer uma correlação com os temas abordados em todas as reuniões.

Da mesma forma, não agrupar os conteúdos de manifestações por tema, ensejaria um tal número de subtemas que ampliaria a tabela de tal modo, que a sua leitura demandaria muito esforço.

4. RESULTADOS

O volume muito grande de entidades identificadas no Quadro 1 (anexo A) impôs a reunião dessas entidades participantes em grupos representativos de interesse (adiante denominados simplesmente Grupo) que se encontram na Tabela 2, abaixo. Nessa tabela se vê o número de ordem do Grupo e sua denominação:

Tabela 2. Grupos de representantes de entidades por participação em reuniões

Nº do grupo	Nome do grupo	Nº de reuniões
1	Gestão Federal da Saúde	2
2	Gestão Estadual da Saúde	36
3	Gestão Municipal da Saúde	42
4	Câmara dos Deputados	1
5	Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais	3
6	Prefeitura	37
7	Câmara de Vereadores	14
8	Poder Judiciário	2
9	Ministério Público	47
10	Defensoria Pública	1
11	Controle Social	19
12	Auditoria e Controle	23
13	Consórcio Intermunicipal de Saúde	9
14	Direção Hospitalar	42
15	Autarquias Corporativas e Sindicatos	19
16	COSEMS-MG	14
17	Associação Civil	34
18	Segurança Pública	3
19	Governo de Minas Gerais	3
20	Empresariado	3
21	Imprensa	2
22	Instituição de Ensino Superior	2

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

Essa mesma tabela aponta o número de reuniões na qual cada Grupo se fez presente.

O exame das atas de reuniões de mediação revelou, em números absolutos, o total de representantes de entidades que se fizeram presentes²⁶ e participaram das quarenta e sete reuniões de mediação e, dentre eles, os que se manifestaram, os que não se manifestaram, e quantas vezes não houve esse registro, como se vê na Tabela 3, abaixo:

Tabela 3. Representantes de entidades X registro de manifestações

Total de representantes de entidades	925	100 %
Manifestaram	292	31,6 %
Não manifestaram	497	53,7 %
Sem registro	136	14,7 %

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

Esta tabela foi desdobrada para produzir a Tabela 4 abaixo, que revela, por grupo, o número de manifestações, de não manifestações ou de ausência de registro e o percentual de cada uma, em face do total de manifestações produzidas, do total de não manifestações constatadas e da ausência de registro de manifestação ou não.

Tabela 4. Manifestações, não manifestações e ausência de registro por Grupo.

	Grupo	Manifestou		Não manifestou		Sem registro	
			%		%		%
1	Gestão Federal da Saúde	2	0,68	0	0,00	0	0,00
2	Gestão Estadual da Saúde	50	17,12	55	11,07	24	17,65
3	Gestão Municipal da Saúde	33	11,30	156	31,39	30	22,06
4	Câmara dos Deputados	0	0,00	1	0,20	0	0,00
5	Assembleia Legislativa do Estado de MG	2	0,68	2	0,40	0	0,00
6	Prefeitura	24	8,22	63	12,68	17	12,50
7	Câmara de Vereadores	2	0,68	27	5,43	2	1,47
8	Poder Judiciário	2	0,68	0	0,00	0	0,00
9	Ministério Público	64	21,92	19	3,82	17	12,50
10	Defensoria Pública	1	0,34	0	0,00	0	0,00
11	Controle Social	8	2,74	18	3,62	2	1,47

²⁶ Não se trata aqui de grupos, mas de cada representante de entidade que, posteriormente, foi incluído em um grupo.

12	Auditoria e Controle	19	6,51	2	0,40	3	2,21
13	Consórcio Intermunicipal de Saúde	3	1,03	9	1,81	3	2,21
14	Direção Hospitalar	36	12,33	94	18,91	19	13,97
15	Autarquias Corporativas, Sindicatos e Representações de Classes	12	4,11	10	2,01	6	4,41
16	COSEMS-MG	6	2,05	6	1,21	4	2,94
17	Associação Civil	18	6,16	22	4,43	6	4,41
18	Segurança Pública	1	0,34	3	0,60	0	0,00
19	Governo de Minas Gerais	1	0,34	2	0,40	0	0,00
20	Empresariado	0	0,00	2	0,40	1	0,74
21	Imprensa	0	0,00	1	0,20	1	0,74
22	Instituição de Ensino Superior	2	0,68	4	0,80	1	0,74

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

No que tange o conteúdo das manifestações, essas foram analisadas e reduzidas a dezenove temas com a sinalação de que, eventualmente, não houve registro de conteúdo.

A Tabela 5, abaixo, relaciona esses dezenove temas (e a ausência de registro) com o número de manifestações, por tema, de cada um dos vinte e dois grupos de interesse relacionados, apresentando, ao final, o total de manifestações e o total de temas abordados. Segue-se a legenda para que se identifique, pelo número constante da tabela, o Grupo.

Tabela 5. Conteúdos de manifestação por grupos de entidades

CONTEÚDOS DE MANIFESTAÇÃO X GRUPOS DE ENTIDADES	Gestão Federal	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Câm. Deputados	Assembleia Leg. MG	Prefeitura	Câm. Vereadores	Poder Judiciário	Min. Público	Defensoria Pública	Controle Social	Auditoria e Controle	Cons. Intermunicipal	Direção Hospitalar	Autarquias Corp. etc.	COSEMS-MG	Associação Civil	Segurança Pública	Governo de MG	Empresariado	Imprensa	Inst. Ensino Superior	Total conteúdos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Adm. de Unidade Hospitalar		5	5		1	1			6		1	2		12	1		4					1	39
Atenção Básica	1	4	3		1				5			1		1			1						17
Condicionantes e Determinantes da Saúde		0	0						2														2
Crise Financeira		1	2			5			1		1			10			2					1	23
Financiamento da Saúde	1	5	0			5	1	1	7		1			6	4	4			1	1			37
Gestão da Saúde		16	7			6	1	2	10		1	8		3	4	5	3						66
Intervenção em Unidade Hospitalar		1	0		1	2			2	1		2		3									12
Jornada de Trabalho		1	0						3						1								5
Judicialização		2	4			2		1	7						1	2							19
Média e Alta Complexidade		5	5			2			6		1		1	3		2						1	26
Mediação Sanitária		4	4			3	1	1	4		2	4		2	2		1						28
Pagamentos à Rede Conveniada	1	4	5		1	3		1	4			2		11			8					2	42
Planejamento em Saúde		17	9			8			9			7	1	4	2	1	3	1					62
Profissionais de Saúde		9	1			1			9					9	5		2						36
Promoção da Saúde		0	0						2														2
Redes de Saúde	1	10	3			4			8	1	1	4	1	5		5	2						45
Repasses Interfederativos		4	5			3			3			3	1	1		2	2					1	25
Restrição Orçamentária	1	1	3			1			1		1	1		2		1	1						13
Situação de Unidade Hospitalar		14	6			4			5			4	1	9	1	1	3						48
Sem Registro		1	3						3		3		1	3			1						15
Total de manifestações do grupo	5	104	65	0	4	50	3	6	97	2	12	38	6	84	21	23	33	1	1	1	0	6	

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

Tabela 5-A. Legenda dos grupos da tabela 5 (nome completo)

1	Gestão Federal da Saúde	12	Auditoria e Controle
2	Gestão Estadual da Saúde	13	Consórcio Intermunicipal de Saúde
3	Gestão Municipal da Saúde	14	Direção Hospitalar
4	Câmara dos Deputados	15	Autarquias Corporativas, Sindicatos e Representações de Classes
5	Assembleia Legislativa do Estado de MG	16	COSEMS-MG
6	Prefeitura	17	Associação Civil
7	Câmara de Vereadores	18	Segurança Pública
8	Poder Judiciário	19	Governo de Minas Gerais
9	Ministério Público	20	Empresariado
10	Defensoria Pública	21	Imprensa
11	Controle Social	22	Instituição de Ensino Superior

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As atas de reunião de mediação sanitária da Ação Institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, obtidas para esse trabalho, revelam que essa ação iniciou-se mesmo antes da sua formalização em 18 de setembro de 2012 (10), porquanto já em 30 de maio de 2012 realizava-se a V Reunião de Mediação Sanitária. Revelam, também, que essa ação se protraí no tempo até os dias de hoje, visto que a última ata disponível refere-se à CVI Reunião de Mediação Sanitária levada a cabo em 13 de junho de 2017.

Não há, nas atas, qualquer menção de como se dá o modo de convocação das entidades para as reuniões de mediação sanitária²⁷, entretanto constata-se o comparecimento de numerosos e variados representantes de diversas entidades ligadas à saúde pública, como se vê nas Atas de Mediação (Anexo B) e nas Tabelas 2 e seguintes.

O fato de que não se pôde ter acesso a todas as atas, porque ainda não redigidas, não diminui o fato de que a participação de representantes de entidades ligadas à saúde pública, pela amostragem obtida, foi expressiva, contando-se no número de novecentos e vinte e cinco representantes em menos da metade do total das reuniões de mediação (quarenta e sete), que abrangem um período de cinco anos de atividades dessa ação institucional.

Por outro lado, é fato de que as reuniões de mediação sanitária poderiam ter reunido um número maior ou menor de participantes, mas esse fato está ligado apenas ao motivo de sua convocação, algumas para tratar de controvérsias gerais, reunindo um maior número de participantes e outras para tratar de controvérsias específicas, reunindo um menor número.

O primeiro resultado a se considerar é o do número total de manifestações e o número total de não manifestações, em face do número total de representantes de entidades.

²⁷ Segundo informação da Coordenadoria do CAO-SAÚDE, obtida por ligação telefônica em 21/07/2017, a convocação se dá por convite, com o envio do objeto da discussão e o envio da programação. O convite é enviado por e-mail com confirmação por ligação telefônica.

Vê-se, na Tabela 4, que 31,6% dos representantes de entidades manifestaram-se expressamente, contra 53,7% que, embora participando da reunião, não se manifestaram (não houve registro de 14,7% dos casos). Este dado revela que o protagonismo ativo nas reuniões de mediação é quase a metade do protagonismo passivo. Esse silêncio pode ser considerado concordância ou, por outro lado, como pura e simples omissão. Para o que importa, que é a obtenção dos resultados da reunião, ou seja, as medidas necessárias para a solução das controvérsias, objeto da mediação, isso implicará sempre, pela não objeção expressa dos representantes de entidades, em concordância, especialmente porque as atas são assinadas por todos os participantes.

O mesmo fenômeno é constatado pela variedade de entidades que compuseram as reuniões de mediação sanitária. O número foi tão expressivo que se impôs o seu agrupamento na Tabela 3, conforme o critério anteriormente explicitado.

Na Tabela 3 vê-se que alguns grupos compareceram a um maior número de reuniões do que outros. Tal fato pode ser explicado por algumas razões: (a) o Grupo não foi convocado para a reunião; (b) o assunto não era do interesse do Grupo e (c) embora convocado e o assunto fosse de seu interesse, o Grupo simplesmente não compareceu.

Pode-se verificar, ainda nessa tabela, que os grupos mais frequentes, pela ordem, foram a Direção Hospitalar e a Gestão Municipal da Saúde, seguidos da Gestão Estadual da Saúde e Associação Civil²⁸. Esse resultado expressa um fato que pode ser constatado na Tabela 5, com a leitura da coluna Conteúdo da Manifestação: o hospital como maior originador de controvérsias nas mediações sanitárias em exame. Com efeito, isso explica o maior número de participações, em reunião, do Grupo Direção Hospitalar, em defesa de seus interesses; o da Gestão Municipal de Saúde, como órgão pagador da rede conveniada; o da

²⁸ O grupo Ministério Público tem presença em todas as reuniões, ou porque lhe cabia a presidência dos trabalhos, ou porque, além disso, se manifestou.

Gestão Estadual de Saúde, responsável pela MAC; e do Grupo Associação Civil, neste caso representada, de longe, com mais participações e manifestações, pela FEDERASSANTAS.

A Tabela 4 aponta para o mesmo fato: os grupos que mais se manifestaram, considerado o total de manifestações²⁹, foram, pela ordem: Gestão Estadual de Saúde, Direção Hospitalar e Gestão Municipal de Saúde, tendo a Associação Civil caído para a sexta posição. Esta tabela traz o número de manifestações, de não manifestações e de ausência de registro de manifestações e seus respectivos percentuais em relação ao número total de manifestações, de ausência de manifestações e de ausência de registros.

Comparando as tabelas 2 e 4, pode-se aquilatar o comportamento dos Grupos, em relação à suas manifestações e não manifestações por participação em reuniões (expungidos os casos de ausência de registro). Neste caso, o Grupo Gestão Estadual da Saúde foi o único³⁰ Grupo que apresentou um número maior de manifestações do que o número de reuniões que participou, com o que, em algumas reuniões, apresentou mais de uma manifestação; os demais apresentaram um menor número de manifestações em relação ao número de participação em reuniões. Nesta contabilização, a Gestão Municipal da Saúde andou muito à frente dos demais Grupos. Tal fato pode ser explicado, na leitura da Tabela 4, por um maior número de representantes do Grupo, correspondentes aos municípios dos quais faziam parte, e cuja representação era mais numerosa nas reuniões que visavam tratar de controvérsias envolvendo microrregiões de saúde. Em face de inúmeros municípios, nessas ocasiões a tendência observada é a de que a maior parte deles não se manifestasse.

No que tange a intersetorialidade o exame das tabelas 2, 4 e 5, demonstra, por números absolutos e relativos, que o fenômeno é facilmente constatável. Esses números

²⁹ O MP somou o maior número de manifestações e manifestações por temas porque incluídas, nas duas contagens, as apresentações e aberturas dos trabalhos, obrigatórias em todas as reuniões de mediação.

³⁰ Idem.

apresentam as manifestações (comissivas ou omissivas) e a ausência dos registros, *vis-à-vis* com o número de reuniões nas quais cada representante de grupo participou ou não.

A constatação da interdisciplinaridade encontra-se na Tabela 5.

A leitura das atas de reunião de mediação (anexo B), onde estão registradas as manifestações dos representantes das entidades, demandou coligir, de forma resumida, tais manifestações. Este resumo impôs um esforço de análise de conteúdo, em sua formatação idiossincrática e, posteriormente, classificar esses resumos em grandes grupos temáticos.

A reunião dos temas de manifestação em grandes grupos de temas, deu-se do particular para o geral, pois foi verificado que um tema mais específico, pode ser subsumido em um mais geral. Entretanto, em alguns casos, justificou-se a manutenção desse tema específico na Tabela 5 em face do número de ocorrências desse tema no quadro geral.

Assim, por exemplo, o tema Jornada de Trabalho foi um tema específico tão recorrente que não foi imerso no tema Profissionais de Saúde; outro exemplo, o tema Redes de Saúde, pelo número de vezes que foi suscitado, foi destacado do tema Gestão de Saúde.

Os temas de conteúdo geral abrigaram todos os subtemas que lhe eram próprios, mas que não alcançaram um número de ocorrências que justificasse seu destaque, de modo que serviram, também, como temas residuais.

O fenômeno da gestão de saúde hospitalocêntrica impôs, por sua recorrência, temas específicos próprios dessa situação, como os temas denominados Situação de Unidade Hospitalar, Administração de Unidade Hospitalar e Intervenção em Unidade Hospitalar.

O tema Financiamento da Saúde, tal como o da Gestão da Saúde, também encontrou subtemas que mereceram destaque, como os temas Crise Financeira; Pagamentos à Rede Conveniada³¹; Restrição Orçamentária; e Repasses Interfederativos.

³¹ Um tema que reporta-se, também, ao hospitalocentrismo.

A Tabela 5 apresenta, como os dois temas menos discutidos, o da Promoção da Saúde e o tema Condicionantes e Determinantes da Saúde. Dentre os mais discutidos encontra-se os temas referentes a Unidades Hospitalares (Situação, Administração e Intervenção) seguido do Financiamento da Saúde (Financiamento, Crise Financeira e Repasses Interfederativos)³². Considere-se que o tema Pagamento à Rede Conveniada pode, na mesma medida, ser contado para os dois temas mais discutidos, acima apresentados, embora isto não tenha sido feito.

O Quadro 1 (anexo A) é o resultado demonstrável de um esforço de análise do conteúdo das atas de mediação (anexo B). É ali, nas atas, onde se encontram registros de manifestação, decerto sumarizados pelo encarregado de suas redações. Não obstante esta sumarização, esses registros, para quem os ler, são úteis para examinar e constatar o esforço que cada representante de entidade faz para transmitir suas informações, conhecimentos e propostas sobre o tema para o qual, nas reuniões, manifestam suas intervenções.

Vê-se, também, na leitura dessas atas, que o MP/MG desempenha seu papel de presidir as reuniões e, além disso, manifestar-se, também, em diversos temas propostos. Tal fato se dá em razão de que, além da presidência da reunião exercida pelo coordenador CAO-SAÚDE, frequentemente também comparecem Promotores de Justiça do MP/MG, ou integrantes do próprio CAO-SAÚDE, ou lotados ou em exercício nas comarcas dos municípios região de abrangência da mediação. Essas manifestações do MP/MG, para além da simples presidência dos trabalhos, foram consideradas, na contabilização dos resultados, pois referem-se à sua presença nos municípios ou decorrentes de sua especialização, mas sempre como atores nas controvérsias levadas à mediação.

Dois temas foram adotados, embora não tratem diretamente de saúde pública, mas que interferem na sua gestão: a judicialização, como subjacente a todo esforço de mediação

³² Idem.

no sentido de evitar sua ocorrência; e a mediação sanitária, como método para evitá-la. No primeiro caso, as manifestações deram notícia de sua ocorrência eventual, aqui e ali; no segundo caso, as manifestações foram de apoio, elogio e solicitação para que mais mediações ocorressem para tentar solucionar outras controvérsias.

A interdisciplinaridade que exsurge das manifestações resta mais patente quando o tema foi o Planejamento em Saúde. Este tema alcançou o segundo lugar entre os temas, sob o ponto de vista de quantas vezes um tema foi manifestado, 11% do total da Tabela 5, que apontou o número total de 562 manifestações de representantes de entidade sobre um determinado tema. Mais da metade dos Grupos se manifestou sobre Planejamento em Saúde. Neste tema, como é natural, as manifestações propunham-se a sugerir (ou criticar) projetos ou soluções para a gestão da saúde, sendo mais evidente, nesses casos, a transmissão de conhecimento técnico de cada um dos representantes das entidades.

A participação do Grupo Autarquias Profissionais, Sindicatos ou Representação de Classes, teve seu foco nos temas Profissionais de Saúde e Jornada de Trabalho, no primeiro caso para reclamar das condições de trabalho e remuneração de profissionais de saúde (médicos, na maioria dos casos) e no segundo caso para se defenderem de acusações de não cumprimento de jornada de trabalho ou de plantões médicos.

Merecem menção, no campo dos Grupos de entidades, a ausência notável de duas entidades no concerto das mediações sanitárias: a da Defensoria Pública e a da Gestão Federal da Saúde. Ambos os órgãos têm representação suficiente no Estado de Minas Gerais e os temas debatidos dizem respeito às suas funções.

No campo dos temas debatidos, também merece menção, que os temas menos debatidos foram Condicionantes e Determinantes da Saúde e Promoção da Saúde.

A leitura das atas de mediação sugere que muitos temas importantes à saúde pública passaram ao largo das discussões nas reuniões de mediação sanitária, mas tal fato

pode ter ocorrido porque; ou a reunião não tinha especificamente esses temas para serem tratados; ou, mesmo constatando-se o caráter genérico dos temas a serem tratados na convocação, esses assuntos não vieram à baila. Contudo, o material no qual se baseia o presente trabalho foi suficiente para o seu propósito: demonstrar que nas mediações presididas pelo MP/MG ao longo de sua Ação Institucional de Mediação Sanitária e nas reuniões onde houve o registro das participações, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade informaram o processo legitimando-o, no caso concreto, como meio de solução alternativa para resolução de conflitos, com o propósito de minimizar a judicialização.

6. CONCLUSÕES

Em resposta às perguntas de pesquisa formuladas na introdução deste trabalho, pode-se afirmar que: (a) a apropriação que a legislação brasileira (9)(22) fez do instituto da mediação e (b) o desdobramento do instituto da mediação para controvérsias envolvendo a administração pública, superaram qualquer dúvida que a leitura da teoria geral da mediação pudesse suscitar em desfavor da possibilidade de o Ministério Público figurar como mediador em controvérsias envolvendo demandas individuais, coletivas ou difusas.

A primeira afirmação não demanda maiores indagações, pois encontra justificativa na força (cogência) da lei. O CPC (art. 174, II) consagra essa possibilidade.

A dúvida que a teoria geral da mediação (18) poderia suscitar é a de que a presença do Ministério Público como mediador não permitiria a plena voluntariedade e confidencialidade dos conteúdos das negociações, típicas nas mediações envolvendo pessoas físicas (capazes) ou jurídicas de direito privado³³, uma vez que o Ministério Público tem por dever ajuizar ações, perante o Poder Judiciário, tendo por objeto as controvérsias que pretende funcionar como mediador.

Esta dúvida é respondida por alguns fatos que se referem a como se instituiu o Ministério Público no ordenamento jurídico brasileiro. A imparcialidade do Ministério Público encontra-se em seu precípua dever de cumprir e concretizar a lei. Essa imparcialidade é garantidora da igualdade de todos os interessados na resolução de uma controvérsia, o que propicia e estimula a voluntariedade das partes envolvidas.

A imparcialidade do Ministério Público, importante para se fixar o entendimento de que ele pode ser mediador, é revelada no ensinamento de Mazzilli:

³³ Mas o fato é que mesmo a plena voluntariedade e confidencialidade, nas mediações que envolvem pessoas dessa natureza, não permitem que sejam transacionados direitos indisponíveis; nem celebrados acordos que tenham objetos ilícitos; ou que se cubra sob o manto da confidencialidade informação que revele a existência de crime de ação penal pública ou que importe em dever de prestá-la à administração tributária.

Assim, poderei dizer que o Ministério Público é titular de ônus e faculdades na relação processual (é parte), mas, como o interesse que ele defende não é privado, como exercita a defesa de um interesse público primário (o bem geral), e como não tem um interesse privado contra a parte contrária, então sua imparcialidade terá caráter moral, não processual, porque tecnicamente ele continua sendo parte. Desta forma, ainda que moralmente o Ministério Público não possa ter, nem tenha interesse em condenar um inocente, assim mesmo ele continua sendo parte na relação processual.

Na mediação, não se trata de uma relação processual, mas de um procedimento cujo propósito é evitar uma relação processual. Assim, com mais razão, evidencia-se a imparcialidade do Ministério Público para conduzi-la.

Quanto à confidencialidade das informações, não há muita diferença entre o que pode ser ou não pode ser objeto de confidencialidade entre a mediação presidida por um ente privado e a mediação presidida por um ente público, ambas tem que observar as exceções legais previstas em lei³⁴, de modo que a confidencialidade está garantida em relação às declarações, opiniões, sugestões, promessas ou propostas formuladas por uma parte à outra na busca de entendimento para o conflito; o reconhecimento de fato por qualquer das partes no curso do procedimento de mediação; a manifestação de aceitação de proposta de acordo apresentada pelo mediador; e o documento preparado unicamente para os fins do procedimento de mediação (art. 30, § 1º, I a IV, da LM).

É o fato, por fim, de que o Ministério Público não é o titular dos direitos e deveres, objeto dos conflitos bilaterais ou multilaterais que se lhe apresentam para mediação, que lhe confere total reconhecimento de sua imparcialidade e que, portanto, justifica plenamente sua capacidade de presidir mediações cujos objetos sejam controvérsias que envolvam direitos difusos, coletivos ou individuais indisponíveis, em especial os que envolvem a saúde pública.

³⁴ Idem.

Não se confirma, pois, a hipótese, dentre aquelas levantadas na introdução do presente trabalho, de que a natureza jurídica e as atribuições e competências do Ministério Público, fixadas na Constituição e nas leis, minimizam o atendimento do princípio da voluntariedade, nas reuniões de mediação que este órgão preside. No caso concreto das atas examinadas no presente trabalho, não se constatou recusa à eventual participação dos representantes de entidades nas reuniões de mediação do Ministério Público, mesmo que o objeto das discussões não estivesse no arco dos interesses dos representantes ou em face da possibilidade desses sujeitarem-se a recomendações, inquéritos e ações judiciais de natureza cível ou penal, decorrentes da controvérsia.

Por outro lado, confirma-se a hipótese que o Ministério Público é, por sua natureza imparcial, garantidor da igualdade entre as partes nas mediações sanitárias que presidiu.

Os resultados do presente trabalho, anteriormente apresentados e discutidos, militam contra a primeira hipótese e a favor da segunda hipótese, acima mencionadas, pela exuberância da participação de representantes de entidades interessadas, de suas manifestações e dos conteúdos de suas manifestações.

Os resultados da pesquisa mostraram que a intersetorialidade informou as reuniões de mediação sanitária. O Quadro 1 (anexo A), apresenta as respostas às seis perguntas formuladas no trabalho de Akerman *et alii* (14), e que constam na página 42 do presente trabalho, com exceção da pergunta P19; de modo que não se tratou apenas de uma troca de informações. O mesmo Quadro 1 (anexo A), acrescido da Tabela 5, demonstra que a interdisciplinaridade informou as reuniões de mediação sanitária. Percebe-se, nitidamente, pelas manifestações colhidas e pelos seus conteúdos, a formação do diagrama de Jantsch (transcrito na pág. 47, do presente trabalho), no qual o Ministério Público encontra-se na posição do triângulo legendado pela letra D (o que se deu em virtude da presidência dos

trabalhos) e os demais atores da mediação encontram-se nos círculos legendados pelas letras A, B e C. Isto responde à segunda pergunta de pesquisa formulada na introdução do presente trabalho e confirma sua terceira e sua quarta hipóteses de pesquisa.

A terceira e última pergunta de pesquisa é respondida no sentido de que as mediações sanitárias levadas a cabo e presididas pelo MP/MG foram exitosas no sentido de que incorporaram, em seu procedimento, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade para qualificá-la como instrumento capaz de levar, a bom termo, a solução dos conflitos de saúde que se lhe apresentaram.

Todas as reuniões de mediação resultaram em encaminhamentos, propostas, compromissos e acordos que, inelutavelmente, contribuíram para a solução dos conflitos, que confirma a quinta hipótese de pesquisa, mas registre-se que a certificação da execução ou materialização desses encaminhamentos, propostas, compromissos e acordos não foram objeto do presente trabalho.

A mediação, como se viu, observados os princípios que a regem e a capacidade do mediador, é um método factível e apropriado para a solução de conflitos que envolvam pessoas físicas ou jurídicas de direito privado e pessoas jurídicas de direito público, ou entre essas mesmas.

A intervenção do Ministério Público na mediação sanitária, a se tomar o exemplo do MP/MG, restou qualificada pela intersetorialidade e pela interdisciplinaridade; é de se supor, com fundamento na doutrina em que se fundamenta o presente trabalho que, assim sendo, vá ter resultados exitosos na solução das controvérsias e na celebração de acordos e compromissos para esse fim e possa servir de exemplo a outras unidades dos ministérios públicos estaduais e do Ministério Público Federal.

REFERÊNCIAS

1. Porto, S e Vianna, S. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. *In: Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (1995): 123-140.
2. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 2016.
3. _____. Advocacia Geral da União. *Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. [internet][Acesso em: 1º dez 2015]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/conjur/leia-mais-conjur/376-12-conjur/13007-panorama-da-judicializacao>.
4. Ferraz, O. *Judicialização da saúde: uma análise empírica do fenômeno*. [internet][Acesso em 9 abril 2015]. Disponível em <http://direitosp.fgv.br/en/node/71963>.
5. Delduque, MC e Castro, E. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: 39 (105):505-513 abr-jun, 2015.
6. Bins, D. Panorama do Direito Constitucional à saúde no contexto brasileiro: consagração, acesso e judicialização. *Revista de Doutrina da 4ª Região*, Porto Alegre. Edição especial 25 anos da Constituição de 1988. (Grandes temas do Brasil contemporâneo). [internet]. , n. 56, out. 2013. [Acesso em 9 abril 2015]. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao056/Denise_Bins.html
7. Brasil. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, Diário Oficial da União República Federativa do Brasil. (25 set 1985); seção 1, p. 10.649.
8. _____. Lei 8.429, de 2 de junho de 1992, Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. (3 jun 1991); seção 1, p. 6.993.
9. _____. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. (17 mar 2015); seção 1, p. 1.
10. _____. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Portaria PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012. Dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE), Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 20 set 2012, caderno 2: 1
11. Assis G, Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania. In: Santos L, Terrazas F, editores. *Judicialização da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 197-220.
12. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução nº 118, de 27 de janeiro de 2015, *Dispõe sobre a Política Nacional de Incentivo à Autocomposição no âmbito do Ministério Público e dá outras providências*. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil. (27 jan 2015); seção 1: 48.
13. _____. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais.[homepage na internet]. Adscrição e população dos municípios por microrregião e macrorregião de saúde – PDF (08/04/201). [acesso em 14 jul 2017]. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>

14. Akerman, M et alli. Intersetorialidade?, IntersetorialidadeS!, *Ciência e Saúde Coletiva* [online],19 (11): 4291-4300. 2014.
15. Almeida Filho, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde, *Saúde e Sociedade*, São Paulo, XIV (3):30-50 set-dez, 2005.
16. Morin E. *Introdução ao Pensamento Complexo*. 5. ed. Porto Alegre: Editora Sulina; 2015.
17. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2010.
18. Marques Cebola C, *La mediación*. Marcial Pons, Madrid. 2013.
19. Schneebalg A. Uma Breve História da Mediação. In: Vasconcelos-Sousa J. *O que é Mediação*. Lisboa: Quimera Editores; 2002. p. 34-37.
20. Vasconcelos-Souza J, *O que é Mediação*. Lisboa: Quimera Editores; 2002.
21. Cappelletti M, Garth BG. *Acesso à justiça*. Porto Alegre: SA Fabris; 1988.
22. Brasil, Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. (29 jun 2015); seção 1, p. 4.
23. Almeida D, Pantoja F, Andrade J, Fundamentos. In: HALE D. *O marco legal da mediação no Brasil*. São Paulo: Atlas; 2016. p. 35-90.
24. Caser U, Vasconcelos L, A Mediação Multipartes e os Desafios e Potencialidades da Mediação Urbana. In: Vasconcelos-Sousa J. *Campos da Mediação. Novos caminhos, novos desafios*. Coimbra: Mediarcom/MinnervaCoimbra; 2008. p.33-40.
25. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, Código Civil, Diário Oficial da União; República Federativa do Brasil (11 jan 2002); seção 1, p.1.
26. Martins, GF. Direitos indisponíveis que admitem transação: breves considerações sobre a lei nº 13.140/2015. *Caderno Virtual*. 2016. 1 (33) [s.n.].
27. Brasil, Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. (01 fev 1999), [ret. 11 mar 1999]; seção 1, p. 1.
28. Gavronski A. Potencialidades e Limites da Negociação e Mediação Conduzidas pelo Ministério Público. In: Brasil, Conselho Nacional do Ministério Público. *Manual de Negociação e Mediação para Membros do Ministério Público*. Brasília: CNMP, 2015. p. 143-163.
29. Brasil, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. (20 set 1990). seção 1; pag. 18.055.
30. _____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil (16 jan 2012). Seção 1; pag. 3.220.
31. Arlé D, Badini L, Borges V. A Mediação no Âmbito do Ministério Público. . In: Brasil, Conselho Nacional do Ministério Público. *Manual de Negociação e Mediação para Membros do Ministério Público*. Brasília: CNMP, 2015. p. 237-276.
32. Souza L. *Mediação de Conflitos Coletivos. A Aplicação dos Meios Consensuais à Solução de Controvérsias que Envolvem Políticas Públicas de Concretização de Direitos Fundamentais*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2012.
33. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso à Informação, Diário Oficial da União(18 nov 2011); seção 1 [ed. extra]: p. 1.
34. Inojosa, RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *RAP*. 1998. 32 (2): 35-48.
35. Wimmer, G; Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cien Saude Colet*. 2006. 11 (1): 145-154.
36. Colli LR, Romeiro SC, de Paula Santos BC. A Mediação como Forma não Adversarial e Alternativa de Solução de Conflitos. *Revista Científica FAGOC-Jurídica*. 2016 Aug 10;1(1).
37. Morin E, de Bragança MG. *El método*. Madrid: Cátedra; 1993.

38. Severo SB; Seminotti, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010. 15 (supl. 1): 1685-1698.
39. Minayo M, *O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
40. Canzonieri, AM. *Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2011
41. Mazzilli HN. O Ministério Público é Parte Imparcial? *Revista dos Tribunais*. 2011. 913/289

ANEXO A

Quadro 1. Resumo das atas de Reunião de Mediação Sanitárias

1	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	30.05.2012	V Reunião De Mediação sanitária Direito, Saúde e Cidadania	Estratégias relativas à natureza jurídica do Hospital Regional do Sul de Minas	Coordenador do CAO-SAÚDE	NÃO HÁ REGISTRO DA PARTICIPAÇÃO INDIVIDUALIZADA DE CADA ATOR	
				Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais		
				Prefeitura Municipal de Varginha		
				Secretaria Municipal de Saúde de Varginha		
				Conselho Municipal de Saúde de Varginha		
				Hospital Regional do Sul de Minas		
				OAB/MG		
				DENASUS/MG		
				Secretário Municipal de Saúde de Santana da Vargem		
				COSEMS/MG		
				Superintendência Regional de Saúde de Varginha		
			CRM/MG			
2	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	10.08.2012	IX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Sanitária de João Monlevade	Sinalização da categoria médica (pediatria) na suspensão da prestação de seus serviços ao SUS junto ao Hospital Margarida, devido à comunicação, pela SMS de João Monlevade, de	Coordenador do CAO-SAÚDE	NÃO HÁ REGISTRO DA PARTICIPAÇÃO INDIVIDUALIZADA DE CADA ATOR	
				Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG		
				Promotoria de justiça de Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade		
				Subsecretaria de Regulação em Saúde da SES/MG		

			eventual suspensão de repasses financeiros para cobertura do plantão médico no pronto socorro.	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais		
				PROHOSP/SES/MG		
				Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais		
				CRM/MG		
				Secretaria Municipal de Saúde de João Monlevade		
				Procuradoria Geral do Município de João Monlevade		
				OAB/MG		
				FEDERASSANTAS		
				Associação Médica de João Monlevade		
				Hospital Margarida		
				Associação Mineira dos Municípios		
3	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	16.08.2012	X Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Sanitária de Bom Despacho	Discussão, dentre outras, da garantia de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, urgência e emergência, nível ambulatorial, prestados pela Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Bom Despacho	NÃO	
				PROHOSP/SES/MG	SIM	Deve ser criado plantão médico em ortopedia
				Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis	NÃO	
				Central de Regulação Assistencial da Macro Oeste	NÃO	
				DENASUS/MG	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Bom Despacho	NÃO	
				FEDERASSANTAS	SIM	Será necessário o repasse de mais recursos financeiros

4	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	29.08.2012	XIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Timóteo/Coronel Fabriciano	Discussão dos principais problemas de saúde da Região do Vale do Aço, especialmente no tocante ao município de Ipatinga/MG, bem como toda a Microrregião Sanitária Timóteo/Coronel Fabriciano, haja vista o grave comprometimento do acesso dos usuários aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade em níveis de complexidade crescente, com proposta de iminente propositura de ação judicial pelo Ministério Público	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo	NÃO	
				Promotoria de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Coronel Fabriciano	NÃO	
				Ministério Público Federal	NÃO	
				DENASUS/MG	SIM	É necessário realizar uma reorganização e planejamento do serviço público Deve ser realizado um levantamento de necessidades locais
				Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG	SIM	A baixa cobertura da atenção primária na região é causa preponderante para a desorganização dos serviços e superlotação dos atendimentos assistenciais ambulatorial/hospitalar
						Profissionais de saúde não têm cumprido as jornadas de trabalho
						Os bancos de dados estão desatualizados
						Não há classificação de risco
						O custeio mensal público do Hospital Municipal ultrapassa os R\$ 2.000.000,00
						O hospital atende usuários de outros municípios da região
						O hospital não conta com um bloco cirúrgico
						A SES/MG possui algumas propostas emergenciais para a região do Vale do Aço, de forma a organização os serviços
			FEDERASSANTAS	SIM	Será necessário o repasse de mais recursos financeiros	
			Subsecretaria de Regulação da SES/MG	NÃO		
			PROHOSP/SES/MG	NÃO		
			Superintendência Regional	SIM	O sistema de saúde municipal não atende à demanda	

				de Saúde de Coronel Fabriciano		
				Prefeitura municipal de Coronel Fabriciano	SIM	Sugere a transformação do hospital municipal de Ipatinga em um hospital regional O sistema de saúde municipal não atende à demanda A solidariedade regional é forma de solução dos problemas multifatoriais da saúde no Vale do Aço
				Prefeitura municipal de Ipatinga	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Coronel Fabriciano	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Ipatinga	SIM	Não há possibilidade de novos aportes financeiros
				Secretaria municipal de saúde de Jaguaráçu	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Timóteo	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Marliéria	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Dionísio	NÃO	
				Hospital Márcio Cunha de Ipatinga	SIM	Será necessário o repasse de mais recursos financeiros
				Hospital Municipal de Ipatinga	NÃO	
				Hospital Vital Brasil	SIM	O hospital vem melhorando a qualidade do atendimento Há déficit de leitos e profissionais
				Central de regulação assistencial da Macro Leste/SES/MG	SIM	O sistema de saúde municipal não atende a demanda Sugere a transformação do hospital municipal de Ipatinga em um hospital regional
				Agência Metropolitana do Vale do Aço	NÃO	

				Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga	SIM	Há falta de continuidade das decisões tomadas nas reuniões de Mediação Sanitária, em razão da troca de prefeitos municipais
				COSEMS/MG	SIM	Vem implementando medidas para melhoria do serviço de saúde
						O investimento municipal é superior ao piso constitucional
						A solidariedade regional é forma de solução dos problemas multifatoriais da saúde no Vale do Aço
5	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	11.09.2012	XIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Cataguases/Leopoldina	Discussão dos principais problemas de saúde da Região de Cataguases/Leopoldina, haja vista o grave comprometimento do acesso dos usuários aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade em níveis de complexidade crescente, com proposta de iminente propositura de ação judicial pelo Ministério Público	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de justiça de defesa da saúde da comarca de Cataguases	SIM	A solidariedade regional é forma de solução dos problemas multifatoriais da saúde no Vale do Aço Os bancos de dados estão desatualizados Profissionais de saúde não têm cumprido as jornadas de trabalho
				Promotoria de justiça de defesa da saúde da comarca de Leopoldina	SIM	O sistema de saúde municipal não atende a demanda O município de Juiz de Fora, por ser sede da Região de Saúde, com grande concentração de leitos e serviços da alta complexidade, teria melhores condições na resolução desses problemas regionais em saúde
				DENASUS/MG	SIM	É necessário realizar uma reorganização e planejamento do serviço público
				Superintendência Regional de Saúde da SES/MG em Juiz de Fora	SIM	O município de Juiz de Fora, por ser sede da Região de Saúde, com grande concentração de leitos e serviços da alta complexidade, teria melhores condições na resolução desses problemas regionais em saúde Deve ser realizado um levantamento de necessidades locais
				Gerência Regional de Saúde da SES/MG em Leopoldina	SIM	Deve ser realizado um levantamento de necessidades locais

				Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases	SIM	Enfrenta problemas com o serviço de oftalmologia
				Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Astolfo Dutra	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Argirita	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Santana dos Cataguases	SIM	O município vem tentando oferecer um serviço de saúde adequado à população
				Secretaria Municipal de Saúde de Itamarai de Minas	NÃO	
				FEDERASSANTAS	SIM	Será necessário o repasse de mais recursos financeiros
				CRM/MG	SIM	Profissionais de saúde não têm cumprido as jornadas de trabalho
			Que os médicos devem atuar nos termos do Código de Ética			
			Que devem ser viabilizados os meios para que o médico possa desempenhar adequadamente seu ofício			
				Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cataguases	SIM	Há carência de profissionais O hospital teve 18 leitos fechados pela vigilância sanitária, comprometendo o atendimento do usuário
				Hospital Casa de Caridade Leopoldinense	SIM	Deve ser realizado um levantamento de necessidades locais Será necessário o repasse de mais recursos financeiros
				Conselho Municipal de Saúde de Argirita	NÃO	
6						
6	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	225.09.2012	XVI Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e	Discussão, dentre outras, do indevido atraso, pelo município, dos repasses de	CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Diretoria Clínica do Hospital São João de Deus	NÃO	
				Promotor de justiça da	SIM	Foi ressaltado que eventual inadimplência com a

	CidadaniaMunicípio de Santa Luzia	recursos municipal e federal, referentes aos serviços prestados pelo Hospital São João de Deus, entidade civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 24.425.019.0001-48, com comprometimento da assistência à saúde aos usuários do SUS e, ainda, agravamento pela iminente possibilidade de suspensão da prestação dos serviços pelos profissionais de saúde do referido prestador	comarca de Santa Luzia		seguridade social de prestador público ou filantrópico, conveniado ao SUS, não poderá ser empecilho para a continuidade dos serviços, nem mesmo para que haja os repasses financeiros devidos pelos serviços realizados.
					Ponderou no sentido da realização, com urgência, de um estudo que demonstre a viabilidade técnica, viabilidade financeira e viabilidade assistencial, com todos os ensaios possíveis, inclusive da reabertura do pronto socorro do Hospital São João de Deus visando a qualificação do processo decisório
			Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Centro	SIM	Ponderou que os recursos financeiros da União são indispensáveis
			Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia	SIM	Foi dito que não há qualquer parcela de recursos retida no seu Fundo Municipal, a título de PROHOSP
					Foi dito que há diferenças entre repasses a cada quadrimestre ou prestação de contas, devendo ser esclarecido essa circunstância pelos interessados.
					Confirma a existência de convênio celebrado com o prestador Hospital São João de Deus, com vencimento em outubro de 2012
					Confirma os atrasos dos repasses alusivos aos meses de agosto de 2011, julho e agosto de 2012, embora, reconheça a obrigação ao pagamento, haja vista que houve a efetiva prestação dos serviços pelo prestador.
		Esclarece que, em conjunto com o prestador, decidiu pela elaboração do convênio de 2010, permitindo-se a expansão dos leitos em clínica médica			
		Concorda que os atuais instrumentos (contrato e convênio) possam ser fundidos em um só, com maior detalhamento, transparência, visibilidade, metas quantificadas, monitoramento e fiscalização			
		Que o município não possui uma lei específica que dê sustentação legal para os repasses, mensalmente, através de convênio, para aquele prestador, daí seu comprometimento nessa regularização.			
Procurador Geral do Município de Santa Luzia	NÃO				

				DENASUS/MG	SIM	Foi dito que poderá elaborar um parecer, apoiado na orientação institucional do MP/MG, no sentido de recomendar o imediato repasse municipal financeiro ao prestador, independentemente daquela situação irregular com a seguridade social.
						Esclareceu sobre existência de incoerência da administração municipal ao insistir nessa indevida retenção de recursos financeiros, seja porque houve a prestação de serviços pelo Hospital São João de Deus, seja porque outras parcelas, desse mesmo convênio, já foram pagas independentemente dessa suposta irregularidade com a seguridade social.
						Que concorda que esses municípios possam ser chamados à discussão, em sede de mediação sanitária, de modo a ressarcir o município de Santa Luzia pela utilização desses serviços
				Prefeita municipal de Santa Luzia	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde	NÃO	
				Diretoria Administrativa do Hospital São João de Deus e Diretoria Técnica do Hospital São João de Deus	SIM	Confirmou que a entidade (prestador São João de Deus) recebe recursos do PROHOSP, de natureza estadual, tendo, no presente exercício, recebido apenas 02 (duas) parcelas, através do Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia, ignorando os motivos pelos quais não teria recebido as demais parcelas.
						Foi dito que ainda não conseguiu consolidar com o município, através de um único instrumento contratual, os dois ajustes atuais, ou seja, a contratualização com o Ministério da Saúde e o convênio municipal
						Que o prestador São João de Deus se encontra habilitado junto ao Ministério da Saúde na Rede Resposta das Urgências e Emergências
						Que o município se encontra em débito com a entidade, em face desse convênio
						Informou que o Hospital São João de Deus não possui porta aberta para o pronto socorro (ambulatorial) de urgência e emergência há mais de 14 anos, exceto para

						o serviço na maternidade.
						Que tem conhecimento de que houve os repasses financeiros, a título da Rede Resposta das Urgências e Emergências, pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Estadual de Saúde e, deste para o Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia, contudo, NÃO recebeu qualquer parcela.
						Que o prestador possui créditos de extrapolação do teto (PPI microrregional) pelos serviços realizados, contudo, ainda não recebeu qualquer valor junto à SES/MG ou Ministério da Saúde
				CRM/MG	SIM	Foi dito que o município não poderia reter recursos que não lhe pertence.
				Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia	SIM	Disse que na época em que exerceu o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Santa Luzia teria elaborado um amplo estudo detalhado, com abrangência de 10 anos, conferido pelo DENASUS, que justificava, em razão de sua série histórica, o aumento dos repasses financeiros, pela SES/MG e Ministério da Saúde, do Teto MAC para o município de Santa Luzia. E que é possível resgatar esse estudo/projeto
				Companhia de Polícia Militar em Santa Luzia	NÃO	
7	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	17.10.2012	XVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Barbacena	Discussão dos principais problemas coletivos de saúde da Região de Barbacena, notadamente quanto à (re) organização das ações e serviços de saúde, com ressonância para o exigido acesso dos usuários aos	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor de Justiça da comarca de Barbacena	SIM	Que não concorda com a forma de administração da saúde do município de Barbacena por Departamento, no caso, DEMASP, haja vista que tal fato contraria a Lei federal nº 8.080/90
						Que não há em toda a Região de Saúde Centro Sul uma cultura do planejamento, de forma que cada município tem agido de forma fragmentada, com ressonância para o todo organizativo
						Que a Região de Saúde Centro Sul é pouco privilegiada

			serviços de saúde, na perspectiva da integralidade, em níveis de complexidade crescente, dada as recorrentes tensões e conflitos entre seus atores, jurídicos ou não, inclusive, com proposta de ação judicial pelo Ministério Público			<p>da atenção da SES/MG e do próprio Ministério da Saúde</p> <p>Que há falta de um grande número de procedimentos, notadamente de alto custo, na Região Centro Sul, todos eles referenciados para a Região de Saúde Centro, com sede em Belo Horizonte, contudo, sem garantia de acesso.</p> <p>Que o município de Barbacena não faz seu papel de regulador da Região Centro Sul, podendo assegurar a ausência (falência) da regulação e da gestão</p> <p>Sugere uma intervenção estadual e/ou federal em toda a Região Centro Sul</p> <p>Que a maioria dos procedimentos da alta complexidade não existe na Região</p> <p>Que entende necessário a inclusão da SEPLAG, do COSEMS/MG/MG, da própria CIB e do Diretor da Rede FHEMIG nas discussões que visem diagnóstico assistencial e planejamento da saúde na Região.</p> <p>Que há necessidade de um amplo planejamento estratégico na região.</p>
				COSEMS/MG	SIM	<p>Que concorda com a elaboração do COAP em Minas Gerais, contudo de forma organizativa, a partir das necessidades em saúde, não apenas da encampação da própria PPI.</p> <p>Que os municípios têm sido os mais penalizados com a judicialização da saúde, sobretudo pelo Ministério Público, embora a própria Lei federal nº 8.080/90 aponta para a definição de responsabilidades entre os entes governamentais.</p> <p>Que os municípios já não suportam mais essa tensão e assunção de responsabilização que não são suas, haja vista que investem na saúde pública a média de 22,5%, quando sua obrigação constitucional seria no mínimo de 15%</p> <p>Que há discussão na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) quanto aumento dos repasses financeiros, para cada um dos municípios, relativo ao bloco da Assistência Farmacêutica.</p>

					Que há necessidade de maior incremento nos procedimentos de média e alta complexidade	
				DENASUS/MG	SIM	Que a Região Centro Sul tem que passar a se enxergar como tal, de forma a desempenhar o planejamento, execução, regulação, monitoramento das ações e serviços de saúde.
						Que não concorda com a administração da saúde por departamento, no caso o DEMASP de Barbacena, haja vista que tal fato contraria a lei federal nº 8.080/90.
						Que será realizada uma auditoria assistencial pelo DENASUS no município de Barbacena
						Que o DENASUS vem construindo nacionalmente o Mapa da Saúde, que será disponibilizado, oportunamente, como ferramenta de gestão, para os gestores e domínio público
						QUE o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é inevitável e visa à organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.
						QUE o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução.
						QUE os municípios que integram essa Região de Saúde Centro Sul, precisam, com urgência, elaborar amplo diagnóstico das necessidades de saúde locais e regionais
						SRS/SES/MG, em Barbacena
				Superintendente da SRS/SES/MG	NÃO	
				Prefeito municipal de Santa Rita de Ibitipoca	NÃO	
				Superintendência de Monitoramento, Avaliação e	SIM	Não consta da Ata

				Controle de Serviços de Saúde da SES/MG		
				Subsecretário de Gestão Regional da SES/MG	SIM	Que nesse processo de planejamento da saúde não pode haver exclusão de qualquer gestor
						Que a SES/MG sempre está presente em cada Região de Saúde
						Que a ação institucional de Mediação Sanitária é de suma importância, pois, visa a busca de uma solução coletiva consensual para os diversos e graves problemas regionais de saúde.
						Que o COAP é exequível e inovador
						QUE a SES/MG passou a adotar a estratégia, além de sua descentralização administrativa já conhecida, com apoiadores institucionais, de forma que todas as dúvidas e questionamentos possam ser recebidas e atendidas.
				Secretaria Municipal de Saúde	NÃO	
				DEMASP/Barbacena	NÃO	
				Gerência de Qualidade do Hospital Ibiapaba	NÃO	
				José Maria Leite (ex-conselheiro de saúde)	NÃO	
				Ouvidora do Conselho Municipal de Saúde	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde	NÃO	
				Vereador do município de Barbacena	NÃO	
				Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Alfredo Vasconcelos	NÃO	
				Prefeitura	NÃO	
				CISMAN	NÃO	
				COSEMS/MG	NÃO	
				COSEMS/MG Secretaria Municipal de Saúde de	SIM	Que o desempenho da atenção básica na Região Centro Sul é baixíssimo, apenas de 9,92%

				Antônio Carlos		Que a Região Centro Sul foi uma das últimas a receber o SETS (Serviço Estadual de Transporte em Saúde)
						Que a Região, não obstante sua considerável população, não tem os serviços credenciados de mamografia, centro viva vida, hiperdía, ultrassom, etc.
						Que o polo de Barbacena não é atuante, de forma que não assume mesmo seu papel de regulador.
						QUE o hospital da rede FHEMIG, existente em Barbacena, está à margem do sistema.
				Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	NÃO	
				DEMASP/Barbacena	NÃO	
				Prefeitura Municipal de Barbacena	NÃO	
				CISRU	NÃO	
				Hospital Santana, de Carandaí	NÃO	
				Secretária Executiva do CISMAN	NÃO	
				Secretária Executiva do Consórcio da Urgência e Emergência da Região Centro Sul	SIM	Não consta da Ata
				CISMAN	NÃO	
				Diretor de Gestão e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena,	SIM	Não consta da Ata
				Secretaria Municipal de Saúde de Cipotânea	NÃO	
				Hospital de Ibertioga	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Barbacena	SIM	Não consta da Ata
				Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara do Tugúrio	NÃO	

				Secretaria Municipal de Saúde de Alfredo Vasconcelos	SIM	Não consta da Ata
				Secretaria Municipal de Saúde do município de Paiva	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Ibertioga	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Ressaquinha	NÃO	
				NAT/SES/MG	NÃO	
				REG/SES/MG	NÃO	
				Movimento das Mães do município de Ibertioga	SIM	Não consta da Ata
8	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	20.11.2012	XIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Macrorregião Divinópolis	Discussão, notadamente com os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, dos 55 (cinquenta e cinco) municípios que integram a Região de Saúde ampliada Oeste, com sede em Divinópolis, dos principais problemas coletivos de saúde, notadamente quanto à (re) organização das ações e serviços de saúde por eles prestados, por força de Contrato de Metas, celebrado entre a SES/MG)	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotores de Justiça da comarca de Divinópolis	SIM	Não consta da Ata
				Promotor de Justiça da comarca de Pará de Minas	SIM	Não consta da Ata
				Promotor de Justiça da comarca de Lagoa da Prata	SIM	Não consta da Ata
				Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG	SIM	Que a SES/MG tem cumprido fielmente os compromissos assumidos para essa Região de Saúde, através do Plano de Ação para Expansão e Melhoramentos da Macro Oeste, firmado com o próprio Ministério Público, em face de sua ACP para garantia de acesso de usuários aos leitos especializados, nas urgências e emergências. Que, nesse sentido, os municípios de Oliveira, Santo Antônio do Amparo, Campo Belo, Formiga, Lagoa da Prata e Divinópolis já foram contemplados com recursos financeiros repassados (exclusivamente) pela SES/MG, para ampliação do acesso aos leitos especializados de UTI adulto e neonatal, além de outros credenciamentos. Que os prestadores devem se responsabilizar,

					urgentemente, pela atualização de seus serviços no CNES.
					Que atualmente há enorme descompasso entre o que está cadastrado no CNES e o que efetivamente está oferecido ao Sistema.
					Que não é compreensível o baixo percentual de partos realizados nessa Região de Saúde (Macro Oeste), em face dos prestadores hospitalares, obrigando a Central de Regulação Assistencial fazer regulação de leitos para outros municípios de diferentes Regiões de Saúde.
					Que a SES/MG deverá apresentar uma nova metodologia quanto ao PROHOSP
					Que os serviços da clínica de ortopedia, do Hospital São João de Deus, estão sendo transferidos, pela Central de Regulação Assistencial da Macro, no exercício de seu poder de polícia sanitário, para outros municípios, como, por exemplo, Santo Antônio do Amparo, Oliveira e Formiga, haja vista a decisão daquela categoria (toda clínica) em não prestar serviços ao SUS
					Que em razão dessa decisão coletiva, bem como a natureza do prestador Hospital São João de Deus, filantrópico, sem fins lucrativos, com recursos, equipamentos e insumos financiados pelo Poder Público, referidos profissionais de saúde (todos), da clínica em ortopedia, também não poderão prestar naquela unidade de saúde seus serviços exclusivamente particulares ou por decorrência de plano de saúde.
			Superintendência Regional de Saúde da Macrorregião Oeste	SIM	Ressaltou que dos cinquenta e cinco municípios que integram a Região de Saúde ampliada, apenas 04 (quatro) deles possuem a governança sobre seus prestadores, ou seja, detentores da antiga Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)
					Que essa Região de Saúde tem grandes desafios que precisam ser superados, como, por exemplo, a falta de integração dos municípios na solução dos problemas coletivos de saúde; a fraca regulação, monitoramento e fiscalização sobre seus prestadores hospitalares; o

						considerável percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária; a alta taxa de permanência das internações hospitalares; a baixa resolutividade das ações e serviços da média complexidade, sobretudo pelos municípios polos sede de microrregião sanitária; o componente político.
				Assessor Jurídico Chefe da SES/MG	NÃO	
				Coordenador do PROHOSP da SES/MG	NÃO	
				Hospital São Carlos	NÃO	
				Vigilância Sanitária	NÃO	
				Hospital Nossa Senhora Conceição	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde	NÃO	
				Hospital São João de Deus	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis	NÃO	
				Hospital Manoel Gonçalves de Itaúna	NÃO	
				Hospital da Santa Casa de Campo Belo	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Itaúna	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Formiga	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa da Prata	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/NAS	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/NR	NÃO	
				Superintendência Regional	NÃO	

				de Saúde de Divinópolis		
				Central de Regulação Assistencial da Região Oeste	SIM	Que diariamente a Central de Regulação se depara com cerca de 400 a 500 pacientes, cadastrados no SUSFácil, dependentes de acesso a leitos especializados. Que na data de hoje há cerca de 419 pacientes cadastrados no sistema Que os procedimentos em ortopedia têm se constituído na maior parte dessas solicitações/cadastramentos no sistema. Que hoje há 219 procedimentos em ortopedia, na fila, para serem atendidos pela Região de Saúde. Que atualmente 65% da compra de leitos na Região se dá por força de ordem judicial, enquanto que 35% por necessidade clínica. Que o município de Divinópolis é o campeão da judicialização da saúde, atualmente com 243 determinações judiciais
				Secretaria Estadual de Saúde - PROHOSP/SES-MG	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde - Auditoria/SES-MG	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Pará de Minas	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Pará de Minas	NÃO	
				Santa Casa de Bom Despacho	NÃO	
9	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	909.09.2014	XIX-1 Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania	Discussão <i>da grave crise na assistência do Hospital São João de Deus, do município de Divinópolis, dada sua</i>	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Secretaria Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde	SIM	Solicita aumento do teto remuneratório O orçamento do Ministério da Saúde diminuiu e está direcionado para áreas prioritárias Não há possibilidade de novos aportes financeiros

	Divinópolis/MG 5ª Reunião de Desdobramento	<i>repercussão regional; bem como da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Oeste, com 54 municípios e 1.261.214 habitantes</i>	Secretaria Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG	SIM	SES/MG elaborou um Plano de Ação, Expansão e Melhoramento da Região Oeste Há uma comissão instalada para resolver a crise no Hospital São João de Deus Que foi nomeada uma comissão para intervir no Hospital
			Promotoria de justiça, Coordenador do CAO-SAÚDE	NÃO	
			Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Divinópolis e Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Oeste	SIM	A decisão que for tomada na reunião, deve ser estendida para toda a Região Oeste Existe uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, que busca diagnosticar e solucionar os problemas da região
			Promotoria de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Divinópolis	SIM	Os recursos financeiros da União são indispensáveis
			Prefeitura municipal de Divinópolis	SIM	O município vem buscando auxiliar no controle da crise O município enfrenta, também, crise financeira.
			Superintendência Regional de Saúde da Macrorregião Oeste	NÃO	
			Serviço de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS em Minas Gerais	SIM	A intervenção era ato necessário
			Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis	NÃO	
			Regulação Assistencial da Macrorregião Oeste	NÃO	
			Hospital São João de Deus	NÃO	
			FEDERASSANTAS	NÃO	

				Comissão Interventora do Hospital São João de Deus	NÃO		
				Interventor do Hospital São João de Deus	NÃO		
				Empresa Dictum. Administradora do Hospital São João de Deus	SIM	Que, no período da intervenção houve um aumento do número de leitos	
							Ainda há problemas sérios a serem resolvidos
							Será necessário o repasse de mais recursos financeiros
				Referência técnica da diretoria hospitalar da SES/MG	NÃO		
				Assessoria Institucional do MP/MG	NÃO		
10	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO	
	27.11.2012	XX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Conceição do Mato Dentro	Discussão dos graves problemas de saúde decorrentes do impacto causado pela recente instalação, no município, da empresa Anglo American, bem como da precariedade dos atendimentos médicos pelo Hospital Imaculada Conceição	Coordenador do CAO-SAÚDE Promotor de Justiça da comarca de Conceição do Mato Dentro	SIM SIM	Apresentação Que o município de Conceição do Mato Dentro faz parte da Microrregião Sanitária de Saúde de Vespasiano; Que há considerável distância entre o município e sua sede de Microrregião, sobretudo agravada pelo acesso (estradas) decorrentes da geografia da região; Que outros municípios, em tese, referências também estão localizados por grandes distâncias, inclusive, por acesso a estradas não pavimentadas Que houve notável impacto das políticas públicas em geral com a instalação da empresa Anglo American do ramo minerário no município; Que esse setor industrial trouxe para a região a consequência de uma nova população (trabalhadores), impactando consideravelmente o município. Que no setor da saúde, não obstante o incremento populacional, não houve aumento de repasses financeiros pela SES/MG ou pelo Ministério da Saúde. Que o Hospital Imaculada Conceição é o único prestador disponível para toda a população de Conceição do Mato	

						Dentro, não possuindo habilitação/credenciamento em determinados serviços essenciais
						Que esse hospital passa por sérias dificuldades financeiras
						Que somente o município de Conceição do Mato Dentro repassa recursos financeiros para aquela unidade hospitalar
						Que não há no município de Conceição do Mato Dentro operadora de plano de saúde suplementar em funcionamento
						Que houve por parte da empresa Anglo American compensação financeira, porém não atendeu integralmente a condicionante ambiental imposta no processo de licenciamento junto a Superintendência Regional de Regularização Ambiental – SUPRAM
				Prefeito Municipal	SIM	Que o município pretende a construção de um PAM – Pronto Atendimento Municipal.
						Que há um compromisso da empresa Anglo American para fortalecimento das ações e serviços de saúde (hospital), contudo, na prática tal fato ainda não ocorreu
						Que atualmente o hospital está sendo gerido por uma fundação pública, criada para melhor re(organização) das ações e serviços de saúde.
						Que o faturamento mensal, pela produção assistencial do Hospital Imaculada Conceição é insuficiente para sua sobrevivência operacional.
						Que sobre esse faturamento mensal há a retenção do percentual trabalhista
						Que os serviços oferecidos pelo referido hospital são 100% SUS, desconhecendo o fato de eventual complementação financeira, pelo Ministério da Saúde
						Que referido prestador não possui certificação de filantropia
						Que o prestador não possui CND – Certidão Negativa de Débito, agravando ainda mais sua situação, dada a impossibilidade de o Poder Público na elaboração de convênio e contrato

			Secretário Municipal de Saúde	SIM	Não consta da Ata
			Fundação do Hospital Imaculada Conceição	NÃO	
			Assessor Jurídico do Hospital Imaculada Conceição		
			Procuradora da Câmara Municipal	NÃO	
			Hospital Imaculada Conceição	SIM	Não consta da Ata
			Secretário Municipal do Meio Ambiente	NÃO	
			Sociedade Amigos do Tabuleiro – SAT	NÃO	
			FEDERASSANTAS	SIM	Que a atual forma organizativa da fundação está incorreta
		Que o prefeito municipal, assim como o presidente da Câmara Municipal, não podem figurar como membros natos nos registros da associação, posto que essa deve ser integrada por pessoas físicas voluntárias.			
		Que acredita que deveria haver a extinção dessa fundação pública no que concerne aos serviços encampados do Hospital Imaculada Conceição			
		Que a atual estrutura do prestador não é correspondente a de um hospital, correndo risco de sua extinção pela atual Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, elaborada pelo Ministério da Saúde			
		Que, no caso de manutenção do status (regime jurídico) de fundação, acredita que a melhor solução seja a de direito privado, afastando-se, pelas irregularidades acima apontadas, o regime público.			
		Que sugere a discussão da retenção (percentual mensal) dos créditos trabalhistas com a Justiça do Trabalho, de modo que todos os processos possam ser canalizados em um único magistrado, evitando-se decisões divergentes quanto ao modo do pagamento.			
		Que há plausibilidade jurídica, desde que os serviços da			

						contabilidade estejam rigorosamente em dia, no sentido da discussão judicial, com data retroativa, da condição de filantropia daquele prestador, de modo a anular o passivo fiscal da entidade, posto que desde aquela época a entidade preenche todos os requisitos para concessão da filantropia, na forma da Lei federal nº 12.101, de 2009
11	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	28.11.2012	XXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo Município de Carmópolis de Minas	Discussão do obrigatório planejamento regional de saúde, na forma da Lei complementar nº 101, de janeiro de 2012 e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, haja vista a elevação da respectiva microrregião em Região de Saúde, devendo, portanto, apresentar respostas satisfatórias às demandas em saúde (necessidades regionais de saúde), mediante instituição de Redes de Atenção, nos diversos níveis de complexidade (hierarquização), bem como resolutividade nas ações e serviços da média complexidade)	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor de Justiça da comarca de Carmópolis de Minas	NÃO	
				Advogados do escritório de Advocacia “Tavares e Maulaz Advogados Associados”	NÃO	
				Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Passa Tempo	NÃO	
				Suplente de Vereador eleito do Município de Passa Tempo	NÃO	
				Assessor do governo de Carmo da Mata	NÃO	
				Prefeito Eleito do Município de Cana Verde	NÃO	
				Vereador eleito de Carmópolis de Minas	NÃO	
				Prefeito eleito de Santo Antônio do Amparo	NÃO	
				Prefeita Municipal de Carmópolis de Minas	NÃO	
				Vereador eleito de Carmópolis de Minas	NÃO	

			Prefeito eleito de Passa Tempo	NÃO	
			Vereador eleito de Passa Tempo	NÃO	
			Prefeito eleito de Carmo da Mata	NÃO	
			Imprensa de Carmópolis de Minas	NÃO	
			Vereadora eleita de Carmo da Mata	NÃO	
			Prefeito Municipal de Passa Tempo	NÃO	
			Conselheiro Tutelar de Carmópolis de Minas	NÃO	
			Vereador de Piracema	NÃO	
			Assessor do Prefeito de Cana Verde	NÃO	
			Representante do Prefeito eleito de Oliveira	NÃO	
			FEDERASSANTAS	NÃO	
			Presidente da Câmara de São Francisco de Paula	NÃO	
			Vereador de São Francisco de Paula	NÃO	
			Prefeito de Santo Antônio do Amparo	NÃO	
			Vereador eleito de Carmópolis de Minas	NÃO	
			Prefeito eleito de Cláudio	NÃO	
			Prefeito eleito de Ribeirão Vermelho	NÃO	
			Prefeito eleito de Piracema	NÃO	
			Vereador em exercício e vice-prefeito eleito de Carmópolis de Minas	NÃO	

				Diretor Clínico do Hospital São Judas Tadeu do município de Oliveira	SIM	Que desde a entrada da comissão interventora junto ao prestador, importantes serviços e investimentos têm sido feitos, destacando-se a criação dos dez leitos de UTI adulto, 100% SUS
						Que concorda com a proposta da (re) organização das ações e serviços de saúde regionalmente, havendo espaços para que cada um dos municípios possa se apresentar como referência em ações e serviços de saúde.
						Que no caso de haver concordância (deliberação) pela referência regional na maternidade, pelo prestador Santa Casa de Misericórdia de Oliveira, será elaborado um instrumento formal de prestação de serviços regionalmente, com plantão médico presencial, 24 horas, de obstetra e pediatra, dentre outros, à disposição dos municípios parceiros.
				Prefeito eleito de Carmópolis de Minas	NÃO	
				Vereador reeleito e Presidente da Câmara de Carmópolis de Minas	NÃO	
				Assessor Jurídico do Hospital São Judas Tadeu do município de Oliveira	NÃO	
				Assessoria da Câmara Municipal de Carmópolis de Minas	NÃO	
12	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	29.11.2012	XXII Reunião de	Discussão dos graves	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação

		Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Pará de Minas	problemas de saúde, com reflexos para os usuários do sistema, notadamente em face do prestador Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS	Promotor de Justiça da comarca de Pará de Minas	SIM	<p>Que a falta dessa prestação de serviços, mantendo-se o profissional na unidade de saúde, para realização de serviços privados ou decorrentes de planos de saúde, é irregular, podendo ser considerado até mesmo improbidade administrativa, haja vista que os recursos, insumos, equipamentos e outros similares foram adquiridos e mantidos com recursos públicos.</p> <p>Que não concorda com a desativação dos serviços relevantes da neurocirurgia no município; bem como quanto às cirurgias eletivas, em especial na área da ortopedia.</p> <p>Que o Hospital Nossa Senhora da Conceição é mantido e financiado com verba pública, proveniente do SUS, seja através dos 06 (seis) blocos de financiamento, fundo a fundo, mensalmente, oriundo do Ministério da Saúde; bem como do PROHOSP, no valor de R\$ 732.207,30, mensalmente, repassados pela SES/MG, por força da Resolução SES/MG nº 3194, de 2012.</p> <p>Que também esse mesmo prestador recebe, da SES/MG, mensalmente, por força da Resolução SES/MG nº 2944, de 2011 e Convênio nº 02/2012, a título de PROURGE (Programa para fortalecimento da urgência e emergência), o aporte de R\$ 37.500,00</p> <p>Que o município de Pará de Minas faz repasse, mensalmente, a título de subvenção social para esse prestador hospitalar no valor de R\$ 150.000,00.</p> <p>Que o Hospital Nossa Senhora da Conceição, entidade filantrópica, é o único, no âmbito municipal, credenciado para prestação de serviços ao SUS, conforme cadastro verificado junto ao CNES.</p> <p>Que esse prestador é referência para os demais municípios, sendo constantes (recorrentes) as reclamações de negativas de acesso</p> <p>Que deverá ser executado o projeto, já aprovado, de construção da UTI neonatal, devendo a administração do hospital diligenciar para tanto, já que a verba pública</p>
--	--	--	---	---	-----	--

					oriunda de convênio já se encontra depositada na conta do referido prestador.
					Que deverão ser adequados e normalizados os plantões da pediatria e neurologia.
					Que considera viável a estratégia de os municípios adscritos à microrregião sanitária (Pará de Minas) serem participantes (custeio financeiro), mediante convênio ou termo de cooperação técnica, das despesas operacionais (assistência) do prestador hospitalar, desde que, lado outro, esses serviços possam estar plenamente garantidos (continuidade e eficiência) àqueles municípios.
					Que também concorda como fundamental a participação do corpo clínico, no mínimo como anuente, nas contratualizações e pactuações entre os gestores do SUS e administração hospitalar, de forma a evitar riscos e omissões nas prestações de serviços.
					Que os profissionais médicos, com prestação de serviços ao SUS, deverão exercer seu múnus pelo valor da Tabela do SUS, sendo, no seu entender, ilegítimo qualquer condicionamento àquela prestação em face de uma majoração ou <i>plus</i> , sobretudo pelo gestor SUS municipal.
					Que o déficit de cirurgias eletivas contratadas (demandas reprimidas) deverá ser equacionado e zerado pelos profissionais médicos do corpo clínico do hospital, em prazo a ser assinalado.
					Que o serviço especializado em neurocirurgia desse prestador deverá ser reativado, em prazo a ser assinalado, com seu completo reaparelhamento, além da possibilidade de contratação de uma equipe de profissionais para essa especialidade, com o objetivo de diminuir essas demandas,
					Que considera importante a elaboração de um novo contrato entre os profissionais de saúde e o prestador hospitalar, devendo ser estipuladas as responsabilidades, obrigações e direitos de cada deles, em louvor ao

						princípio da transparência do vínculo desses profissionais e referida entidade.
						Que deverá ser facilitada a entrada de novos profissionais médicos naquela unidade de saúde
				Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde	SIM	Ressaltou que referido hospital, além de Contrato de Metas, celebrado com a SES/MG, também recebe recursos do PROHOSP e PROURGE
						Que dos 140 hospitais de pequeno porte em Minas Gerais, o hospital Nossa Senhora da Conceição ocupa a posição de 111ª lugar dentre os 140 hospitais no ranking geral do PROHOSP
						Que dos 19 hospitais de mesmo porte, ranqueados no Grupo "B" do PROHOSP, o Hospital Nossa Senhora da Conceição ocupa a posição do 18º lugar
						Que o Hospital Nossa Senhora da Conceição não quis participar do processo de habilitação para atenção neonatal
						Que a SES/MG, doravante, irá apoiar financeiramente apenas os municípios, prestadores, com corpo clínico que querem trabalhar para o SUS.
						Que tem ciência do financiamento municipal para referido hospital na construção da UTI neonatal, sem qualquer mostra de sua construção, embora já credenciada pela rede SUS.
						Que a unidade hospitalar local não possui até hoje sua adesão ao protocolo de Manchester
						Que o Hospital Nossa Senhora da Conceição deverá adotar as providências administrativas necessárias, visando a (re)organização das ações e serviços de saúde para que possa ser considerado hospital microrregional.
						Que tem ciência de que o corpo clínico não se dispõe a cumprir as metas pactuadas, deixando de atender aos pacientes do SUS, bem como não realizando as cirurgias eletivas
				Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Oeste	NÃO	

				Secretária Municipal de Saúde de Pará de Minas	SIM	Que o município possui Gestão Plena da Atenção Básica, portanto, sem governança sobre os prestadores. Que o Hospital Nossa Senhora da Conceição possui credenciamento e financiamento aprovado (depositado) para construção da UTI neonatal, contudo, na prática há verdadeira morosidade e falta de interesse em levar adiante esse relevante projeto.
				Deputado Estadual e prefeito eleito de Pará de Minas	SIM	Que o município conta com uma boa atenção básica (primária) Que não poupará esforços, caso a situação assim recomende, em fazer eventual intervenção naquela unidade hospitalar, para garantia do atendimento dos usuários do SUS
				FEDERASSANTAS	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde da Macrorregião Oeste	SIM	Que o município de Pará de Minas não tem assumido sua condição de referência na Macro Oeste. Que o município de Pará de Minas não atende as demandas dos demais municípios QUE o CNES do Hospital Nossa Senhora da Conceição está desatualizado, comprometendo particularmente o setor da Regulação Assistencial
				Secretaria Municipal de Saúde de Nova Serrana	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Igaratinga	NÃO	
				Representante o Deputado Federal Eduardo Barbosa	NÃO	
				Assessor do Deputado Estadual Antônio Júlio	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Pará de Minas	SIM	Não consta da Ata
				Colegiado Regional de Conselho Municipal de Saúde	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Pitangui	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de São José da	NÃO	

				Varginha		
				Diretor Técnico Médico do Hospital Nossa Senhora da Conceição	SIM	Que acredita na resolução coletiva dos problemas de saúde do Hospital Nossa Senhora da Conceição
				Administrador do Hospital Nossa Senhora da Conceição	SIM	Que há necessidade de uma reunião entre o Corpo Clínico e o CRM/MG para discussão desses graves problemas
				Provedor da Irmandade Nossa Senhora da Conceição	SIM	Não consta da Ata
13	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	30.11.2012	XXIII Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Município de Nova Serrana	Discussão dos graves problemas de saúde, com reflexos para os usuários do sistema, notadamente em face do prestador Hospital São José, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor de Justiça da comarca de Nova Serrana	SIM	Apresentou as principais deficiências e fragilidades da saúde no município, com destaque para a área hospitalar (Hospital São José), sobretudo pelo desinteresse de alguns profissionais médicos na prestação de serviços ao SUS
				Superintendência Regional de Saúde da Macrorregião Oeste	SIM	Cientificou sobre a existência de procedimento administrativo, instaurado pela Promotoria de Justiça, para apuração desses problemas de saúde
						Apresentou os números da produção do referido prestador, convencendo-se da sua baixa cobertura, não obstante os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e a própria Secretaria Estadual
					Ressaltou que o município de Nova Serrana não atende as demandas dos demais municípios e não tem assumido sua condição de referência na Macro Oeste.	
					Que é descabida a decisão de o referido prestador continuar fechado seus serviços de obstetrícia para a rede SUS, embora com atendimento para o privado e plano de saúde	
					Que não obstante o pagamento em dobro para as cirurgias eletivas (demandas reprimidas), o Hospital São	

					José não se interessou pela elaboração de qualquer contrato.
			Vigilância Sanitária Estadual da SRS/SES/MG	SIM	Que o CNES do Hospital São José está desatualizado
			FEDERASSANTAS	SIM	Que há desvio de finalidade quanto à natureza jurídica do hospital
					Que os hospitais filantrópicos, em geral, não precisam de ajuda do poder público, mas de condições contratuais sérias de trabalho
					QUE a FEDERASSANTAS participa das discussões técnicas sobre a nova Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte daí sua preocupação como o caso concreto
					Que a entidade deverá requerer, com urgência, na esfera administrativa, junto ao Ministério da Saúde, sua condição (perdida) de filantropia e que há plausibilidade de esse pedido ser feito na esfera judicial, mediante regularização contábil.
			Advogado	NÃO	
			Prefeito eleito do município de Nova Serrana	SIM	Ressaltou que a maternidade deverá retomar suas atividades
					Que o município é parceiro da atenção hospitalar, com repasses, mensalmente, de significativa subvenção social
					Não concorda que a nova gestão (2013) tenha que assumir com o repasse, já garantido por força de lei municipal para aquele prestador, sugerindo que, ainda nesta gestão (2012), haja o devido empenho dessa verba disponibilizada pela Câmara Municipal.
			Empresariado	SIM	QUE os empresários estão dispostos a ajudar financeiramente na reorganização das ações e serviços de saúde do Hospital São José
			Diretor Técnico do Hospital São José	SIM	Ressaltou que o Hospital precisa definir sua natureza jurídica, tendo chegado a ter três diferentes CNPJ.
					Que não foram pagas as responsabilidades junto ao INSS nem as obrigações com o FGTS.

					Que o hospital não possui título de filantropia
					Que o hospital não faz internação em clínica médica ou cirúrgica, nem há plantonistas tendo em vista a insuficiência de recursos
			Assessoria Jurídica da Fundação Hospitalar São Vicente de Paula	SIM	Esclareceu que a natureza jurídica do hospital é de associação privada
					Ressaltou que as condições de trabalho no referido hospital colidem com as disposições do Código de Ética Médica
					Que durante o prazo em que o hospital se encontrava sob gestão municipal até o ano de 2005 não houve pagamento do INSS ou FGTS
					Que o hospital responde por cerca de 80% das internações do SUS
			Conselho Municipal de Saúde	SIM	Não consta da Ata
			Secretaria Municipal de Saúde	SIM	Não consta da Ata
			Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis	NÃO	
			Diretor Clínico do Hospital São José	SIM	Explicou sobre a dívida do Hospital com a seguridade social e destacou que, segundo soube, a escrituração contábil da entidade não se encontra regularizada.
					Ressaltou que sem novos investimentos financeiros a situação se agrava a cada dia e que faltam novos profissionais de saúde, bem como a incorporação de novos serviços.
			Secretário de Governo		
			Administrador do Hospital São José	SIM	Que não sabe dizer quanto à natureza jurídica do próprio prestador
					Que esse prestador possui 46 leitos, com serviços na área da ortopedia, clínica médica, maternidade, pediatria e cirúrgica.
					Que a obstetrícia tem respondido por 72 partos mês, embora sem prestação desses serviços ao SUS
			Prefeitura de Nova Serra	NÃO	

14	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	11.12.2012	XXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Bambuí	Discussão dos graves problemas de saúde, dos diversos níveis de atenção, com reflexos para os usuários do sistema, bem como para a judicialização da política, notadamente em face do prestador Hospital Nossa Senhora do Brasil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotora de Justiça	SIM	Preocupação com processos equivocados de saúde local, com ressonância direta na judicialização da saúde. O panorama geral do sistema de saúde local é o pior possível, com ausência de responsabilidades sanitárias pela SES/MG e município, com isso a população é a mais prejudicada. Os processos não são transparentes. Tem conhecimento que o hospital nossa senhora do brasil não recebe recursos do SES/MG, a título de PROHOSP ou PROURGE. O município encontra-se habilitado na GPAB, não recebendo fundo a fundo os recursos federais encaminhados mensalmente, a título da MAC. O prestador só recebe subvenção social do município local, em função da atuação vigorosa do MP, através de um TAC. um dos principais entraves para adequada prestação de serviços é o número reduzido de profissional de saúde. Esse hospital não consegue gerar recursos pela pouca produção de AIH
				Auditor Chefe do DENASUS/MG	SIM	Ressaltou a importância da mediação sanitária, concorda com as observações pelo coordenador do CAO-SAÚDE. Considera equivocado eventual processo que confirme a informação de que o prestador local, sob gestão estadual, não possui com a SES/MG algum contrato de metas. Impossível hipótese de todos os serviços de média e alta complexidade estarem sendo pactuados com outros prestadores/municípios, permanecendo por outro lado a situação do prestador sob gestão estadual. A existência de outro prestador no município exige que os processos de regulação sejam transparentes.
				Diretora de Regulação da SES/MG	SIM	Desorganização administrativa local com reflexos no péssimo atendimento, necessidade de que os processos sejam saneados. Definição de estratégias, definição de

						metas para que haja repasse financeiro. Necessidade de organização.
				Presidente do Hospital Nossa Senhora do Brasil	SIM	Está há um ano na gestão hospitalar e passa por sérias dificuldades na organização administrativa. Seu prestador é de natureza filantrópica, sob gestão estadual. A unidade é desorganizada. O município não possui contrato com a referida unidade e esta não possui contrato de metas. Impossibilidade de todos os serviços estarem sendo pactuados com outros prestadores/municípios, a existência de outro prestador no município exige processo de regulação, com definição de papéis e transparência. Verba insuficiente.
				Gerente do Hospital Nossa Senhora do Brasil	NÃO	
				Contadora do Hospital Nossa Senhora do Brasil	NÃO	
				Enfermeira e responsável pela Gestão Estratégica da Casa de Saúde São Francisco de Assis	NÃO	
				Diretora da Casa de Saúde São Francisco de Assis-Rede FHEMIG	SIM	Concorda com um movimento sanitário, que possa levar à clareza dos processos, integração ao processo do SUS. Melhor qualificação da unidade como hospital, integrando-se ao SUS.

15	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	12.12.2012	XXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Macrorregião Uberaba	Discussão dos principais problemas coletivos de saúde da Região de Uberaba, notadamente quanto à (re) organização das ações e serviços de saúde, com ressonância para o exigido acesso dos usuários aos	Coordenador do CAO-SAUDE	SIM	Apresentação
				14ª Promotoria de Justiça da comarca de Uberaba	SIM	Esclareceu sobre os principais problemas de saúde em toda a Macrorregião Sanitária do Triângulo do Sul, em especial para o município de Uberaba. Enfatizou sobre os problemas do Hospital Universitário que não tem garantido, com eficiência, os atendimentos; falta de consenso quanto à abertura (inauguração) do Hospital Regional, uma vez que o Ministério Público e a Superintendência Regional de Saúde posicionaram-se quanto à inviabilidade dessa inauguração açodada;

		serviços de saúde, na perspectiva da integralidade, em níveis de complexidade crescente, dada as recorrentes tensões e conflitos entre seus atores, jurídicos ou não, inclusive, com proposta de ação judicial pelo Ministério Público			definição da natureza operacional do futuro Hospital Regional que, no seu entender, deverá ser para atendimentos da média e alta complexidade. Em resumo, apresentou panorama dos problemas causas de saúde da Região Triângulo do Sul, ressaltando que esses devem ser enfrentados coletivamente.
			Promotora de Justiça da comarca de Araxá)	NÃO	
			Promotor de Justiça da comarca de Conquista	NÃO	
			Superintendente Regional de Saúde de Uberaba	SIM	Disse que reconhece a importância da ação de Mediação Sanitária como forma de enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Que há considerável complicador para a saúde da população de Iturama, uma vez que possui hospital privado, sem interesse na boa relação com o SUS, embora esteja contratualizado no valor de R\$ 150 mil. Que há policlínica no município de Iturama com uma estrutura muito boa para se tornar um hospital municipal. Ressaltou a importância do compromisso/comprometimento na gestão do SUS em toda a Região do Triângulo do Sul, infelizmente hoje deficitária. Que encontra-se em andamento processo de construção UPA nos municípios de Iturama, Frutal e Araxá. Que reconhece a grande demanda de serviços de média complexidade, originadas de outros municípios, para os hospitais em Uberaba.
		Secretário Municipal de Saúde de Uberaba	SIM	Ressalta a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, como o marco para a resolução dos problemas coletivos de saúde. QUE lamenta poder conhecer essa nova atuação do Ministério Público, democrática e solidária, apenas agora no final de seu mandato administrativo. Que o maior problema de saúde em Uberaba ainda é o da urgência e emergência, mas que deverá ser adequadamente solucionado quando da instalação da Rede de Atenção da Urgência e Emergência, pelo Ministério da Saúde e SES/MG, no ano de 2013. Que	

						considera importante a discussão do SAMU Regional com os prefeitos municipais, dentro da ação de Mediação Sanitária, de forma que possam aderir ao consórcio que poderá administrá-lo. Que com mais leitos para urgência e emergência, devidamente regulados pelo SUS, inclusive para a atenção da alta complexidade, a população será melhor atendida, com redução dos conflitos e tensões pela dificuldade do acesso. Que há grandes problemas (causas) de saúde em toda a região que dependem de serem resolvidos no nível estadual ou federal. Que há falta de procedimentos, notadamente de alto custo, na Região Triângulo do Sul.
				Chefe DENASUS/MG	SIM	Foi ressaltado entre outros, que a Região de Saúde Triângulo do Sul, a exemplo das demais, deverá priorizar seu planejamento, execução, regulação, monitoramento das ações e serviços de saúde. Que o DENASUS vem construindo nacionalmente o Mapa da Saúde, que será disponibilizado, oportunamente, como ferramenta de gestão, para os gestores e domínio público. Que o planejamento da saúde é obrigatório para todos os entes federativos, devendo ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. Que não há discricionariedade absoluta para o ente governamental, em face da ordem jurídica posta, quanto à observância da criação das regiões e redes de atenção à saúde. Que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é inevitável e visa à organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde. Que o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução. Que os municípios que integram essa Região de Saúde do Triângulo Sul precisam, com urgência, elaborar amplo diagnóstico das necessidades

					de saúde locais e regionais. Que considera a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAO-SAÚDE, modelo para ser seguido nacionalmente.
			FEDERASSANTAS	SIM	Fez apresentação da entidade como parceira das unidades de saúde, bem como da (re) organização das ações e serviços de saúde do SUS. Que também considera esdrúxula e desmotivante o atual modelo relacional do SUS e as unidades de saúde, tal qual fundamentado pelo Secretário Municipal de Saúde de Uberaba, haja vista que o sistema exige, à exaustão, a adoção de vários investimentos pelas unidades de saúde para somente depois, esgotados rigoroso processo, permitir seu credenciamento. Que há considerável déficit de financiamento geral em saúde. Que a atual tabela SUS consegue remunerar apenas 50 a 60% dos custos reais dos procedimentos. Que considera, em parte, acertada a proposta nacional em face dos hospitais de pequeno porte, contudo, reconhece a necessidade de uma rede de atenção mais resolutiva e regionalizada, de forma que possam ser alocados os suficientes recursos, sem dispersão, para as demandas.
			Superintendente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	SIM	Informou que referido hospital possui cerca de 300 leitos, todos eles 100% SUS, sendo que desses 73% de atendimentos da média e alta complexidade. Que destaca como uma das prioridades, médio prazo, que seja construído um Centro de Traumas, regulado pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), visando desafogar o intenso fluxo de pacientes no centro cirúrgico e ambulatorial que, atualmente gira em torno de 8.000 (oito mil) cirurgias, sendo 4.000 (quatro mil) apenas para as urgências. Que referido Centro de Traumas poderia ser criado a partir da Rede de Atendimento ao Trauma do Ministério da Saúde. Que esse Centro deveria ser anexo ao Hospital das Clínicas da UFTM. Que outra alternativa seria a criação desse Centro de Traumas a partir da criação da Rede Estadual de Atenção Urgência e

					<p>Emergência para o ano de 2013. Que o Hospital Escola situa-se em uma área horizontal de 14 mil metros quadrados. Que atualmente a UTI Neurologia encontra-se desativada (10 leitos UTI), pendente de aprovação pela Vigilância Sanitária. Que há proposta (projeto técnico) de ampliação de leitos UTI adulto e neonatal para melhor absorção da demanda regional. Que os atuais recursos financeiros disponibilizados pelo SUS são insuficientes para o atendimento real das demandas na região, sendo que mensalmente seu déficit gira em torno de 20% (realizado X recursos recebidos). Que o PROHOSP/SES/MG é de suma importância para a estruturação do Hospital das Clínicas, daí seu reconhecimento no recebimento desses recursos. Que recebe recursos do REHUF – Plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, para complementação de custeio e investimentos, pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Que há considerável demanda reprimida regional, por falta de profissional médico, para os procedimentos de vitrectomia (cirurgia da retina), o que permitiria maior qualidade de vida para os pacientes diabetes/hipertensão. Que há necessidade regional de instalação dos serviços de Câmara Hiperbárica. Que no referido hospital há apenas programa para o pé diabético. Que esses serviços (Câmara Hiperbárica) exigem a criação de protocolos clínicos. Que o Hospital das Clínicas poderá assumir a realização desses serviços (Câmara Hiperbárica), desde que com cooperação financeira pela SES/MG e Ministério da Saúde.</p>
				Equipe de Transição do prefeito eleito Paulo Piau	<p>SIM</p> <p>Foi dito que, em nome do prefeito Paulo Piau, já manifesta seu cabal interesse na ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. QUE considera fundamental a construção dessa agenda positiva, dentro da ação de Mediação Sanitária, de forma que possam transformar em um pacto solidário, com maior</p>

					legitimação social. QUE considera equivocada a pretensão do atual prefeito municipal na inauguração de uma ala do Hospital Regional, haja vista, dentre outras, a questão da vigilância sanitária. QUE o município, a partir de janeiro de 2013, data da posse e exercício do prefeito Paulo Piau, se coloca à disposição para integração da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária na Região Triângulo do Sul
				Assessor Jurídico	NÃO
				Vigilância Sanitária da SMS Uberaba	NÃO
				Conselheira de Saúde	NÃO
				Setor Contábil Prefeitura de Conquista	NÃO
				Administradora da Santa Casa de Uberaba	NÃO
				Gestor do Hospital do Câncer Hélio Angotti	SIM
				Setor Faturamento do Hospital da Criança	NÃO
				Presidente do Hospital da	NÃO
					Informou que a unidade de saúde teria atendido 80% dos pacientes de toda a Macrorregião e que o município de Uberaba é responsável pelo percentual de 50% dos atendimentos. Também que, nos próximos dias o Ministério da Saúde fará a ampliação (inauguração) para 150 leitos, sendo 22 leitos a mais para o SUS. Que a Região possui 08 leitos UTI, devendo passar para 10 (dez) até julho de 2013, porém perdeu cerca de 226 leitos, uma vez que foram fechados 05 hospitais. A unidade possui o equipamento de radioterapia eclipse, no valor de R\$ 150 mil, importante para os pacientes SUS, adquiridos exclusivamente com recursos do PROHOSP, além de possuírem o equipamento de cintilografia para câncer, sendo que em Minas Gerais apenas 03 unidades de saúde o possui e o Brasil apenas 06 (seis) deles.

				Criança		
				Conselho Estadual de Saúde	SIM	Disse que há completa ausência de regulação no SUS Uberaba, não obstante os repasses mensais de recursos, por força da PPI, da população referenciada, não há qualquer garantia de acesso desses pacientes junto às ações e serviços de saúde de Uberaba. Que o atual contrato nº 001/2009 do Hospital Escola e o Ministério da Saúde encontra-se vencido, sem renovação, sem realização de um plano anual operativo e que o município de Uberaba foi o único responsável pelo fechamento do Hospital da Criança para os pacientes SUS, uma vez que deixou de repassar os recursos financeiros previamente pactuados. Por fim, que o município de Uberaba é inadimplente/omisso quanto às ações e serviços de saúde do Hospital Escola.
				Conselho Municipal de Saúde de Uberaba	SIM	Ressaltou a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, como o marco para a resolução dos problemas coletivos de saúde. Considera importante a discussão do SAMU Regional com os prefeitos municipais, dentro da ação de Mediação Sanitária. Informou também que o maior problema de saúde em Uberaba ainda é o da urgência e emergência, mas que deverá ser adequadamente solucionado quando da instalação da Rede de Atenção da Urgência e Emergência, pelo Ministério da Saúde e SES/MG, no ano de 2013. Conseqüentemente com mais leitos para urgência e emergência, devidamente regulados pelo SUS, inclusive para a atenção da alta complexidade, a população será melhor atendida.
				Secretário do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba	NÃO	
16	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	18.2.2012	XXX Reunião de	Discussão dos graves	Coordenador do CAO-SAUDE	SIM	Apresentação

		Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Matozinhos	problemas de saúde, com afetação diretamente para os usuários do SUS, notadamente em face do prestador Hospital Wanda Andrade Drumond, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, mantido pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos	Promotora de Justiça da comarca de Matozinhos	SIM	Agradeceu ao projeto de Mediação Sanitária e informou que o Hospital Wanda Andrade Drumond, encontra-se fechado para o atendimento aos municípios, embora continue a receber, mensalmente, os recursos do governo federal. Que existem sérios problemas de saúde no tocante à assistência hospitalar no município e que tem conhecimento da suspensão dos recursos municipais, inclusive, os repasses financeiros para o prestador hospitalar. Que o Ministério Público adotou, em tempo e modo, as providências judiciais, inclusive por responsabilização por improbidade administrativa, o então prefeito municipal pela suspensão dos serviços públicos básicos no município.
				Prefeito municipal de Matozinhos	SIM	Ressaltou a importância da reunião, com os diversos representantes, em busca da solução do problema com o prestador hospitalar. Que nega a informação de que o município, a partir de sua gestão político-administrativa, teria suspenso os repasses municipais, a título de subvenção, para aquele prestador. Que não concorda que tenha que assumir a dívida (trabalhista/fornecedores) da entidade hospitalar, hoje próxima de R\$ 3 milhões. Que a população de Matozinhos, portanto, não se encontra desassistida com os serviços da urgência e emergência, nível ambulatorial. Que o município possui seu próprio PAM – Pronto Atendimento Municipal, que tem um custo altíssimo, mas que atende por dia 100 pacientes. Que caso não haja uma solução, com urgência, na reabertura do hospital local, decidirá pelo remanejamento dos valores do teto MAC, atualmente repassados para esse hospital, mesmo sem produção assistencial contratada, para prestadores de municípios vizinhos, de forma a salvaguardar a proteção da saúde de seus municípios
				Auditor Chefe do DENASUS/MG	SIM	Ressaltou que não é possível a manutenção do fechamento do Hospital Wanda Andrade Drumond aos usuários, sobretudo porque não houve suspensão dos repasses federais, para execução do que fora contratado.

					Que o hospital não pode fechar seu atendimento público pelo fato de passar por uma situação mais difícil. Que referido prestador deverá, se for o caso, reconhecer sua insuficiência da capacidade operacional contratada e que o hospital precisa, com urgência, proceder diagnóstico de sua situação financeira, sobretudo para se conhecer os reais motivos pelos quais o levaram para essa crise. Que o controle social é muito importante para a fiscalização desse processo. Por fim, se coloca à disposição para ajudar referido prestador hospitalar.
				Conselheiro do CRM/MG e presidente do Departamento de Fiscalização do CRM/MG	Agradeceu ao projeto de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público. Que o CRM/MG deverá publicar, nos próximos dias, através de seu presidente Conselheiro João Batista Gomes, as novas estratégias da autarquia com vistas à contribuição da (re) organização das ações e serviços de saúde, nas diferentes Regiões de Saúde. Que o CRM/MG fará detalhado levantamento dessa eventual fragmentação/insuficiência dos serviços de saúde, com propostas de sua (re) organização, identificando, dentre outras, os descompassos nas redes de atenção.
				FEDERASSANTAS	SIM Deveria discutir-se o preço de cada um dos serviços, em face dos procedimentos contratados, a título de média e alta complexidade. Que o valor repassado é insuficiente para garantia do plantão médico presencial para as quatro clínicas contratadas. Que o próprio Ministério da Saúde reconhece a insuficiência da tabela SUS, razão pela qual tem criado estratégias de incentivos/complementação financeira para esses hospitais. Que a dívida do hospital é altíssima e que os profissionais médicos ficaram sem receber pelos seus atendimentos até 04 meses. Que a FEDERASSANTAS deverá fazer provocação ao Ministério da Saúde e a SES/MG no sentido de que possam explicitar quais critérios técnicos (objetivos) utilizados para escolha dos municípios contemplados com a Rede Resposta. Que, nessas condições, o atual administrador hospitalar não

						possui autonomia e poderes para tomada de decisões. Que dos 22 (vinte e dois) associados, conforme informações, 08 (oito) deles já se desligaram. Que os associados estão se desligando da entidade, conforme informações, por temerem que a atual dívida. Que, segundo informações do atual Administrador, Geraldo de Paula Martins, o hospital possui bons aparelhos, possui bloco cirúrgico bem equipado e com boa capacidade técnica, porém o maior problema tem sido a falta do profissional médico da saúde, que migraram para outros municípios.
				Secretária municipal de saúde de Matozinhos	NÃO	
				Presidente do Conselho Municipal de Saúde	NÃO	
				Procurador geral do município	NÃO	
				Vereador municipal	NÃO	
				Diretor Técnico do Hospital Wanda Andrade Drummond	NÃO	
				Associações	NÃO	
				Administrador do Hospital Wanda Andrade Drummond	NÃO	
				Responsável pela setor financeiro do Hospital Wanda Andrade Drummond	NÃO	
17	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	20.03.2013	XXXI Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Município de Capitão Enéas	Discussão dos graves problemas de saúde, com afetação diretamente para os usuários do SUS, notadamente em face do prestador Hospital	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Prefeito municipal de Capitão Enéas	SIM	Declarou que fez seu programa de governo, dentre outras, na (re) organização das ações e serviços de saúde. Que tinha desde antes conhecimento dos graves problemas enfrentados pelo prestador hospitalar, verdadeira crise na área financeira e de gestão, com reflexos diretamente para a saúde da população. Que

			Nossa Senhora da Guia, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, cadastrado CNES nº 2205890, sob gestão dupla (estadual e municipal), caracterizado como hospital de pequeno porte, 100% SUS, mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia		tem conhecimento de que o prestador possui pendências com a Receita Federal e Justiça do Trabalho. Que o município possui convênio de subvenção social com aquele prestador, mas que, nessas circunstâncias, os repasses tem sido bloqueados/penhorados pela Justiça do Trabalho para garantia dos vários processos trabalhistas, razão pela qual esses recursos não têm chegado para a atenção à saúde. Que o prestador encontra-se com sérias dificuldades com seus fornecedores, com atraso de pagamento de salários dos profissionais de saúde, como, por exemplo, a categoria médica e de enfermeiros. Que há falta até mesmo de insumos básicos, como, i.e, medicamentos, situação que obriga o município a praticamente fazer sua gestão de fato. Que possui interesse em emprestar verdadeira gestão qualificada àquele prestador, devendo, nesse caso, na forma da lei, promover sua intervenção c/c requisição administrativa	
				Presidente do CRM/MG	SIM	Informou que o CRM/MG iniciou um grande projeto de fiscalização em cada unidade de saúde no estado de Minas Gerais se que esses trabalhos já se iniciaram pela Região de Saúde da Micro Santo Antônio do Amparo/Campo Belo. Que é preciso que se faça uma boa discussão no tema da urgência e emergência. Que, talvez, o mais importante seria o município investir adequadamente em sua atenção primária. Que se coloca à disposição para, com urgência, proceder detalhada fiscalização naquela unidade hospitalar.
				Secretário municipal de saúde de Capitão Enéas	SIM	Ressaltou que o hospital encontra-se praticamente abandonado, sem resolutividade e em completo estado de insolvência, que esse prestador encontra-se cadastrado pela SES/MG como unidade retaguarda para as urgências e emergências, contudo, não dá garantia de acesso ao SUS Fácil, uma vez que o sistema (computador) fica fechado na sala do administrador, sobretudo, nos finais de semana e feriados. Que o hospital não possui equipe de profissionais para o

					atendimento da urgência e emergência e que a unidade de saúde sequer possui alvará sanitário. Além disso, a unidade não possui serviços terceirizados. Que o fato de a unidade de saúde ser filantrópica, sem fins lucrativos, não lhe isenta dessa profissionalização da gestão. Que o hospital sequer possui uma linha telefônica para comunicação com o SAMU, nas situações de urgência e emergência.	
				Procuradora municipal de Capitão Enéas	NÃO	
				Presidente da Comissão de Saúde da OAB/MG	NÃO	
				Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS	NÃO	
				Presidente da Comissão de Saúde da OAB/MG	SIM	Disse que concorda com os apontamentos que foram feitos e que há de fato grave perigo iminente para a saúde da população de Capitão Enéas, de forma que os usuários não podem ser privados da atenção hospitalar, sobretudo dos serviços de urgência e emergência, correndo risco de morte.
				Representante da Subsecretaria Estadual de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde	SIM	Fez apresentação power-point sobre indicadores de saúde do hospital Nossa Senhora da Guia. Que 33% dos usuários daquela microrregião sanitária, tiveram que recorrer em busca de serviços em outras regiões. Necessidade premente de que os gestores possam fazer seus investimentos nessa política de atenção. Que a taxa de ocupação do prestador em questão é muito baixa, haja vista que a SES/MG preconiza um percentual em torno de 55%.
				Auditor Chefe do DENASUS/MG	SIM	Ressaltou a obrigatoriedade de planejamento da saúde. Que o fato de o prestador local se encontrar praticamente fechado para o atendimento público, sendo ele o único de natureza hospitalar, agrava não somente o quadro assistencial, como também sua imagem em face dos demais municípios adscritos. Assinalou que devido aos problemas enfrentados pode

					<p>haver risco de diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. Que não é possível o fechamento daquela unidade hospitalar para os usuários, sobretudo porque não houve suspensão dos repasses federais, mensalmente, fundo a fundo, para execução do que fora contratado. Que, nessa situação, os municípios/prestadores devem atender não somente sua população local, mas também a regional, em face dos municípios adscritos, por força da PPI Assistencial. Que referido prestador deverá, se for o caso, reconhecer sua insuficiência da capacidade operacional contratada e que o hospital precisa, com urgência, proceder diagnóstico de sua situação financeira, sobretudo para se conhecer os reais motivos pelos quais o levaram para essa crise. Que o controle social é muito importante para a fiscalização desse processo e por fim, que se coloca à disposição para ajudar referido prestador hospitalar.</p>
			FEDERASSANTAS	SIM	<p>Destacaram a preocupação com a situação caótica e próxima da insolvência daquele prestador (hospital). Que desconhecem a situação da filantropia daquela unidade, colocando-se à disposição para, em caráter de diligência, levantar quanto à regularidade ou não do CEBAS daquele hospital. Que entendem que alguma medida precisa ser adotada, ainda que mais vigorosa, com o objetivo de tentar garantir a sobrevivência operacional do prestador.</p>
			Defensor Público Estadual	SIM	<p>Ressaltou sua preocupação com a vida operacional da entidade, o que, certamente irá provocar efeito cascata junto aos municípios da região e, por consequência, aumento da judicialização da política pública. Disse que concorda com a possibilidade da intervenção/requisição administrativa pelo município, de modo a garantir, na forma da lei, uma gestão qualificada, com transparência e prestação de contas.</p>

18	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	26.03.2013	XXXII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Ribeirão das Neves	Discussão dos graves problemas de saúde, com afetação diretamente para os usuários do SUS, relacionados à suspensão dos recursos financeiros, estadual e municipal, para pagamento pelos serviços prestados, gerência e administração, pela Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia, em face da UPA Acrizíó Menezes, também conhecida como UPA Justinópolis, integrada à administração direta do município de Ribeirão das Neves	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor de Justiça de Defesa e Saúde da comarca de Ribeirão das Neves	SIM	A UPA está sobrecarregada de demandas em razão da pouca atuação de outras unidades de saúde no município; Atenção Básica precisa de atenção; Não pode haver suspensão de serviços pela falta de repasses financeiros da administradora; Não pode suspender serviços importantes; A UPA Joanito precisa se qualificar no Ministério da Saúde com urgência; Há "furos" nas escalas de plantão dos profissionais médicos por faltas ou atestados abonadores; Ressalta que é necessário o cumprimento ético das escalas de serviço; Sugere que o SES/MG avalie a compensação financeira para a área de saúde deste município.
				Promotor de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Belo Horizonte	SIM	A Fundação Benjamin Guimarães é mantenedora do Hospital de Baleia; Faltam repasses financeiros pelo município de Ribeirão das Neves.
				CRM/MG	SIM	Necessidade da discussão com o MP/MG a questão da terceirização das ações e serviços de saúde em Minas Gerais; o município de Ribeirão das Neves deverá fazer o pagamento por aqueles serviços aqui discutidos.
				Presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG	SIM	Importância do fluxo financeiro do contrato de gestão; o Ministério da Saúde e a SES/MG não integram o contrato;
				FEDERASSANTAS	SIM	É equivocada a suspensão dos recursos pela SES/MG, no valor de R\$ 350.000,00, para o município de Ribeirão das Neves; o município precisa urgentemente fazer o adimplemento de todo o contrato de gestão pois o contrato é global
				Auditor Chefe do DENASUS/MG	SIM	O MP/MG tem cumprido com seu papel no referido contrato de gestão, no valor mensal de R\$ 300.000,00; a administração municipal anterior viola a Lei de Responsabilidade Fiscal, vez que os recursos em dotação orçamentária rubricados não foram liquidados;
				Superintendência da Fundação Benjamin	SIM	O contrato de gestão celebrado entre o município e o Hospital da Baleia/Fundação Benjamin Guimarães não

				Guimarães		está sendo honrado; a UPA de Ribeirão das Neves não possui saúde financeira suficiente para arcar com os prejuízos, devido a falta dos repasses financeiros municipais; A entidade teve que recorrer a empréstimos; Requer a necessidade do pagamento municipal pelos serviços prestados; Não há como pagar seu corpo clínico; Sabe que o Hospital de Baleia passa por dificuldades financeiras; Atualmente encontra-se em dia com os custos de sua folha operacional, exclusivamente pelo fato de ter sido obrigada a contrair empréstimo em banco; Dívida de Ribeirão das Neves, pelos serviços prestados na UPA é de R\$ 2.634,00; O contrato de gestão dito comprometeu todos os custos operacionais; Atraso no pagamento dos médicos;
				Assessoria Jurídica da Fundação Benjamin Guimarães	NÃO	
				Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde - SES/MG	SIM	A SES/MG irá proceder levantamento das causas suspensivas dos repasses financeiros; acredita que a suspensão é devido a inadimplência do município com a Administração Pública Estadual; importância de discutir sobre o risco compartilhado quando celebrados novos contratos/convênios; necessidade de apresentação de garantias públicas para evitar as inadimplências;
				Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves	SIM	Já houve reunião com a Secretaria Municipal da Fazenda para solucionar o pagamento dos atrasados; o município não tem condições financeiras para arcar com o pagamento integral das parcelas atrasadas, sugerindo que seja feito o parcelamento; o município procurou o Ministério da Saúde para solicitar a majoração dos repasses federais mas ainda conseguiram; possuem nova administração;
				Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves	SIM	Município possui nova administração; Não houve cumprimento do contrato de gestão por parte da administração municipal anterior, entendendo que devem ser responsabilizados; O cumprimento do contrato de gestão é um problema; Ribeirão das Neves

						encontra-se em débito com o contrato de gestão; Não foi explicado porque o SES/MG suspendeu a verba mensal a ser repassada; É de responsabilidade financeira do município os serviços relacionados a enxoval, ambulância e segurança externa; a UPA extrapola na realização da procedimentos diários pactuados e não recebe nenhum ressarcimento financeiro; Não é possível aceitar a proposta do pagamento do débito em 10 parcelas, sendo possível apenas uma entrada e todo o resto em até 30 dias.
				Gerência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Acrízio Menezes	NÃO	
19	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	11.04.2013	XXXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião de Saúde de Mantena	Discussão dos graves problemas coletivos de saúde, no âmbito microrregional, bem como local (município pólo de Mantena), com afetação diretamente para os usuários do SUS, com reflexos para a judicialização, em especial quanto às ações e serviços de saúde da urgência e emergência	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor Justiça de Mantena	SIM	Fez um panorama geral dos principais problemas coletivos de saúde, o gestor do SUS precisa exercer seu papel de regulador de serviços de saúde, os municípios que integram essa microrregião de saúde são poucos resolutivos, o município de Mantena não tem hospital de natureza pública, elaborou Termo de Ajustamento de Conduta como os hospitais Evangélico e o Hospital São Vicente de Paulo, com o objetivo de reorganizar dos serviços de plantão médico presencial. Pretende que sejam respondidas perguntas sobre o repasse de recursos financeiros do Município de Mantena para o hospital.
				Prefeito Municipal de Mantena	SIM	Ressaltou que a saúde local está ruim devido à má gestão da administração municipal anterior. O município tem que se organizar, é preciso definição quanto ao PHOHOSP e PROURG, tendo em vista que o Hospital Evangélico tem recebido esses recursos na integralidade, enquanto que o Município tem feito sua grande contribuição financeira na urgência e emergência, ambulatorial, daquele pronto atendimento

					hospitalar. Defende melhor análise na vocação de cada um dos hospitais.	
				Secretário Municipal de Saúde Mantena	SIM	Destacou a importância da mediação sanitária. O Município precisa resgatar o controle da regulação assistencial. É importante definir a vocação dos dois prestadores privados, filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS no Município, pois não é razoável que estejam atuando como hospital geral para as quatro clínicas, sendo que esse modelo não interessa ao município e região porque é concorrencial, excludente e político. Reclamou do Hospital Evangélico, especificamente quanto aos serviços prestados. Sendo inconcebível a perda de recursos financeiros, em face do programa do governo federal, em face do comportamento desinteressado dos prestadores. Destacou que é a terceira vez que a região perde importantes recursos.
				Superintendente Regional de Saúde de Governador Valadares	SIM	A SRS tem feito um trabalho mais próximo de cada um dos gestores e municípios, entende que atualmente o principal é fortalecer as ações e serviços de saúde na região. Reconhece a existência de falha no processo de regulação de toda a macrorregião. Há falta de recursos humanos para qualificação do processo de regulação. Está realizando amplo diagnóstico assistencial de toda Região da Saúde, conforme objetivo de Mediação Sanitária. Considera fundamental a reorganização das ações e serviços de saúde.
				Secretário Executivo de ASSOLETE	NÃO	
				Secretário Municipal de Saúde de Mendes Pimentel/MG	NÃO	
				Secretária Municipal de Saúde de Itabirinha/MG	NÃO	
				Presidente do COSEMS/MG Regional	SIM	Reconhece que os municípios polos não dão, em muitas situações, garantia de acesso da população aos serviços pactuados, o que demonstra falha na regulação. Essa

						região de saúde precisa se organizar. O financiamento das ações e serviços de saúde pela união é insuficiente.
				Coordenadora da Central de Regulação da Macro Leste	NÃO	
				Vice-Prefeito de Mantena/MG	NÃO	
				Secretário Municipal de Saúde de São Félix de Minas	SIM	Destacou que alguns municípios que integram a macrorregião sanitária não tem utilizado dos serviços de urgência e emergência executados pelo município de Mantena através de seus hospitais. Defendeu uma reorganização das ações e serviços de saúde.
				Secretária Municipal de Saúde de São João do Manteninha	NÃO	
				Assessor da Secretaria Municipal de Saúde de São João do Manteninha	NÃO	
				Hospital Evangélico	SIM	Os repasses financeiros são insuficientes. O município possui dívida com o hospital. Considera importante a definição do papel de cada um dos prestadores, de modo que não haja concorrência entre eles. A tabela do SUS é insuficiente para garantir os custos.
				Secretário Executivo do CONSONORTE	NÃO	
				Vereador Municipal de Mantena/MG	NÃO	
				Hospital São Vicente de Paulo	NÃO	
				Diretor do Hospital Evangélico	NÃO	
				Diretora Administrativa do Hospital Evangélico	NÃO	
20	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	24.04.2013	XXXIV Reunião de	Discussão	Coordenador do CAO-SAUDE	SIM	Apresentação

		Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião de Saúde de Congonhas	exclusivamente dos principais problemas de saúde enfrentados pelo Hospital Bom Jesus, de natureza, privada, sem fins lucrativos, CNPJ nº 19.692.755/0001-22, com ressonância para a assistência à saúde da população loco-regional, com reflexos para a sua judicialização	Promotor de Justiça Comarca Congonhas	SIM	Situações de greve repercutem em toda microrregião de saúde. Os principais problemas enfrentados na Comarca são na área de patrimônio público, meio ambiente e saúde pública. Considera o Município diferenciado em face de sua espetacular arrecadação tributária, daí sua preocupação para que esses recursos possam reverter-se para a construção de políticas públicas. O Município deverá possuir capacidade de gestão suficiente para resolução dos principais problemas de saúde loco-regional.
				Auditor Chefe do DENASUS/MG	SIM	Ressaltou o interesse do Ministério da Saúde em apoiar eventos como esse. Os problemas de saúde de fato precisam ser discutidos nas perspectivas e desafios de sua melhor reorganização. Tem conhecimento de alguns graves problemas coletivos de saúde do Hospital Bom Jesus, O Hospital deve lembrar-se que possui direitos e deveres para com o sistema público. Não é razoável o pagamento de R\$ 500,00 para cobertura de plantão médico de 12 horas. Não concorda com o discurso da falta de medicamentos, porque os recursos financeiros para esse bloco são suficientes. O gestor do SUS é o responsável pela administração desses recursos da saúde e não o secretário municipal da fazenda. Sugere uma melhor avaliação pela administração hospitalar juntamente com o SUS Congonhas quanto ao valor do plantão médico.
				FEDERASSANTAS	NÃO	
				Administrador do Hospital Bom Jesus	SIM	Que o hospital tem déficit de R\$140,000,00. Não sendo suficientes os repasses do Município e do SAMU. Apresentou para a Secretaria Municipal de Saúde planilha de custos financeiros. Possui junto ao Ministério da Saúde da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul projeto de criação de 10 leitos de UTI. Considera relevante e importante a reaproximação do SUS de Congonhas para a discussão do cumprimento de metas dos serviços e equilíbrio econômico da relação contratada. Que é de R\$ 8.000,000,00 o valor da

						<p>autuação, passível de recurso administrativo pela Receita Federal ao Hospital, portanto não há dúvidas de que corre fundado risco na perda de sua filantropia. Possui interesse em tornar-se referência microrregional na traumatologia, desde que os custos possam ser melhor discutidos com todos os entes. O Hospital tem sido glosado em seus recursos financeiros, haja vista a produção parcial de seus serviços na forma contratada.</p>
				Adm. da Superintendência de Saúde Barbacena	NÃO	
				Setor de epidemiologia da Superintendência de Saúde Barbacena	NÃO	
				Núcleo de Apoio à Família Superintendência de Saúde Barbacena	NÃO	
				Superintendência de Saúde de Barbacena	NÃO	
				Procurador do Município de Congonhas/MG	NÃO	
				Assessoria da Prefeitura de Congonhas/MG	NÃO	
				CISRU Centro Sul	SIM	<p>Considera a insuficiência de leitos, um desafio a ser superado. Há vazios assistenciais na Macro Sul. A alta taxa de permanência nos leitos hospitalares contribuiu para a fragilização do sistema de urgência e emergência. Este hospital possui baixa resolutividade operacional para o SUS, não obstante os recursos financeiros aportados pelo ministério da Saúde. Considera esse hospital um ponto de atenção próximo ao de uma Sala de Estabilização, ressalta que ele é fechado para o acesso qualitativo dos usuários loco-regional. Um dos maiores desafios dessa macrorregião de saúde está na ortopedia regional. Que o hospital possui baixa resolutividade. Não é razoável a decisão do comitê Gestor da Rede Estadual de Urgência e Emergência no sentido de o valor da AIH</p>

					na Macro Centro Sul, ser de apenas R\$ 543,00. Reclamou novamente da baixa eficiência e resolutividade nas ações e serviços de saúde da Microrregião. O hospital Bom Jesus não tem cumprido sua vocação contratada de atendimentos de média complexidade. É preciso discutir como Comitê Gestor da Urgência e Emergência Estadual os atuais critérios de pagamento das AIH's.	
				Provedora do Hospital Bom Jesus	NÃO	
				Administrador do Hospital Bom Jesus	NÃO	
				Setor Administrativo do Hospital Bom Jesus	NÃO	
				Secretário de Saúde de Congonhas/MG	SIM	O hospital Bom Jesus é de suma importância para o Município de Congonhas, devendo melhor se organizar e qualificar, cumprindo os deveres pactuados. O Município de Congonhas se interessa em habilitar-se na referência em traumatologia na microrregião. O Prefeito pretende inaugurar uma UPA, devendo essa ser financiada não apenas pelo Município de Congonhas, mas também pelo Ministério da Saúde, SES/MG e demais Municípios adscritos. O hospital Bom Jesus precisa ter uma maior qualidade no tocante aos serviços de suas 06 clínicas. Que o município participa com recursos financeiros para os serviços médico do Hospital em forma de subvenção autorizada por lei.
				Diretor Técnico do Hospital Bom Jesus		
				Representante do Conselho Regional de Medicina-CRM/MG	SIM	É preocupante a fragmentação dos serviços de saúde, os valores da tabela nacional de procedimentos SUS, sobretudo para as ações da média complexidade. O valor pago pelo Hospital Bom Jesus para o plantão médico em ortopedia não é atrativo para os profissionais médicos de Belo Horizonte ou região. O hospital deveria contar com 2 médicos ortopedistas. O cumprimento da ação judicial movida pelo MP em face de 04 prestadores locais tem sido inviabilizada porque não garantiu os recursos

						financeiros para sua execução.
				Coordenadora da Vigilância Municipal de Saúde	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Barbacena/MG	NÃO	
				Comissão do Hospital Bom Jesus	NÃO	
				Representante do Prefeito Municipal de Queluzito/MG	NÃO	
				Representação Médica	NÃO	
				Vereador Municipal Adivar Geraldo	NÃO	
				Superintendente Regional de Saúde da Macro Sul	SIM	Há muitos problemas coletivos de saúde que precisam ser resolvidos. É fundamental a construção da rede de atenção à saúde. O hospital Bom Jesus recebe importantes recursos da SES/MG, sendo que esse valor poderia ter sido maior se o mesmo tivesse cumprido as metas físicas e qualitativas pactuadas. Este prestador corre risco de novas glosas, pois não vem cumprindo a taxa de referência estipulada, e se assim continuar poderá não ser mais contemplado com esses recursos financeiros, haja vista a nova configuração da PROHOSP. Reclamou da falta de organização da microrregião de conselheiro Lafaiete. Foi realizada inspeção sanitária no hospital Bom Jesus, sendo verificadas desconformidades relacionadas à estrutura física.
21						
21	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	29.04.2013	XXXV Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Município de	Discussão da grave situação vivenciada pelo prestador Hospital São João de Deus, com fortes tensões entre os atores, com abalo nas	Coordenador do CAO-SAUDE	SIM	Apresentação.
				Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia	SIM	Dificuldade na administração, devido ao comportamento da anterior administração. Considera que deve haver mais transparência, se possível gestão compartilhada, com o único prestador Hospital São João de Deus.
				SRS Macro Centro	NÃO	

		Santa Luzia/MG	relações jurídicas, inclusive com reflexos concretos na judicialização	Consórcio Intermunicipal Aliança da Saúde da Macro Centro	NÃO	
				Procuradora Geral do município de Santa Luzia	SIM	Município tem sido penalizado mensalmente (R\$135.000,00), para atendimento às ordens judiciais, visando financiamento de medicamentos, transferências de pacientes para outros centros com maior densidade tecnológica.
				Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS	NÃO	
				FEDERASSANTAS	SIM	Eventual deficiência na sua prestação de serviços tem sido consequência da apropriação de seus recursos financeiros pelo Fundo Municipal de Saúde.
				Hospital São João de Deus	NÃO	
				Diretora Técnica do Hospital São João de Deus	NÃO	
				Câmara Municipal de Santa Luzia	NÃO	
				Procurador da Câmara Municipal de Santa Luzia.	NÃO	
				DENASUS/MG	SIM	A responsabilidade para validação ou não dessas metas no GEICOM é da Secretaria Municipal de Saúde, independentemente das dificuldades técnicas por ela enfrentadas, conforme diagnóstico global situacional da saúde no município. A SMS Santa Luzia tem que trabalhar em cima de diagnósticos, mediante seu controle, avaliação, fiscalização, monitoramento e auditoria, não somente dos serviços prestados pelo Hospital São João de Deus, como também de todos os demais pontos de atenção, nos diversos níveis de saúde.
				SRS de Belo Horizonte	SIM	Considera a necessidade de se avaliar sistematicamente a execução x pactuação/contratualização entre a Secretaria Municipal de Saúde e o hospital a fim de que se possa assegurar a assistência à saúde de todos os usuários referenciados ao hospital São João de Deus.

22	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	30.04.2013	XXXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Sabará	Discussão sobre o cumprimento do contrato celebrado entre a Fundação Benjamim Guimarães, mantenedora do Hospital da Baleia e a UPA do município de Sabará, ainda sem execução (prática), de modo a assegurar o atendimento da urgência e emergência, ambulatorial, para os cidadãos usuário do Sistema, mediante cumprimento da prestação e contraprestação dos serviços contratados e, por conseguinte, reduzir a possibilidade da sua judicialização	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor de Justiça de Tutela de Fundações e Entidades de Interesse Social da comarca de Belo Horizonte	SIM	Não concorda com a possibilidade de rescisão do Contrato de Prestação de Serviços nº 184/2012, celebrado entre o município de Sabará e a Fundação Benjamim Guimarães – Hospital da Baleia – para gestão e administração da UPA “Padre Lázaro Crispim”, sem que, no mínimo, haja o ressarcimento à Fundação pelos custos operacionais decorrentes da execução do contrato, como, por exemplo, compra de medicamentos, contratação dos profissionais de saúde. O município precisa responder formalmente a notificação que fora feita pela Fundação Benjamim Guimarães quanto à regularização de algumas falhas estruturais do projeto que a impedem da boa execução dos serviços.
				DENASUS/MG	SIM	É de suma importância a reestruturação dos serviços no município de Sabará, haja vista que integrado à região metropolitana de Belo Horizonte, de modo que possa contribuir para a descentralização desses serviços de saúde. O município precisa, formalmente, manifestar-se quanto à manutenção ou não do atual contrato celebrado entre eles, de modo a não prejudicar a assistência à saúde da população local.
				FEDERASSANTAS	NÃO	
				Fundação Benjamim Guimarães	SIM	Após vários entraves com o Município, relacionado a questões da adequação de equipamentos e estrutura física, concorda com a rescisão contratual, com isenção de multa ou obrigação, contudo, não poderá recusar-se ao ressarcimento pelos investimentos e custos da operacionalização do contrato desde sua assinatura.
				Coordenação da Urgência e Emergência da SES/MG	SIM	Constataram que essa unidade de saúde não se encontra com seus leitos abertos, de modo que continua sobrecarregando a atenção à saúde do município de Belo Horizonte. A SES/MG não tem repassado recursos de

						custeio para a UPA de Sabará, haja vista que ainda não foi entregue para a comunidade.
				Secretaria Municipal de Saúde de Sabará	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro	NÃO	
				Promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAÚDE	NÃO	
23	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	14.05.2013	XXXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania IPATINGA/MG	Apresentação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macro Leste (polo Ipatinga), instituída em 2012, aos novos gestores e prefeitos municipais; avaliação das estratégias operacionais para a (re) organização das ações e serviços de saúde, nos seus diferentes níveis de atenção, na Macrorregião Leste (polo Ipatinga); criação da Rede Estadual de Urgência e Emergência, SAMU Regional, UPA regional e Rede Cegonha pela SES/MG na Macro Leste; Ortopedia regional; discussão sobre os principais problemas	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Reconhece os destacados avanços, na lógica da reorganização assistencial regional do Vale do Aço, através dos trabalhos da Comissão de Mediação Sanitária, podendo afirmar que essas tarefas favorecem qualitativamente para que a região possa a ser uma das primeiras à implantação do COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde). Não faz sentido a alocação de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e SES/MG para criação de SAMU municipal.
				Promotor de Justiça de Defesa da Saúde de Ipatinga/MG	NÃO	
				DENASUS/MG	SIM	Considera fator fundamental para a desestruturação da saúde pública no Vale do Aço, a má gestão e a falta de seriedade nos gastos repassados pelos entes governamentais.
				Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG	SIM	Esses hospitais de pequeno porte deverão se adaptar à nova visão assistencial, na lógica do fortalecimento regional das ações e serviços de saúde. A SES/MG vem trabalhando com a lógica de somente abrir estruturas a partir de 150 leitos e que, também, já apresentam considerável grau de resolubilidade para o sistema. Considera importante que dentro da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, os profissionais de saúde, sob a coordenação da Regulação Assistencial da SES/MG, possam discutir, semanalmente ou

			coletivos de saúde da Macro, com ênfase para o fortalecimento do Hospital Municipal de Ipatinga, repasses de verbas aos prestadores pela produção assistencial contratada e agregação de novos serviços de saúde da média e alta complexidade			quinzenalmente, os casos clínicos, de modo a produzir uniformidade de atuação, com definição de protocolos assistenciais.
				Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga/MG	NÃO	
				Prefeito Municipal de Belo Oriente/MG	SIM	Com 36 leitos SUS, possui capacidade de expansão para 60 leitos SUS. Tem interesse na agregação de serviços e densidade tecnológica de seu prestador, de modo a ser referência, na vocação sanitária, dentro do Vale do Aço, de modo a desafogar os atendimentos prestados pelo Hospital Municipal de Ipatinga e Hospital Márcio Cunha.
				Superintendente Regional de Saúde da Macro Leste – polo Ipatinga	SIM	Informou valores destinado/previstos de investimento para a saúde
				Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano	NÃO	
				Coordenadora da Central de Regulação de Governador Valadares	NÃO	
				Coordenadora do Núcleo de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Governador Valadares	NÃO	
				Coordenadora do Núcleo de Gestão Micro da SRS de Governador Valadares	NÃO	
				Secretaria Executiva da SRS de Governador Valadares	NÃO	
				Núcleo de Regulação da SRS de Governador Valadares	NÃO	
				Assessor Administrativo do Hospital São Camilo	NÃO	
				Gerente Assistencial do Hospital São Camilo	NÃO	
				Diretora Administrativa do Hospital São Camilo	NÃO	

			Câmara Municipal de Ipatinga/MG	NÃO	
			Diretor Técnico do Hospital e Maternidade Vital Brazil	NÃO	
			Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brazil	NÃO	
			Secretário Municipal de Saúde do Município de Belo Oriente	NÃO	
			Diretor Clínico do Hospital e Maternidade Vital Brazil	NÃO	
			Coordenador do Centro Cirúrgico do Hospital e Maternidade Vital Brazil e Hospital São Camilo	NÃO	
			Núcleo de Assistência à Saúde da Superintendência Regional de Saúde (SRS)	SIM	Um dos graves problemas de acesso assistencial está na neurocirurgia, alta complexidade, uma vez que a referência (Hospital Márcio Cunha) está com número insuficiente desses profissionais.
			Núcleo de Assistência à Saúde – Referência Protocolo de Manchester da Superintendência Regional de Saúde (SRS)	NÃO	
			Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Joanésia/MG	NÃO	
			Secretário Municipal de Saúde de Timóteo/MG	NÃO	
			Departamento de Atenção Hospitalar à Urgência – DAHU - da Prefeitura Municipal de Ipatinga/MG	NÃO	
			Vice-prefeito municipal de Timóteo/MG	NÃO	
			Coordenador Estadual da	NÃO	

				Regulação Assistencial de Ipatinga		
				Setor de Regulação da Prefeitura de Ipatinga/MG	NÃO	
				Secretaria de Saúde de Caratinga/MG	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG	NÃO	
				COSEMS/MG Regional de Coronel Fabriciano	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares	NÃO	
				Agência Metropolitana do Vale do Aço	NÃO	
				Conselheiro Regional do CRM/MG	NÃO	
				Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga/MG	NÃO	
				Fundação São Francisco Xavier	NÃO	
				Diretor Executivo da Fundação São Francisco Xavier	SIM	Que durante a ocupação total destinado ao SUS o déficit era de onze milhões de reais. Deve haver um maior investimento /custeio para a região Macro Leste.
				Diretor do Hospital Márcio Cunha	NÃO	
				Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares	NÃO	
				Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga/MG	SIM	Não foram repassados investimentos financeiros exclusivos da SES/MG. Há déficit de leitos em clínica médica. Necessário se readequar para realização de melhor gestão.

24	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	16.05.2013	XXXVIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Conselheiro Lafaiete/MG	Discussão dos principais problemas coletivos de saúde no município de Conselheiro Lafaiete, com ressonância para a judicialização, notadamente em face de seus prestadores (hospitais), com foco na taxa de cobertura, identidade sanitária, cumprimento de metas, plantões presenciais, equilíbrio econômico financeiro dos contratos, adesão ao Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências e, ainda, discussão sobre o processo e suas etapas quanto ao hospital regional no município	Coordenador do CAO-SAUDE	SIM	Apresentação
				Promotora de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Conselheiro Lafaiete	SIM	Ressaltou a existência de 04 prestadores (hospitais) no território municipal, razão pela qual também concorda que a política concorrencial entre eles deverá ser afastada, com definição sanitária (identidade) para cada um deles.
				Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG	SIM	O foco da SES/MG é somente no resultado, ou seja, a melhor atenção à saúde ao usuário.
				Coordenador do PROHOSP da SES/MG	NÃO	
				Prefeito de Conselheiro Lafaiete	SIM	O município é constantemente judicializado para prestação de serviços da média e alta complexidade, o que compromete em muito o seu planejamento em saúde e a própria lei orçamentária municipal. Acredita ser da SES/MG e do Ministério da Saúde a responsabilidade financeira por esses serviços da média e alta complexidade.
				Procurador do Município de Conselheiro Lafaiete	NÃO	
				Prefeito de Queluzito	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Queluzito	NÃO	
				Coordenadora da Visa	NÃO	
				Prefeito de Cristiano Otoni	NÃO	
				FEDERASSANTAS	NÃO	
				Enfermeiro do Hospital Bom Jesus	NÃO	
				Presidente do Conselho Municipal de Saúde	NÃO	
			Hospital São Vicente de Paulo	NÃO		
			Hospital Queluz	NÃO		

				Presidente do Hospital São Camilo	NÃO	
				Superintendente Regional de Saúde – SRS-Barbacena	SIM	É preciso troca de experiência de cada município para realização de gestão efetiva.
				Secretaria Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete	SIM	Acredita que a abertura do hospital regional ensejará uma nova relação jurídica e assistencial por parte daquelas demais unidades de saúde, de modo que possam submeter-se às regras da contratualização, com nova identidade sanitária regional.
				Secretaria Municipal de Saúde de São Brás do Suaçui	NÃO	
				Representante do CRM/MG	NÃO	
				Administrador Hospital São Vicente de Paulo	NÃO	
				Representante do setor de epidemiologia da Superintendência de Saúde de Barbacena	NÃO	
25	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	20.05.2013	XXXIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Passos/MG	Discussão específica dos principais problemas coletivos de saúde no município de Passos; fortalecimento da referência; relação jurídica com seus prestadores (hospitais): regras de contratualização; contrato de metas; taxa de cobertura; plantões médicos presenciais; cobertura assistencial; garantia de acesso e	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotor de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Passos	SIM	Concorda que a questão do cumprimento da carga horária pelos profissionais médicos deve ser tratada (discutida) emergencialmente, pois, impacta diretamente o acesso da população aos serviços de saúde. Constatou a existência de profissional de saúde, com remuneração fixada para uma carga horária de 08 horas diariamente, contudo, na prática, por falta de fiscalização do próprio Gestor SUS, essa carga horária não é observada.
				Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG	SIM	É preciso instituir, também, o processo da classificação de risco na atenção primária, de modo que essas unidades de saúde possam fazer o atendimento dos casos agudos, não caracterizados como de urgência e emergência.

			equilíbrio econômico financeiro.	Comitê Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG	SIM	Acredita ser processo equivocado a criação de UPAs em municípios com menos de 200 mil habitantes.
				Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS	NÃO	
				Prefeito de Passos	SIM	Há falta de importantes recursos financeiros para fortalecimento das ações e serviços de saúde, podendo destacar o fato da ausência considerável da União, através do Ministério da Saúde. Os governos federal e estadual, no tocante às ações e serviços de saúde, apenas têm disponibilizados recursos de investimentos, deixando de fazê-lo no mais crítico, ou seja, recursos de custeio de programas que eles próprios tem criado. O ente governamental mais importante para essa mediação sanitária deixou de comparecer, no caso o Ministério da Saúde.
				Prefeita de Fortaleza de Minas	NÃO	
				Prefeito de Piumhi	NÃO	
				Prefeito municipal de Ibiraci	NÃO	
				CRM/MG	NÃO	
				Observadora da Ação Institucional de Mediação Sanitária - EUA-Rotary	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Passos	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Monte Santo de Minas	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Alpinópolis	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Guapé	SIM	Há necessidade de que todos esses contratos, para financiamento do prestador Santa Casa de Passos, possam ser unificados, com mais transparência e regras para seu cumprimento, com definição dos valores de participação de cada um dos municípios, SES/MG e

					Ministério da Saúde.
			Secretaria municipal de saúde de São José da Barra	SIM	O acesso de sua população àqueles serviços prestados pela Santa Casa de Passos se agrava quando se trata dos procedimentos eletivos.
			Secretaria municipal de saúde de Claraval	NÃO	
			Secretaria municipal de saúde de Delfinópolis	SIM	O atendimento prestado pela Santa Casa de Passos aos seus usuários é precário, não obstante os recursos originados da PPI assistencial, bem como os que têm repassado, por força da celebração do TAC com o Ministério Público.
			Secretaria municipal de saúde de Ibiraci	NÃO	
			Secretaria municipal de saúde de São João Batista do Glória	NÃO	
			Superintendente Regional de Saúde da SRS de Passos/MG	SIM	Há necessidade de uma discussão urgente quanto ao papel do profissional de saúde dentro dos estabelecimentos (prestadores) filantrópicos, conveniados ao SUS, assim como no setor público, devendo ser abordados aspectos essenciais, como exemplos, cumprimento de carga horária, plantão presencial e plano de carreira.
			Controlador da prefeitura municipal de Cássia	NÃO	
			Agente administrativo da secretaria municipal de saúde de Cássia	NÃO	
			Auxiliar administrativa do hospital São Vicente de Paulo de Cássia	NÃO	
			Assessor jurídico da prefeitura de São José da Barra	NÃO	
			Oficial da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Passos	NÃO	

				Superintendente da Santa Casa de Passos	NÃO	
				Gerente do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Assessor jurídico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Assessor jurídico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Diretor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Assessor jurídico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Diretor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Supervisor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos	NÃO	
				Administrador do Hospital Irmandade Santa Casa do município de Alpinópolis	NÃO	
				Delegado Regional do CRM/MG	NÃO	
26	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	22.05.2013	XL Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania	Discussão específica dos principais problemas coletivos de saúde no município de Araxá, notadamente em	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotora de Justiça, Coordenadora Regional das Promotorias de Justiça de	SIM	O que realmente falta é a operacionalização da política, com observância das metas e diretrizes já existentes. O problema do subfinanciamento da saúde não é

		Araxá/MG	face do prestador Santa Casa de Misericórdia, entidade privada sem fins lucrativos, sob gestão dupla, do prestador Casa do Caminho e do PAM Municipal, visando averiguar cumprimento de metas, fortalecimento da referência, taxa de cobertura, plantões médicos presenciais, garantia de acesso e equilíbrio econômico financeiro, dentre outros. Na parte da tarde, o objeto da reunião foi para se discutir os principais problemas coletivos de saúde em face da microrregião sanitária de Araxá;	Defesa da Saúde da Macro Triângulo do Sul		empecilho para a melhor organização dos serviços.
				Promotora de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de Araxá	SIM	Há entre os próprios servidores públicos (efetivos e contratados) diferenças salariais com quebra do princípio constitucional da isonomia. Há considerável insatisfação desses servidores, com reflexos imediatos para a execução das ações e serviços de saúde.
				Promotor de justiça, com atuação na Defesa da Ordem Econômica e Tributária	NÃO	
				Promotora de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ibiá/MG	SIM	São muitos os problemas de saúde em Ibiá, podendo ressaltar a falta de medicamentos, exames básicos e acesso do usuário ao SUSFácil. São absolutamente insuficientes as quotas de procedimentos (consultas, exames, cirurgias) destinadas para a população de Ibiá.
				Apoiadora Institucional das Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde no Estado de Minas Gerais	SIM	Não é possível a implantação das redes de atenção, sem que primeiramente seja fortalecida a atenção básica. É preciso melhorar a qualidade/quantidade da atenção básica de Araxá, bem como as relações profissionais entre o poder público e os médicos.
				Prefeito municipal do município de Araxá/MG	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Uberaba	NÃO	
				FEDERASSANTAS	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Araxá	NÃO	
				DENASUS/MG	SIM	O Ministério da Saúde não mais reconhece os postos de saúde como pontos de atenção básica, salvo se atuantes como equipes parametrizadas. É preciso estabelecer a identidade sanitária dos principais prestadores (Santa Casa de Araxá e Casa do Caminho) de modo que seja evitada a concorrência entre eles.
				Vigilância Sanitária de Campos Altos	NÃO	
				Setor de regulação da secretaria municipal de	NÃO	

			Microrregional	saúde de Campos Altos		
				Secretaria municipal de saúde e Conselheira Municipal de Saúde de Araxá	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Araxá	NÃO	
				Sociedade de Medicina e Cirurgia de Araxá	SIM	A saúde pública em Araxá foi diretamente afetada pelas brigas entre o poder público (prefeitura municipal) e os profissionais médicos. É preciso a melhoria das condições de trabalho, bem como a valorização financeira dos profissionais médicos do SUS.
				Conselheiro municipal de saúde de Araxá	NÃO	
				Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Araxá	SIM	Reconhece a má gestão da unidade de saúde, devendo ser a administração profissional. Há muita dificuldade da implementação da educação permanente para os profissionais de saúde (médicos), sobretudo pela falta de interesse deles.
				Assessora jurídica da Santa Casa de Misericórdia de Araxá	NÃO	
				Representante do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho de Araxá	NÃO	
				Superintendente do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho de Araxá	NÃO	
				Diretora Assistencial da Santa Casa de Araxá	NÃO	
				Gestor do município de Pedrinópolis	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Ibiá/MG	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Santa Juliana	NÃO	
				Oficial da promotoria de justiça de defesa da saúde de	NÃO	

				Araxá		
				Diretora administrativa do Hospital Dom Bosco de Araxá	NÃO	
				OAB/MG	NÃO	
				APS Araxá	NÃO	
27	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	25.07.2013	XLV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania João Monlevade/MG	Discussão dos principais problemas coletivos de saúde da Microrregião Sanitária, com foco na garantia do acesso da população, nos diversos níveis de atenção, tais como: Desdobramentos dos debates da IX Reunião de Mediação Sanitária; Insuficiência da cobertura de atendimento das equipes do PSF nos municípios; Garantia de acesso aos serviços referenciados; Fortalecimento dos plantões médicos presenciais (retaguarda); Urgência e Emergência; Discussão das demandas reprimidas de consultas especializadas; Criação	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Assessoria de comunicação da Câmara Municipal de João Monlevade	NÃO	
				Chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS/MG	SIM	É preciso discutir, com urgência, mediante estudos técnicos, a dupla porta dos serviços de urgência e emergência ambulatorial existente no município de João Monlevade.
				CRM/MG	SIM	O CRM/MG tem desenvolvido um projeto de visitas técnicas em cada uma das unidades de saúde, de modo a providenciar posterior diagnóstico, com apontamento das inconsistências, bem como sugestões para melhorias.
				Delegacia Regional do CRM/MG em João Monlevade	SIM	Sob sua coordenação, o CRM/MG em João Monlevade já havia feito um amplo estudo (diagnóstico) dos principais problemas coletivos de saúde, discutidos nesta reunião, de forma que coloca esses estudos à disposição da eventual Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária.
				Diretoria da Gerência Regional de Saúde da	SIM	O CISMED (consórcio municipal) tem atuado muito bem na região, sobretudo para o apoio municipal aos

			da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de João Monlevade; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Rede de Atenção à Saúde (RAS).	SES/MG em Itabira/MG		procedimentos de diagnóstico. Solicita a realização de outras reuniões de Mediação Sanitária em face das demais Regiões de Saúde, afetas à sua Gerência Regional de Saúde.
				Diretoria de Política e Gestão Hospitalar da SES/MG	SIM	Considera vital a realização do planejamento da saúde, local e regional, de modo ascendente, com resultados inclusive para o melhor processo decisório para o PROHOSP. A SES/MG se coloca à disposição para participação dos trabalhos que poderão ser realizados no formato da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária.
				Hospital Margarida de João Monlevade	SIM	Ressaltada a importância da Mediação Sanitária no contexto contemporâneo dos desafios da saúde pública no Brasil. Defende discussão aberta de eventual co-financiamento dos demais municípios da Região na garantia assistencial do Hospital Margarida, não sendo suficientes os recursos da PPI assistencial, cujo financiamento é feito pelo Ministério da Saúde, através do teto MAC.
				Hospital São José de Nova Era	SIM	Defende que é preciso mensurar os necessários custos pelos planos de saúde para o financiamento solidário das portas da urgência e emergência ambulatorial, o que não vem sendo feito na prática, razão pela qual esses investimentos têm sido suportados pelo poder público.
				Prefeitura municipal de Bela Vista de Minas	SIM	Ressaltou a oportunidade da Mediação Sanitária na região, sobretudo porque conseguiu agregar cada um dos prefeitos municipais e secretários municipais de saúde, para resolução dos problemas de saúde na região.
				Prefeitura municipal de João Monlevade	SIM	Sugere a criação de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para levantamento dos problemas regionais, com sugestões de reorganização das ações e serviços de saúde, a partir das necessidades da população
				Prefeitura municipal de Nova Era	NÃO	
				Prefeitura municipal de Rio Piracicaba	SIM	Concorda com o coordenador do CAO-SAÚDE, no sentido de que é preciso identificar um novo papel para cada um

					deles, de modo que também sejam estratégicos dentro do sistema de saúde. Discorda com a política de fechamento dos HPP, haja vista que essa medida nem sempre é bem compreendida pela população.
			Prefeitura municipal de São Domingos do Prata	SIM	Concorda com a regionalização da saúde.
			Presidência da Associação Médica de João Monlevade	SIM	Alega que a classe médica não foi convidada a participar da discussão da proposta de financiamento dos plantões e sobreaviso médico pelo Hospital Margarida, de forma que apenas tomou conhecimento da proposta praticamente nesta reunião.
			Presidência da Câmara Municipal de João Monlevade	SIM	Muitos dos problemas de saúde nos municípios têm origem na formulação da política de saúde no Ministério, de forma que considera fundamental o papel a ser executado por essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária.
			FEDERASSANTAS	SIM	Defende o fortalecimento da retaguarda hospitalar, com celebração de contratos transparentes, com metas físicas, bem como adequado financiamento dos serviços. As unidades de saúde filantrópicas e sem fins lucrativos filiadas à FEDERASSANTAS têm buscado a realização de uma gestão profissionalizada. Defende que é possível a criação de um grupo técnico para discussão do papel da saúde suplementar dentro do Hospital Margarida.
			Procuradoria do município de São Domingos do Prata	NÃO	
			Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade	SIM	Defendeu investimento real na atenção básica pelos municípios, conforme diagnósticos, indicadores e doutrina sanitária que apontam que esse modelo de atenção é o que mais apresenta resultados (promoção e prevenção) na assistência à saúde.
			Secretaria municipal de saúde de Nova Era	NÃO	Defendeu discussão de estratégias institucionais que possam despertar o interesse do profissional de saúde, como, exemplo, da categoria médica para trabalhar no SUS.

				Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMEP	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de João Monlevade	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Rio Piracicaba	SIM	Os convênios somente pagam a produção médica e não pagam os plantões dos profissionais médicos, os quais são custeados somente pelo SUS. Entende que os convênios deveriam ser responsabilizados também pelos pagamentos dos plantões médicos já que os pacientes dos convênios são atendidos por médicos plantonistas.
				Secretaria municipal de saúde de São Domingos do Prata	NÃO	
28	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	01.08.2013	XLVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Matozinhos Desdobramento da XXX Reunião	Discussão específica do prestador filantrópico Hospital Wanda Andrade Drumond, mantido pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Auditor Chefe do DENASUS/MG	SIM	Todas as suas visitas anteriores junto ao município e comissão interventora, conforme convites feitos, foram no sentido de apoiar e subsidiar a melhor reorganização dos serviços hospitalares e melhoria da relação jurídica entre município e prestador, não agindo, nestas ocasiões, como auditor, razão pela qual não foi feita relatório de auditoria assistencial.
				Comissão Interventora	SIM	Defendeu que a imprensa local fez matéria altamente prejudicial ao bom andamento dos serviços, ao divulgar que a criação de um CNPJ específico para a comissão interventora seria para a entidade “dar calote” nos fornecedores e créditos trabalhistas.
				Juíza de Direito da comarca de Matozinhos	SIM	Não é possível aceitar proposta assistencial nas quatro clínicas do prestador, se na prática os recursos financeiros disponibilizados são insuficientes para essa garantia real, o que provoca ineficiência nos serviços

				Prefeitura municipal de Matozinhos	SIM	Concorda com o Coordenador do CAO-SAÚDE ao reafirmar o papel do município de governança, supervisor e de fiscalizador de seus prestadores e que foi o município o responsável pela governança do prestador local quando da sua intervenção judicial pelo Ministério Público.
				Presidência da Câmara Municipal de Matozinhos	SIM	Concorda em levar à discussão da Câmara Municipal proposta de o legislativo poder ajudar financeiramente o custeio mensal do prestador, ainda que em caráter emergencial.
				FEDERASSANTAS	SIM	Concorda com a elaboração de um Plano Operativo operacional para melhor definição dos papéis assistenciais do PAM e prestador hospitalar, mas não concorda com a redução da subvenção municipal no caso de eventual referenciamento dos serviços da clínica obstétrica, em caráter provisório, para outro município no território.
				Presidência do Conselho de Segurança Pública Municipal – CONSEP e Romero Carvalho Júnior	NÃO	
				Presidência do Conselho Municipal de Saúde de Matozinhos	SIM	Concorda com a estratégia de se buscar o valor restante para complementação da provisão de despesas (planilha) feita pelo prestador junto à sociedade e demais municípios no entorno.
				Procurador-geral do município	NÃO	
				Promotoria de Justiça da comarca de Matozinhos	SIM	Defende que é preciso levantar, de forma objetiva, quais têm sido os empecilhos (técnicos, financeiros e políticos) para o adequado funcionamento do Hospital Wanda Andrade Drumond, conveniado ao SUS, filantrópico, sem fins lucrativos – e que encontra-se sob intervenção judicial em ação movida pelo Ministério Público – e que concorda com a solução drástica de liquidação da entidade caso não sejam superados os obstáculos entres para seu adequado funcionamento.
				Secretaria de Defesa Social	NÃO	

				Secretaria municipal de saúde de Matozinhos	SIM	Tem agido, infelizmente, na improvisação, sem rumo e sem planejamento estratégico.
				Vereador municipal de Matozinhos	NÃO	
				Vice-prefeito do município de Matozinhos	NÃO	
29	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	18.09.2013	L Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Montes Claros/MG	Discussão sobre os principais problemas coletivos de saúde em face da Microrregião Sanitária de Montes Claros. Reorganização das ações e serviços regionais de saúde. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Fortalecimento dos plantões médicos presenciais (retaguarda). Urgência e Emergência. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Rede de Atenção à Saúde (RAS). Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional	Coordenador do CAO-SAÚDE	Sim	Na presente Ata, não houve transcrição individual dos conteúdos das manifestações, de forma que, ao final, “considerando o fato da duração da reunião, iniciado às 13 horas e encerrado às 21 horas, de forma ininterrupta, sem obtenção de consenso com o município de Montes Claros, no que se refere, dentre outros, aos processos de contratualização com seus prestadores hospitalares conveniados ao SUS; fato da retenção de recursos financeiros de programas, incentivos e da própria contratualização (produção MAC), com reflexos para os municípios e população da Região Norte e Plano Operacional de Assistência, foram discutidos e aprovados pelos presentes, por maioria, os pontos” nela previstos.
				Assessor Jurídico da SES/MG	-	
				Associação Mineira dos Municípios (AMM)	-	
				Auditor chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS/MG	-	
				Conselho Municipal de Saúde	-	
				CRM/MG	-	
				Consórcio Regional de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas - CISRUN	-	
				Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa do Patrimônio Público e da Ordem Econômica e Tributária	-	
				COSEMS/MG Regional em Montes Claros	-	
				Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG	-	
				Hospital Aroldo Tourinho	-	
				Hospital São Lucas	-	
				Hospital Universitário Clemente de Faria	-	
				Núcleo Regional de Atenção à Saúde da Superintendência	-	

				Regional de Saúde de Montes Claros		
				Prefeitura Municipal de Montes Claros	-	
				FEDERASSANTAS	-	
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Montes Claros	-	
				Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros	-	
				Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros	-	
				Secretaria Municipal do Município de Pintópolis/MG	-	
				Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros	-	
				Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES	-	
30	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	07.10.2013	LI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Contagem/MG	Discussão dos principais problemas coletivos de saúde na Microrregião Sanitária de Contagem. Redes de Atenção à Saúde (RAS). Fortalecimento regional. Diagnóstico Hospitalar (PROHOSP). COAP Temático. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Atenção Obstétrica e Neonatal. Instituição de Comissão	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Assessora jurídica da Secretária Municipal de Saúde de Ibité	NÃO	
				Associação Mineira dos Municípios (AMM)	NÃO	
				FEDERASSANTAS	SIM	O município de Ibité, de fato, foi contemplado por recursos financeiros, de origem federal, em face da supracitada Deliberação, devendo sua Gestora SUS diligenciar no sentido de verificar as razões pelas quais esses recursos, liberados pelo Fundo Nacional de Saúde, ainda não foram repassados para o Fundo Municipal de Saúde de Ibité, haja vista a qualificação de seus 46 leitos, incluídos os de UTI.

			de Trabalho de Mediação Sanitária	Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG	SIM	Atualmente o Hospital Municipal de Contagem deixou de cumprir 02 (dois) dos 05 (cinco) indicadores preconizados pelo programa, de forma que o não cumprimento de indicadores tem reflexo imediato no repasse dos recursos financeiros. Além disso, não foram cumpridas adequadamente as Taxas de Mortalidade e Taxa de Referência, razão pela qual perdeu cerca de 25% dos recursos do PROHOSP.
				Fundação Municipal de Saúde de Contagem	NÃO	
				Hospital Municipal de Contagem	NÃO	
				Instituto Mário Penna	NÃO	
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte	SIM	Considera que não faz sentido o remanejamento (bloco) de todos os procedimentos da média complexidade para um município referência, quando deveria ser apenas de parte dos procedimentos, reservando-se os demais para atuação executiva do próprio município. No caso específico dos problemas com judicialização no município de Ibitaré, sugere melhor qualificação do setor jurídico e realização de uma reunião de Mediação Sanitária, com participação (convite) do Poder Judiciário.
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Contagem	SIM	Tem evitado, sempre que possível, recorrer à judicialização, mediante orientação dos usuários ou seus encaminhamentos para a própria Secretaria Municipal de Saúde ou Defensoria Pública Estadual. Sempre que possível, por ocasião da judicialização, tem colocado no polo passivo o ente governamental com responsabilidade administrativa para o caso concreto, como, exemplo, a SES/MG no caso da assistência farmacêutica pelo medicamento Lucentis. Sugere a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG) no tocante à Região de Saúde de Contagem, alcançando, pela geografia, outros importantes municípios, como, exemplo, Esmeralda.
				Secretaria Adjunta de Saúde	SIM	Aduz que o município de Ibitaré tem sido

				do município de Ibitaré		responsabilizado, por decisão judicial, a prestar serviços de saúde, ainda que de alto custo e alta complexidade, o que tem comprometido significativamente seu reduzido orçamento.
				Secretaria Municipal de Saúde de Contagem	SIM	Defendeu que as decisões judiciais, por um lado, são necessárias para garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mas, por outro, podem desorganizar o sistema público. Concorde prontamente com o coordenador do CAO-SAÚDE no sentido de que esses serviços especializados da atenção obstétrica e neonatal devem ser feitos na lógica da regionalização, de modo a impedir risco sanitário à saúde das gestantes por prestadores em municípios que não observam, dentre outros, a RDC ANVISA nº 36, de 2008.
				Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais	SIM	Considera importante a existência do projeto do município de Contagem no sentido da atenção da saúde prisional, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em substituição ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, este último instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003.

31	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	08.10.2013	LII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Betim/MG	Discussão dos principais problemas coletivos de saúde na Microrregião Sanitária de Betim. Reorganização das ações e serviços regionais de saúde. Fortalecimento regional. Diagnóstico Hospitalar (PROHOSP). COAP	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Associação Mineira de Municípios – AMM	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Betim	NÃO	
				Coordenação da rede de urgência e emergência de Betim	NÃO	
				Coordenação do CISMED	NÃO	
				Diretoria da gestão estratégica e participativa do	NÃO	

			Temático. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Urgência e Emergência. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Rede de Atenção à Saúde (RAS). Hospital Regional de Betim. Modelo de gestão hospitalar. Desdobramento da estratégia da Saúde Prisional. Atenção Obstétrica e Neonatal. Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macrorregional	município de Betim		
				Diretoria de atenção à saúde do município de Betim	NÃO	
				Diretoria de atenção especializada do município de Juatuba	NÃO	
				Diretoria de planejamento e gestão de Juatuba	NÃO	
				Diretoria de vigilância em saúde de Juatuba	NÃO	
				FEDERASSANTAS	SIM	Considera fundamental a discussão sobre o novo modelo de gestão do Hospital Regional de Betim, de forma que muitos desses problemas coletivos de saúde somente podem ser resolvidos pelo olhar compartilhado dos diversos atores sociais.
				Hospital Regional de Betim	SIM	Esclareceu que a criação do CISMED – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba se deu no ano de 1996, com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços da média complexidade, contudo, a prestação de serviços somente teve início efetivamente em 2005.
				Prefeitura municipal de Betim/MG	SIM	Considerou-se surpreso com a informação trazida pelo Coordenador do CAO-SAÚDE de que seu Hospital, conforme registro no CNES, não é, sob o aspecto legal, considerado regional e concordou prontamente com o Ministério Público no sentido de que todas as providências no âmbito político, técnico e financeiro deverão ser adotadas para que, de direito, possa ser considerado Hospital Regional de Betim.
				Presidência do COSEMS/MG Regional e Secretário municipal de saúde de Igarapé	NÃO	
				Procuradoria do município de Betim	NÃO	
				Procuradoria do município de Esmeraldas	NÃO	

			Procuradoria Geral do Município de Betim	NÃO	
			Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte	SIM	Aduziu que o fato da inexistência de lei de responsabilidade sanitária não desobriga os atuais gestores, nos diversos níveis, de assunção dessa obrigação em face de sua população adstrita, de forma que considera importante a investigação pelo Ministério Público no tocante aos recursos financeiros, repassados pelo Ministério da Saúde, por força da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011, aos diversos prestadores e municípios da Macro Centro, haja vista que alguns deles informaram seu não recebimento.
			Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Betim	SIM	Considera importante o município de Betim pensar em um novo modelo (regime jurídico) de seus servidores com repercussão para os novos concursos públicos, haja vista sua reclamação geral de que o atual é bastante flexível quanto a alguns pontos de interesse público. Em reunião em seu gabinete, foi deliberada a realização de uma Ação Institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAO-SAÚDE, para discussão coletiva desses graves problemas, em especial quanto à nova proposta de gerenciamento do Hospital Regional de Betim e da possibilidade de contratação temporária de Técnicos em Enfermagem e de Enfermeiros, dadas as especificidades epidemiológicas e Lei de Responsabilidade Fiscal, não obstante a vigência de concurso público.
			Secretaria municipal de saúde de Betim	SIM	Informou que há uma comissão de estudos de natureza municipal encarregada de apresentar sugestões para novo modelo de gestão hospitalar, haja vista que é praticamente impossível a sobrevivência financeira e assistencial do Hospital Regional de Betim vinculado diretamente à administração direta do município.
			Secretaria Municipal de saúde de Brumadinho	NÃO	
			Secretaria municipal de saúde de Esmeraldas	NÃO	

				Secretaria municipal de saúde de Florestal	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Juatuba	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de São Joaquim de Bicas	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde Mário Campos	NÃO	
				Secretaria Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMEP	NÃO	
				Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais	NÃO	
				Superintendência da segurança pública de Betim	NÃO	
				Vigilância em saúde do município de Juatuba	NÃO	
				Vigilância Sanitária de Betim	NÃO	
32	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	09.10.2013	LIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Timóteo/Coronel Fabriciano	Discussão sobre a fusão da dupla porta da urgência e emergência ambulatorial. Financiamento dos plantões médicos presenciais do Hospital Vital Brasil. Discussão sobre projeto de orçamentação global para o Hospital Vital Brasil. UPA regional.	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				COSEMS/MG	SIM	Registrou que essa Microrregião possui determinadas especificidades, com características próprias e muitas dificuldades. Também concordou com o projeto de reestruturação assistencial apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos.
				Diretoria da Agência Metropolitana do Vale do Aço	SIM	Informou sobre a estratégia legal de um fundo financiador de projetos pela Agência Metropolitana do Vale do Aço, onde se pactua a responsabilidade estadual no mínimo em 50% do valor do projeto.
				Diretoria Geral das Organizações São Camilo no	SIM	Informou que a situação financeira do Hospital e Maternidade Vital Brazil é muito preocupante, não

			Garantia de acesso aos serviços de saúde hospitalares pela população loco-regional. Indicadores de saúde do Hospital Vital Brasil (Timóteo) e Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano). Definição papel assistencial do Hospital Vital Brasil e Hospital São Camilo na Rede Estadual de Urgência e Emergência. Qualificação da atenção primária na microrregião (Timóteo, Coronel Fabriciano, Antônio Dias, Córrego Novo, Dionísio, Jaguarapu, Marliéria, Pingo D'Água). Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional	Brasil		sendo razoável a manutenção de seu déficit mensal próximo de R\$ 500.000,00, consistindo em um problema emergencial para ser resolvido, ou seja, o financiamento adequado do Hospital Vital Brasil, uma vez que “não poderá passar o mês de outubro com essa grave pendência”, não sendo razoável a subvenção municipal de apenas R\$ 42.000,00 mensalmente. No ano de 2012 o município de Timóteo deixou de repassar os créditos devido ao Hospital e Maternidade Vital Brasil no valor de R\$ 700.000,00.
				Gabinete do Deputado Estadual Celinho Sinttrocel	NÃO	
				Hospital e Maternidade Vital Brasil	SIM	Defendeu-se que o Hospital Vital Brasil permanece na situação de insustentabilidade financeira, haja vista o déficit operacional mensal de aproximadamente R\$ 500.000,00. Daí a necessidade de um fortalecimento horizontal da estrutura, mediante gestão por equipes, simultânea, em face dos dois grandes prestadores. Nessa linha estratégica, preconizou adequado o transporte sanitário inter-hospitalar, com equipes de profissionais na linha horizontal de cirurgiões, ortopedistas, anestesistas, cardiologistas, neurocirurgiões, cirurgiões pediatras, cirurgia vascular, neurologistas, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, obstetras, urologistas, pediatras e clínicos.
				Hospital Monsenhor Horta de Mariana/MG	NÃO	
				Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano	SIM	Concorda prontamente com o projeto de reestruturação dos fluxos assistenciais, apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, em face das duas unidades hospitalares, haja vista a geografia metropolitana dos municípios.
				Hospital São Camilo de Itabirito/MG	NÃO	
				Prefeitura municipal de Timóteo	SIM	Propôs a assunção, pelo Hospital e Maternidade Vital Brasil, da gerência e prestação de serviços do Centro de Saúde João Otávio, com o consequente repasse financeiro, para aquele prestador hospitalar, a título de

					aumento do teto MAC, aprovado pela CIR, no valor de R\$ 300.000,00. O município possui interesse no fortalecimento da assistência hospitalar, assim como da saúde pública em seu território.
			FEDERASSANTAS	SIM	Concorda que, hoje, as discussões devem ser focadas na questão da fusão das duas portas de urgência e emergência e no financiamento adequado do Hospital e Maternidade Vital Brazil. Considera excelente o projeto de reestruturação da assistência apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos.
			Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo	SIM	Aduziu que a atenção básica em face dos municípios da Micro também precisa ser melhorada, de modo a evitar que a porta hospitalar possa ser a primeira opção da população local, de forma que é preciso haver uma solução doméstica para os variados problemas de saúde, devendo os gestores se alinharem através de uma agenda positiva (diálogada).
			Secretaria municipal de saúde de Timóteo	SIM	Informou que o município de Timóteo assumiu, no início do ano, por ocasião da nova administração, um passivo próximo de R\$ 34.000.000,00, razão pela qual foi obrigado a fazer contingenciamento dessas despesas, com alguns cortes em programas, de modo a não chegar a inadimplência total.
			Secretaria Regional de Saúde de Coronel Fabriciano	SIM	Concorda com o projeto apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, mas que não deveria haver contraprestação financeira dos municípios, uma vez que estes já estão no limite desses financiamentos, com média de 23% de aplicação nas ações e serviços de saúde. Seria preciso instituir, com urgência, uma nova cultura social, de modo que os prestadores (hospitais) deixem de fazer atendimento das urgências e emergências (azuis e verdes), redirecionando esses pacientes para as portas da atenção básica, além de ser preciso educar a população, ir para a imprensa, instar o Conselho Municipal de Saúde nessa nova visão assistencial.
			Superintendência Regional	SIM	Defende que não faz sentido a manutenção de dupla

33	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
				de Saúde de Coronel Fabriciano		porta de urgência e emergência, ambulatorial, haja vista que os recursos são finitos e os profissionais de saúde escassos.
	06.11.2013	LIV Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Micro Monte Carmelo e Patrocínio/MG	Discussão dos seguintes assuntos: 1) garantia de acesso aos serviços de saúde hospitalares pela população loco-regional; 2) indicadores de saúde dos prestadores hospitalares conveniados ao SUS; 3) discussão dos vazios assistenciais na região; 4) rede da atenção primária; 5) rede da atenção psicossocial; 6) rede da atenção de urgência e emergência; 7) política nacional de hospitais de pequeno porte; 8) instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional.	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				APAE	NÃO	
				Associação dos deficientes físicos de Monte Carmelo	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Monte Carmelo	NÃO	
				Coordenação da Atenção Primária de Saúde de Grupiara	NÃO	
				Coordenação da Atenção Primária de Saúde de Iraí de Minas	NÃO	
				Coordenação da Atenção Primária de Saúde de Monte Carmelo	NÃO	
				Coordenação da Atenção Primária de Saúde de Tupaciguara	NÃO	
				Coordenação da Central de Regulação Assistencial da SES/MG da Macro Triângulo do Norte	SIM	Ressaltou sua preocupação com o fato de que há hospitais na região com taxa de ocupação de 20%, quando o preconizado (contratado) deveria ser de 85% mínimos e que a maioria desses hospitais funciona apenas dois a três dias por semana, permanecendo absolutamente fechados para o SUS nos demais dias da semana.
				Coordenação da vigilância em saúde	NÃO	
				Coordenação da Visa SRS de Uberlândia	NÃO	
				Coordenação da ESF -	NÃO	

			Estratégia de Saúde da Família		
			CRM/MG	SIM	Considerou absolutamente perversa a relação remuneratória dos profissionais médicos de saúde, onde se remunera igualmente os recém-formados com os mais antigos (experientes), sendo preciso a implantação de carreira profissional pelo Sistema, de forma que a falta dessa segurança jurídica (carreira) impõe a prestação de serviços de acordo com os humores políticos.
			DMAE – Departamento Municipal de Água e Esgoto	NÃO	
			FUNDASUS	SIM	Informou que a FUNDASUS faz a gerência do Hospital Regional de Uberlândia, em substituição à caótica precedente administração feita pela Organização Social (OS), contribuindo fortemente pela quebra da cultura de preconceito (recíproco) entre os municípios da Macro Triângulo do Norte.
			Gerência do Programa Saúde da Família de Tupaciguara	NÃO	
			Hospital Santa Terezinha de Monte Carmelo	NÃO	
			Lar dos Idosos de Monte Carmelo	NÃO	
			Núcleo de epidemiologia da SRS Uberlândia	NÃO	
			Núcleo Regional de Atenção à Saúde da SRS de Uberlândia	NÃO	
			Prefeitura municipal de Monte Carmelo	SIM	Informou que atualmente o município de Monte Carmelo tem aplicado mais de 22% de seu orçamento nos serviços de saúde pública, porém tem percebido que mesmo assim os serviços não se mostram resolutivos, uma vez que a demanda é sempre crescente.
			Presidência da FUNDASUS	NÃO	
			Procurador Geral de Monte Carmelo	SIM	Ponderou que o município de Monte Carmelo não possui responsabilidade nas ações e serviços de média e alta complexidade, não possuindo orçamento e

					financeiro para arcar com esses altos custos não previstos no seu Plano de Saúde, colocando-o em rota de colisão com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A própria Lei Orgânica da Saúde, no seu artigo 36, previu a vedação de o gestor gastar recursos financeiros da saúde em ações não previstas no Plano de Saúde, salvo nas situações de calamidade ou de reconhecida emergência. Informou que o município de Monte Carmelo não tem sido ressarcido pelos demais entes governamentais (SES/MG e Ministério da Saúde) no tocante às ações judiciais que lhe são movidas, cujo objeto material (competência) lhes são afetas, por força dos artigos 17 e seguintes da Lei federal nº 8.080/90.
			Promotoria de Justiça da comarca de Monte Carmelo	SIM	Informou que a política de saúde pública do município não está adequadamente organizada, daí que tem havido grande ressonância de pessoas usuárias que procuram pela atuação do Ministério Público.
			Pronto Socorro de Monte Carmelo	NÃO	
			Santa Casa de Abadia dos Dourados	NÃO	
			Secretária de Saúde de Grupiara	NÃO	
			Secretaria municipal de saúde de Abadia dos Dourados	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Douradoquara	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Iraí de Minas	NÃO	
			Secretária Municipal de Saúde de Monte Carmelo	SIM	Informou que há grande demanda judicial em desfavor do município de Monte Carmelo por procedimentos de alta complexidade, inclusive de órteses, próteses e oncologia, com imediata implicação nos finitos recursos financeiros da saúde pública rubricados no Plano de Saúde. Assim, toda vez que o município é obrigado, por força de decisão judicial, a arcar com custos de

						procedimentos de alto custo que não lhe são devidos, toda a saúde pública do município é quem perde, uma vez que irá comprometer o próprio Plano Municipal de Saúde.
				Secretaria Municipal de Saúde de Nova Ponte	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Prata	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Romaria	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde Uberlândia	NÃO	
				Secretário Municipal de Saúde de Coramandel	NÃO	
				Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia	SIM	Aduziu que o município de Uberlândia é a referência para os serviços de alta complexidade regional, sendo o momento atual na região estável e positivo. Concordou com a elaboração de Diagnóstico Assistencial nos moldes sugeridos pelo Coordenador do CAO-SAÚDE, através da instituição de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária.
				Superintendência da Santa Casa de Coromandel	NÃO	
				Superintendência de gestão da secretaria municipal de saúde	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia	SIM	Informou que o total de recursos financeiros (PROHOSP) repassados pela SES/MG para esse prestador hospitalar é de R\$ 943.595,30 ano e que o total recebido em 2013 foi de R\$ 771.645,89, tendo em vista o não cumprimento de algumas metas exigidas.
34	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	12.11.2013	LV Reunião de Mediação Sanitária -	Discussão dos seguintes assuntos: 1) Garantia de acesso aos serviços de	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de Justiça do CAO-SAÚDE	SIM	O município polo da Região Macro deve se responsabilizar pelos serviços de alta complexidade;

	Direito, Saúde e Cidadania Micro Águas Formosas/MG	saúde hospitalares pela população local e regional; 2) Indicadores de saúde dos prestadores (hospitais); 3) Discussão dos vazios assistenciais; 4) Rede da Atenção Primária; 5) Rede da Atenção Psicossocial; 6) Rede da Atenção de Urgência e Emergência; 7) Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; 8) estratégia do fortalecimento do prestador hospitalar referência com co-financiamento tripartite; 9) Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional			Defende o bom relacionamento entre os prestadores hospitalares públicos ou privados; O Ministério Público, neste momento, não pode reajustar a Tabela Nacional de Procedimentos do SUS; A necessidade do fortalecimento do principal prestador do hospital referência da região; A necessidade do transporte sanitário para todo o município, principalmente em razão daqueles que estão distantes do seu município polo, como acontece na Região Micro Águas Formosas; A exigência de no mínimo uma maternidade regional em cada uma das microrregiões de saúde, bem como em Águas Formosas; Necessidade de mudança de gestão do município sede da Micro, passando para a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); Os municípios sede de Região Micro ou Macro, não detentores de GPSM, são mal informados;
			Promotoria de Justiça da Comarca de Águas Formosas	SIM	Considera o Vale do Mucuri uma região esquecida pelo Poder Público; Necessidade de melhorar o relacionamento do prestador hospitalar local, Gestor SUS e profissionais de saúde; Otimização da Atenção Básica da Microrregião;
			Juiz de Direito da Comarca de Águas Formosas	SIM	Defende que um maior nível de organização das ações e serviços de saúde geraria menor judicialização; defende que as reuniões quinzenais proporcionarão maior qualificação das discussões;
			Prefeito municipal do município de Bertópolis	SIM	O atual CISMEN encontra-se integrado por 08 municípios;
			Secretaria municipal de saúde de Novo Oriente de Minas	NÃO	
			Secretaria municipal de saúde de Umburatiba	NÃO	
			Coordenação da Atenção Básica de Águas Formosas	NÃO	
			Superintendência Regional de saúde de Teófilo Otoni	SIM	Incorporação de tecnologias e densidades operacionais; falta um bom relacionamento entre os profissionais médicos com a Administração do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas; Falta de médicos; Falta de

						redes móveis para pacientes; O hospital referência de Teófilo Otoni não possui condições técnicas e operacionais para atendimento de duas Macrorregiões; Demissões de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate a Endemias pode trazer prejuízo para o enfrentamento da Dengue;
				Hospital Cura D'Ars de Machacalis	NÃO	
				Setor de regulação da superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni	NÃO	
				NRAS da superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde do município de Fronteira dos Vales	SIM	A Mediação Sanitária deve contribuir para o melhor investimento estadual e federal na saúde pública da região; defende a atuação coletiva na política da saúde, onde cada um dos atores desses processos precisam assumir sua responsabilidade sanitária;
				Setor de Regulação da secretaria municipal de saúde de Águas Formosas	NÃO	
				Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas	NÃO	
				Direção Técnico do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Santa Helena de Minas	NÃO	
				Provedor do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas	SIM	Hospital passa por dificuldades financeiras, mesmo com os recursos recebidos pela esfera federal e estadual; falta contribuição e/ou contribuição de forma regular do recebimento de recursos extras por parte dos municípios da Região Micro; Hospital precisou de empréstimo bancário para conseguir honrar com o pagamento do 13º salário dos funcionários;

				Secretaria municipal de saúde de Bertópolis	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Machacalis	NÃO	
				Secretaria de saúde adjunto de Águas Formosas	NÃO	
35	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	15.07.2014	LXV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania São Lourenço/MG	Discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de São Lourenço; Indicadores de saúde da Atenção Básica; Vazios Assistenciais regionais; Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares; Rede de Atenção Psicossocial; Garantia de acesso dos usuários aos leitos da urgência e emergência; Discussão sobre a política do “vaga zero”; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013; Política Nacional de Hospitais de Pequeno	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de Justiça do CAO-SAÚDE	SIM	Necessidade da SES/MG e COSEMS/MG em repensar o desenho geográfico da Região Sul, pois há apenas um Complexo Regulador das Urgências e Emergências para atuação em todas os 153 municípios da Região; Exigência de maior grau de profissionalismo com transparência; Os HPP não estão possuindo resolubilidade assistencial, contudo, recebem recursos financeiros do SISTEMA; Elaboração dos contratos de orçamentação global com financiamento induzido para 100% SUS; Custo médio de um Pronto Atendimento é de aproximadamente R\$ 350.000,00; Necessidade de revisão das cláusulas contratuais aos municípios que contribuem financeiramente com o Hospital São Lourenço; Sugestão dos custos dos exames e procedimentos oncológicos sejam assumidos Estado e União;
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de São Lourenço	SIM	Dificuldades na saúde com ressonância. Existência de Ação Civil Pública em andamento a respeito da política de medicamentos; Insuficiência e ineficiência da Rede de Atenção Psicossocial no município;
				Promotoria de Justiça da comarca de Itanhandu	SIM	Dificuldades dos usuários no acesso aos procedimentos diagnósticos e medicamentos; O município nem sempre desenvolve política de orientação e resolução em favor do usuário, em casos de medicamentos de alto custo; Dificuldades de vagas psiquiátricas;
				Prefeito Municipal de São Lourenço	NÃO	

			Porte; Criação de estratégia que vise o fortalecimento do prestador hospitalar referência; Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, elaboração de Diagnóstico Situacional	Secretaria Municipal de saúde de São Lourenço	NÃO	
				Presidência do COSEMS/MG	SIM	Subfinanciamento na saúde é um grande desafio a ser superado; Orçamento federal da saúde de 2014 é menor do que o do ano de 2013; O Congresso Nacional aprovou orçamento impositivo no valor de R\$8 bilhões para investimento; O Programa Mais Médico erra ao utilizar dos mesmos recursos insuficientes do PAB Variável para o pagamentos dos médicos; O Governo Federal está atrasando no repasse do piso da Atenção Básica Variável; Há falta de recurso federal para a saúde; O Estado de Minas Gerais encontra-se com dificuldades financeiras e atrasos em programas estratégicos; Necessidade dos hospitais em possuírem gestão qualificada; A grande existência de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são um problema pois na maioria das vezes não são resolutivos assistencialmente, embora recebem recursos financeiros do SUS; Os recursos repassados para o custeio das atividades SUS, representam apenas 60% do custo real; Os municípios não possuem recursos ou quotas suficientes para atendimento na oncologia; Necessidade de adiantamento dos recursos federais e a compensação de créditos com o Governo Estadual;
				Prefeito Municipal de Jesuânia	NÃO	
				Prefeito de Soledade de Minas	NÃO	
				Prefeito Municipal de Alagoa	NÃO	
				Prefeito Municipal de Passa Quatro	NÃO	
				Prefeito de Sebastião do Rio Verde	NÃO	
				Presidência da Câmara Municipal de São Lourenço	NÃO	
				Vereador Municipal de Olímpio Noronha	NÃO	

			Prefeitura de Jesuânia	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Olímpio Noronha	NÃO	
			Secretaria Municipal de saúde de Jesuânia	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Rio Verde	NÃO	
			Secretaria Municipal de Soledade de Minas	NÃO	
			Superintendência Regional de Saúde de Varginha	SIM	Os recursos do SADT são insuficientes para oncologia;
			Coordenação de regulação da Macro Sul	SIM	A maioria dos municípios não possuem estrutura para recebimento de pacientes psiquiátricos; Há atrasos no pagamentos de serviços, com descrédito para o Sistema; muitos hospitais privados não querem vender seus leitos para o Estado de Minas Gerais. Demora em receber os recursos necessários;
			FEDERASSANTAS	SIM	Necessidade de discutir a questão dos HPP, embora pequenos, dão satisfatória resposta assistencial para a população; Os HPP são cobrados a pagar em dia seus compromissos financeiros; a União e o SES/MG devem planejar-se para que não deixem de pagar a obrigação legal pela prestação de serviços médico-hospitalar. Os prestadores também lidam com dificuldades;
			Vereador Municipal de São Lourenço	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Passa Quatro	NÃO	
			Provedor da Casa de Caridade de Itamonte	NÃO	
			Produtor de Eventos	NÃO	
			Vereador de São Lourenço	NÃO	
			Assessoria de Saúde	NÃO	

			Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alto	NÃO	
			Procurador do Município de São Lourenço	NÃO	
			Vereador de Dom Viçoso	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Dom Viçoso	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Virgínia	NÃO	
			Analista Financeira da Casa de Caridade de São Lourenço	NÃO	
			Gestora de Pessoal	NÃO	
			Hospital São Lourenço	NÃO	
			Faturamento do Hospital de São Lourenço	NÃO	
			Planejamento do Hospital de São Lourenço	NÃO	
			Direção Financeira do Hospital de São Lourenço	NÃO	
			Presidência da Fundação Casa de Caridade de São Lourenço	SIM	Possuem muitas dificuldades financeiras. Possuem mais de R\$15 milhões em dívidas;
			Provedor do Hospital de São Lourenço	SIM	Tabela Nacional de Procedimentos SUS é deficitária, o que causa a remuneração por procedimentos maléfica; Hospital local é dependente de mais de 80% de verbas públicas. Possui um crédito financeiro de R\$ 643.000,00, em razão dos serviços prestados, que não foram repassados. Possuem dívidas vencidas; Hospital possui projetos de expansão. Há falta de plantonistas no Pronto Socorro, vez que estão atrasados com o pagamento pelos serviços prestados;
			Conselho Fiscal do Hospital de São Lourenço		
			Setor de Urgência/Emergência da SES/MG	SIM	Não há oferta suficiente de serviço de saúde em face da crescente demanda;

				Direção de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG	SIM	Não há oferta suficiente de serviço de saúde em face da crescente demanda;
				COSEMS/MG Regional	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Itamonte	NÃO	
36	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	16.07.2014	LXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Pouso Alegre/MG	Discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de Pouso Alegre; Indicadores de saúde da Atenção Básica; Vazios Assistenciais regionais; Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares; Rede de Atenção Psicossocial; Garantia de acesso dos usuários aos leitos da urgência e emergência; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Criação de fluxos operacionais para	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Pouso Alegre	NÃO	
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Pouso Alegre	NÃO	
				Presidente da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí	SIM	O hospital é referência estadual nos atendimentos de saúde da alta complexidade; Não recebe os recursos da TRS há alguns dias do governo federal, tendo risco de comprometimento na assistência; Há acúmulo de dívidas, sobretudo pelos créditos não recebidos por parte do Ministério da Saúde SES/MG e Município Pouso Alegre; Os recursos do teto MAC repassados pelo MS/SES-MG são insuficientes para algumas especialidades; Possui um crédito global não recebido, relativos a 2010/2014, no valor de R\$9.938.532,49; Foi liberado recurso no valor de R\$1.993.268,20, pelo Governo de Minas, para reforma e ampliação da UTI neonatal e pediátrica; Preocupação de que não haja descontinuidade nos repasses financeiros ao Hospital;
				Direção Executiva da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí	SIM	O HCSL possui créditos financeiros não pagos; Possui como créditos financeiros (AIHs), o valor de R\$1.925.589,33; O FAEC está atrasado com seus repasses financeiros, comprometendo algumas áreas do Hospital; O total de créditos devidos para o Hospital de Clínicas Samuel Libânio (HCSL), com referência a 2010/2014, é de R\$9.938.532,49, isso sem contabilizar

			formação de cinturões assistenciais, com racionalização de custos, com maior eficiência operacional; Definição de papéis dos diversos atores que integram o Sistema de Saúde; Obrigatoriedade dos repasses financeiros pela produção hospitalar; Ressarcimento devido pela produção do extrapolamento do teto físico; Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, elaboração de Diagnóstico Situacional.			os decorrentes do IAC federal;
				Subsecretaria de políticas e ações em saúde da SES/MG	SIM	Há um processo de regionalização do SAMU na Região Sul; Criação da Rede de Urgência e Emergência na Região Sul; Necessidade do MS financiar, também, com os recursos de urgência e emergência a Região Sul; A SES/MG financia, sem a ajuda federal, a Rede de Urgência e Emergência da Região Sudeste, Nordeste e Centro Sul; Necessidade da União (MS) em fazer sua parte no financiamento dos serviços; Governador autorizou investimentos no valor de R\$ 34.000.000,00, para o HCSL;
				FEDERASSANTAS	SIM	Tabela nacional de procedimentos de saúde está desatualizada há mais de 10 anos; a maioria dos procedimentos realizados pelos prestadores privados, filantrópicos ou sem fins lucrativos possuem custos superiores ao que são repassados pelo SUS; Hospitais trabalham com defasagem de custos, comprometendo a situação financeira; Necessidade do MP/MG em participar das discussões;
				Coordenação da Urgência e Emergência da SES/MG	SIM	Atenção Básica precisa ser fortalecida. Há muitas dificuldades técnicas e políticas para a implantação do SAMU em pequenos municípios. Já foram colocados mais de R\$ 4.620.000,00 de recursos financeiros, exclusivamente estadual, na rede de urgência desde novembro de 2012. Há cerca de 137 hospitais na Região Sul, sendo a maioria deles sem resolutividade;
				Subsecretaria de regulação em saúde da SES/MG	SIM	Há necessidade de melhor clareza quanto ao financiamento federal. O atual modelo de financiamento SUS há muita iniquidade do custeio <i>per capita</i> em face dos municípios;
				Coordenação da Central de Regulação da Macro Sul	SIM	HCSL recebe pacientes até da Região Macro Oeste; HCSL é o prestador que mais faz negativa o sistema SUSFÁCIL; o SUSFÁCILA não cria leitos, apenas regula os existentes. Os prestadores que devem ter as responsabilidades pelas informações dos pacientes, vez que são os profissionais assistentes que alimenta o SUSFÁCIL com os dados. O HCSL faz procedimentos de

					neurocirurgia vascular com implantação de <i>stent</i> para o SUS, porém, o SUS não cobre. Os recursos financeiros de alta complexidade devem ficar com a Gestão Estadual;
			Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre	SIM	Necessidade de fortalecimento da Atenção Básica para os municípios da Região Microrregional; O município de Pouso Alegre não se opõe a quaisquer dos pagamentos em atraso apresentados pelo HCSSL, desde que sejam comprovados; Está promovendo ampla reformulação administrativa na Secretaria Municipal de Saúde;
			Direção de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG	NÃO	
			Presidente do COSEMS/MG Regional e Secretaria Municipal de Saúde de Borda da Mata	SIM	Há grandes vazios assistenciais na Região Sul. Falta integralidade da saúde no Sistema; A judicialização é injusta.
			Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre	SIM	Há muita fragmentação assistencial na Região Micro de Pouso Alegre. Existência de leitos improvisados com cadastro no CNES como se fossem leitos estruturados para o Sistema.
			Vereador do município de Pouso Alegre	NÃO	
			Reitoria da Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre	NÃO	
			Pró-reitoria da Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre	NÃO	
			Direção Administrativa do Hospital das Clínicas Samuel Líbano de Pouso Alegre	NÃO	
			Subsecretaria de vigilância e proteção à saúde da SES/MG	NÃO	
			Coordenação do Núcleo de Gestão de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
			Superintendência de	NÃO	

				monitoramento, avaliação e controle de serviços de saúde da SES/MG		
				Superintendência de programação assistencial da SES/MG	NÃO	
				Nutricionista	NÃO	
				Vigilância Sanitária da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
				Farmácia Municipal de Pouso Alegre	NÃO	
				Coordenação de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
				Coordenação de Indicadores de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
				Assessoria da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
				Direção de Auditoria da SMS de Pouso Alegre	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Delfim Moreira	NÃO	
				Secretaria Municipal de Wenceslau Braz	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
				Coordenação de Epidemiologia da SRS Pouso Alegre	NÃO	
				Coordenação do Núcleo de Vigilância Sanitária da SRS de Pouso Alegre	NÃO	

			Assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre	NÃO	
			Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador da SES/MG	NÃO	
			Coordenação a atenção primária da Secretaria Municipal de Pouso Alegre	NÃO	
			Coordenação da Vigilância Sanitária	NÃO	
			Coordenação de Regulação do Município de Camanducaia	NÃO	
			Faturista da SMS de Pouso Alegre	NÃO	
			Administração da Santa Casa de Misericórdia de Camanducaia	NÃO	
			Direção de Saúde bucal da SMS de Pouso Alegre	NÃO	
			Coordenação da CAPS II	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião da Bela Vista	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Congonhal	NÃO	
			Secretaria Municipal de Saúde de Senador Amaral	NÃO	
			SMS de Pouso Alegre	NÃO	
			Procuradoria do Município de Pouso Alegre	NÃO	
			Chefe do Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cambuí	NÃO	

				Direção de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita do Sapucaí	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita do Sapucaí	NÃO	
				Chefe do Gabinete da Prefeitura Municipal de Pouso Alegre	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira de Minas	NÃO	
				Secretaria Municipal de Saúde de Córrego do Bom Jesus	NÃO	
				Direção Técnica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre	NÃO	
				Conselheiro da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí	NÃO	
				Direção de Enfermagem do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre	NÃO	
				Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí	NÃO	
				Direção de Saúde Mental da SMS de Pouso Alegre	NÃO	
37	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	19.07.2014	LXVII Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania	Discussão geral sobre os serviços existentes na microrregião de Três Pontas. Indicadores de Saúde da Atenção	Coordenador do CAO-SAÚDE		Não há registro da participação individualizada de cada ato
				Promotoria de Justiça da Comarca de Três Pontas		
				Prefeito de Três Pontas		
				Vice-prefeito de Três Pontas		

		Microrregião de Três Pontas/MG	Básica. Vazios assistenciais regionais. Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares. Rede de Atenção Psicossocial. Garantia de acesso dos usuários aos leitos de urgência e emergência. Discussão sobre a política do “vaga zero”. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária	Procuradoria Geral da Prefeitura de Três Pontas		
				Procuradoria do Município de Três Pontas		
				Secretaria Municipal de Saúde de Três Pontas		
				Secretaria Municipal de Saúde de Ilicínea		
				Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança		
				Secretaria Municipal de Saúde de Coqueiral		
				Coordenação de regulação da Macro Sul		
				Superintendência Regional de Saúde de Varginha		
				Provedor da Santa Casa de Três Pontas		
				Funcionário do Pronto Atendimento Municipal de Três Pontas		
				Direção Clínica da Santa Casa de Três Pontas		
				Administração da Santa Casa de Três Pontas		
				Coordenação de Saúde de Coqueiral		
				Direção Técnica da Santa Casa de Três Pontas		
				Assessoria de imprensa da Prefeitura Municipal de Três Pontas		
38	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	23.07.2014	LXVIII Reunião de	Discussão geral sobre	Coordenador do CAO-SAÚDE		Não há registro da participação individualizada de cada

		Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Almenara/MG	os serviços de saúde existentes na Microrregião de Almenara. Indicadores de Saúde da Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do acesso e de sua qualidade. Vazios assistenciais regionais. Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares. Garantia dos plantões médicos presenciais. Rede da Atenção Psicossocial. Garantia de acesso dos usuários aos leitos de Urgência e Emergência. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional.	Promotoria de Justiça da Defesa de Saúde da comarca de Almenara		ato	
				Vice-prefeito de Almenara			
				Secretaria Municipal de Saúde de Almenara			
				Secretaria do município de Almenara			
				Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni			
				Direção da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul			
				Representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro Nordeste/Jequitinhonha - CISNORJE			
				Superintendência do Hospital Santa Rosália			
				FEDERASSANTAS			
				Enfermeiro do Hospital Deraldo Guimarães de Almenara			
				Administração do Hospital Deraldo Guimarães de Almenara			
				Secretaria Municipal de Saúde de Rubim			
				Secretaria Municipal de Saúde de Mata Verde			
				Prefeitura Municipal de Rubim			
				Assessoria da Prefeitura de Rubim			
				Advogado da Câmara Municipal de Rubim			

				Rádio Operador de Almenara		
				Núcleo de Atenção à Saúde da SRS de Teófilo Otoni		
				Regulação da SRS de Teófilo Otoni		
				Coordenação Macrorregional da Regulação Assistencial da Macro Nordeste		
				Secretaria Executiva do Consórcio intermunicipal de Saúde do Jequitinhonha Baixo - CISBAJAS		
				Secretaria Municipal de Palmópolis		
				Direção administrativa do Hospital Bom Pastor de Jacinto		
				COSEMS/MG Regional		
				Secretaria Municipal de Saúde de Jacinto		
				Direção administrativa do Hospital São Miguel de Jequitinhonha		
39	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	13.08.2014	LXIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Santo Antônio do Monte/MG	Discussão sobre os serviços de urgência e emergência, no âmbito ambulatorial, em especial em face da UPA. Indicadores de Saúde da Atenção Básica. Vazios assistenciais. Indicadores de	Coordenador do CAO-SAÚDE		Não há registro da participação individualizada de cada ato
				Promotoria de Justiça da Defesa de Saúde da comarca de Santo Antônio do Monte		
				Coordenação Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da região Macro Oeste		
				Superintendência Regional de Saúde da Região Macro		

			produtividade e resolubilidade do prestador Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte. Custeio/financiamento dos serviços de saúde. Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária	Oeste		
				Referência Técnica do PROHOSP		
				Prefeito de Santo Antônio do Monte		
				Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte		
				Direção da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte		
				CRM/MG		
				FEDERASSANTAS		
				Provedor da Santa Casa de Formiga		
				Assessorias da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte		
				Coordenação da Atenção à Saúde do município de Santo Antônio do Monte		
				Coordenação de Gestão de Projetos da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte		
				Vereador Municipal de Santo Antônio do Monte		
				Assessoria Jurídica da Santa Casa de Santo Antônio do Monte		
				Administração da Santa Casa de Misericórdia do município de Itapeçerica		
				Agência Comunitária de Saúde da SMS de Santo Antônio do Monte		

				Farmacêutico da SMS de Santo Antônio do Monte		
				Enfermeiro da SMS de Santo Antônio do Monte		
				Médico da SMS de Santo Antônio do Monte		
				Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte		
				Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis		
40	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	15.09.2015	LXXIV Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Hospital Paulo de Tarso	Definição das providências a serem adotadas junto ao Hospital Paulo de Tarso	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG		
				Hospital Paulo de Tarso	SIM	O hospital está em déficit financeiro
						Há mudanças estruturais no hospital
41	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	16.10.2015	LXXX Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Itambacuri/MG	Discussão específica de estudos técnicos que possam levar à construção de protocolo assistencial único (operacional) dos prestadores Hospital Nossa Senhora dos Anjos e Hospital Tristão da Cunha, ambos do município de Itambacuri, inclusive	Coordenador do CAO-SAÚDE	NÃO HÁ DESCRIÇÃO DE CADA UMA DAS INTERVENÇÕES	
				Promotoria de justiça de defesa da saúde da comarca de Itambacuri		
				Promotoria de justiça de Itambacuri		
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Teófilo Otoni		
				Prefeitura municipal de Itambacuri		
				Prefeitura municipal de		

			quanto à sua fusão administrativa, visando seu fortalecimento operacional com agregação de maior número de leitos, racionalização dos custos da atividade meio e maior eficiência (resposta) assistencial.	Jampruca/MG		
				COSEMS/MG		
				FEDERASSANTAS		
				Secretaria municipal de saúde de Itambacuri/MG		
				Município de Nova Módica/MG		
				Núcleo da vigilância sanitária da Superintendência Regional de Saúde - SRS Teófilo Otoni/MG		
				Núcleo regional de atenção à saúde da SRS de Teófilo Otoni		
				Hospital Nossa Senhora dos Anjos		
				SRS Teófilo Otoni		
				Hospital Tristão da Cunha		
				Coordenadoria de controle, avaliação e regulação da prefeitura de Itambacuri		
				Procuradoria do município de Itambacuri		
				Município de Campanário/MG		
				Diretoria de planejamento do município de Teófilo Otoni		
				Prefeitura de Nova Módica/MG		
42	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	19.04.2016	LXXXIV Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e	Discussão sobre os reflexos da crise financeira do Hospital Nossa Senhora das	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Sete Lagoas	SIM	O HNSG (Hospital Nossa Senhora das Graças) está em grave crise financeira O município também está com restrição orçamentária

		Cidadania Microrregião Sete Lagoas/MG	Graças na assistência à saúde	Secretário de Estado de Saúde – SES/MG	SIM	O município também está com restrição orçamentária Há planejamento para pagamento das dívidas do município
				Prefeitura municipal de Sete Lagoas/MG	NÃO	
				Secretaria municipal de saúde de Sete Lagoas	NÃO	
				Controladoria/Corregedoria- geral do município de Sete Lagoas/MG	NÃO	
				Diretoria de Políticas e gestão hospitalar da SES/MG	NÃO	
				Superintendência regional de saúde de Sete Lagoas	NÃO	
				Hospital Nossa Senhora das Graças de Sete Lagoas/MG;	NÃO	
				Redes assistenciais da SMS de Sete Lagoas/MG	NÃO	
				Conselho Fiscal da Irmandade Nossa Senhora das Graças	NÃO	
				Conselho do Hospital Nossa Senhora das Graças	NÃO	
43	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	31.10.2016	XCI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Ribeirão das Neves/MG	Discussão/deliberação sobre o fato da suspensão dos serviços, de urgência e emergência, pelos profissionais médicos da UPA JOANITO CIRILO DE ABREU, com registro CNES nº 2181797, com endereço Rua Antônio Miguel	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ribeirão das Neves	SIM	Solicitou a colaboração de todos para um consenso.
				CRM/MG	SIM	Descarta o fechamento do Hospital São Judas Tadeu de Ribeirão das Neves, por meio da interdição ética. Devem ser pagos os salários atrasados.
				DENASUS/MG	SIM	O Ministério da saúde está em dia com os pagamentos ao município. Não clareza, onde encontra-se o dinheiro para

			Cerqueira Neto nº 244 e HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JUDAS TADEU, com registro CNES nº 2756749, com endereço na Rua Waldemar José Alves nº 65. Essa reunião teve como norteador o fato de que o fechamento ou atendimento precário daquelas unidades de saúde importará em grave sacrifício para a população de Ribeirão das Neves, com aumento do risco sanitário, haja vista a natureza de urgência e emergência dos atendimentos	FEDERASSANTAS	NÃO	manutenção daqueles equipamentos de saúde, em face da relação jurídica entabulada pelo município.
				Conselho de Secretarias Municipais do Estado de Minas Gerais – COSEMS/MG	NÃO	
				Hospital São Judas Tadeu	NÃO	
				UPA Joanico	NÃO	
				Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte – SRS/BH	SIM	A suspensão dos atendimentos pelos profissionais médicos está comprometendo as clínicas de maternidade e pediatria, não havendo pacientes na sala vermelha
				Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG		
				Coordenadoria da urgência pediátrica	NÃO	
				Conselho Municipal de Saúde	SIM	Não há recursos
				Sindicato dos Médicos – SINMED/MG	NÃO	
				Urgência e emergência da SES/MG	NÃO	
				Município de Ribeirão das Neves	NÃO	
				Representante dos médicos	NÃO	
				Prefeitura de Ribeirão das Neves	SIM	Não há recursos
44	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	18.05.2017	CV Reunião de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania Hospital Nossa	apresentação, discussão e aprovação, pela Comissão Interventiva do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, do município de	Coordenador do CAO-SAÚDE	NÃO HÁ DESCRIÇÃO DE CADA UMA DAS INTERVENÇÕES	
				DENASUS/MG		
				Diretora de Política de Gestão Hospitalar da SES/MG		
				Superintendência Regional de Saúde de Coronel		

		Senhora Auxiliadora - Caratinga/MG	Caratinga/MG, acerca das propostas, pelo interessados, pessoas físicas ou jurídicas, no gerenciamento do referido prestador hospitalar, sob intervenção consensual promovida pelo Ministério Público, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), celebrado na sua forma consensual, visando sua recuperação assistencial, econômico-financeira, dada sua referência para a Região de Saúde de Caratinga.	Fabriciano da SES/MG Secretaria Municipal de Saúde de Vargem Alegre		
45	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	07.06.2017	LXXIX Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Município de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu Desdobramento	Discussão das tratativas envolvendo a Prefeitura Municipal de Oliveira e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu, entidade privada sem fins lucrativos, CNPJ nº 22.986.442/0001-91, inscrito no CNES Nº 2144298 com endereço na Praça Dona	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Prefeitura Municipal de Oliveira	SIM	O município está com limitações orçamentárias Não é possível a renovação do Contrato de Gestão, celebrado entre ela e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu, nos moldes dos atuais vabres financeiros Oferece novos valores para a contratação
				Secretaria Municipal de Saúde de Oliveira	NÃO	
				Coordenadoria de políticas da Secretaria Municipal de Saúde de Oliveira	NÃO	

			Manoelita Chagas, 191, centro, Oliveira/MG, em especial do 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão dos serviços de urgência e emergência da atenção ambulatorial, denominado PAM – Pronto Atendimento Municipal	Hospital São Judas Tadeu	Sim	Com a redução nominal do valor do contrato de gestão, deverá obrigatoriamente ser descrito a redução da assistência
46	DATA DA REUNIÃO	Nº DA REUNIÃO	ASSUNTO	ENTIDADES PRESENTES	MANIFESTAÇÃO (SIM/NÃO)	CONTEÚDO MANIFESTAÇÃO
	13.06.2017	CVI Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Atenção Estadual Oncológica	Discussão da situação assistencial-financeira da atenção estadual oncológica de Minas Gerais, solicitada por representantes da Assembleia Legislativa de Minas Gerais e prestadores hospitalares da atenção oncológica dos municípios de Alfenas, Montes Claros e Juiz de Fora	Coordenador do CAO-SAÚDE	SIM	Apresentação
				Assembleia Legislativa de Minas Gerais	SIM	Não houve pagamento dos serviços aos hospitais particulares
				Hospital Dilson Godinho	NÃO	Há atrasos graves na realização de exames e tratamento
				Município de Montes Claros	NÃO	
				Instituto Oncológico do Município de Juiz de Fora	NÃO	
				FEDERASSANTAS	NÃO	

ANEXO B



CAOSAÚDE

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DA PROSECUTORIA GERAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DE MINAS GERAIS



**MEDIAÇÃO
SANITÁRIA**
DIREITO, SAÚDE
E CIDADANIA

Varginha

V REUNIÃO DE MEDIAÇÃO SANITÁRIA DIREITO, SAÚDE E CIDADANIA

ATA DE REUNIÃO

Aos trinta dias do mês de maio do ano de dois mil e doze, na sala de reunião da Procuradoria Geral de Justiça situado na Av. Álvares Cabral, 1740 – 8º andar – Santo Agostinho – Belo Horizonte – MG, presentes os Promotores de Justiça Eliane Maria de Oliveira Claro (Comarca de Varginha); Gilmar de Assis (CAO-Saúde); Breno Henrique Avelar de Pinho Simões, Secretário-Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SES/MG; Ricardo Assis Alves Dutra, Assessor Jurídico da SES-MG; Eduardo Antônio Carvalho, Prefeito Municipal de Varginha/MG; Fausto Geraldelli, Secretário Municipal de Saúde do Município de Varginha/MG; Judas Tadeu Ladeira, Conselho Municipal de Saúde de Varginha/MG; Eustáquio Tarcísio Silva, Hospital Regional de Sul de Minas; Ítalo Denelli Venturelli, Diretor Financeiro do Hospital Regional do Sul de Minas; Tadahiro Tsubouchi, Presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG; João Batista da Silva, Chefe do Denasus de Minas Gerais; Hermógenes Vaneli, Secretário Municipal de Saúde de Santana da Vargem e representante do COSEMS/MG; Cristiane Aparecida Costa Tavares Roque, Advogada do COSEMS/MG; Demétrio Junqueira Figueiredo, Superintendência Regional de Saúde de Varginha-MG; João Afonso Soares, Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG; Kátia R. O. Rocha, Advogada da Federassantas. Aberta a reunião, discutiu-se, dentre outras, as estratégias relativas à natureza jurídica do Hospital Regional do Sul de Minas, visando otimização da audiência de conciliação, nos autos do processo ACP nº 0707.09.196.692-9. Ao final, deliberou-se

Eliane Maria de Oliveira Claro

Gilmar de Assis

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões

Ricardo Assis Alves Dutra

Eduardo Antônio Carvalho

Fausto Geraldelli

Judas Tadeu Ladeira

Eustáquio Tarcísio Silva

Ítalo Denelli Venturelli

Tadahiro Tsubouchi

João Batista da Silva

Hermógenes Vaneli

Cristiane Aparecida Costa Tavares Roque

Demétrio Junqueira Figueiredo

João Afonso Soares

Kátia R. O. Rocha



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

IX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Sanitária de João Monlevade

Aos dez dias do mês de agosto do ano de dois mil e doze, às dez horas, na sala de reunião da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com endereço na Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, prédio Minas, 12º andar, realizou-se a IX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em face da Microrregião Sanitária de João Monlevade, para discussão, dentre outras, de sinalização da categoria médica (pediatria) na suspensão da prestação de seus serviços ao SUS junto ao Hospital Margarida, devido à comunicação, pela SMS de João Monlevade, de eventual suspensão de repasses financeiros para cobertura do plantão médico no pronto socorro. Presentes a reunião Dr. Maurício Botelho, Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Dr. Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAÚDE; Dr. Emerson Henrique do Prado Martins, promotor de justiça de Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade; Dra. Maria Letícia Duarte Campos – Subsecretaria de Regulação em Saúde da SES/MG; Dr. Ricardo Assis Alves Dutra, Assessor Jurídico Chefe da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais; Tiago Lucas da Cunha Silva, Coordenador do PROHosp/SES/MG, Geraldo Heleno Lopes, vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais; Dr. João Batista Gomes Soares, presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; Janaína Maciel Lopes, CRMMG; Anna Beatriz Dutra Valente Costa, CRMMG; José Luís Fonseca Brandão, CRMMG; Polliana Prandini de Assis, Secretária Municipal de Saúde de João Monlevade; Simone Barros Borba, SMS/João Monlevade; Nuno Miguel B. de Sá Viana Rebello, Procurador Geral do Município

de João Monlevade; Paola Soares Motta, COSEMS/MG; Márcia M. de Moraes, COSEMS/MG; Giovani Ferreira Guimarães, COSEMS/MG; Regiane Magalhães Silva, SUBSREG/DAA/SES/MG; Dr. Tadahiro Tsubouchi, Presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Advogada da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais; Ana Cláudia Martins, FEDERASSANTA; Leonardo Justino Martins, FEDERASSANTA; Tereza Sampaio de Assis, GRS/SES/MG Itabira, José Cesário Martins Carneiro, GRS/SES/MG Itabira, Manoel Furtado de Lacerda Neto, Associação Médica de João Monlevade; Jussara Célia Ferreira, Administradora do Hospital Margarida; Hamilton Plabio Lopes, Diretor Técnico do Hospital Margarida; José Márcio Zanardi, Associação Mineira dos Municípios. A reunião foi aberta pelo Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Maurício Botelho e pela Subsecretária Estadual de Regulação da SES/MG, Maria Letícia Campos. Em seguida, o Ministério Público, representado pelo promotor de justiça da comarca de João Monlevade, Emerson Henrique do Prado Martins e pelo coordenador do CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis, fixaram os pontos principais e secundários que deveriam nortear o objeto das discussões/deliberações, com vista à resolução de algumas relevantes problemáticas, com ressonância para o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde. Foram feitos importantes pronunciamentos/informações pelos seguintes órgãos: Conselho Estadual de Saúde, COSEMS/MG, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Município de João Monlevade, Secretaria Municipal de Saúde de João Monlevade, Diretor Técnico do Hospital Margarida, Administração do Hospital Margarida, Gerência Regional de Saúde, Coordenador do PRO-HOSP e Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG, Associação Médica de João Monlevade. Em resumo, foram discutidos/informados os seguintes pontos: a) repasses regulares de recursos, fundo a fundo, pela SES/MG; b) PRO-Hosp; c) dupla porta de serviços concorrentes entre o pronto socorro do hospital Margarida e o Pronto Atendimento Municipal; d) desperdícios de mão de obra especializada em razão dessa dupla porta; e) instalação de protocolo de Manchester, inclusive no PAM, sob pena de eventual suspensão de repasses pela SES/MG no caso de sua não adesão; f) construção de UPA, com autorização, pelo Ministério da Saúde, de porte I que não atende as necessidades de saúde no município, antes com agravamento e sinalização de uma terceira porta, para os mesmos serviços, com custos injustificados; g) moderada cobertura da atenção primária; h) retenção de créditos financeiros pelo município ao referido

prestador, em face dos serviços realizados/contratualizados; i) pagamento dos serviços médicos em atraso pelo prestador hospital Margarida; j) resgate da credibilidade das ações e serviços de saúde naquele município, especialmente quanto ao prestador hospital Margarida; k) suspensão do atendimento médico hospitalar pelo SUS, pelos profissionais da clínica pediátrica; l) utilização recorrente dos recursos do PRO-Hosp para rubrica de investimentos, quando, hoje, a sistemática permite sua utilização para custeio. Dada a complexidade dos temas, bem como reconhecimento uníssono de sua (tema) interdependência com um novo redesenho dos pontos de atenção, que vise a otimização dos recursos financeiros, realocação de serviços, definição de contrapartida municipal, cobertura assistencial regulada, **restou deliberado que o município de João Monlevade, através da Secretaria Municipal de Saúde e da Gerência Regional de Saúde de Itabira, no prazo de 10 (dez) dias, a contar do dia 13/08/2012, deverão apresentar um diagnóstico (relatório assistencial) para a SES/MG, com cópia para o Ministério Público da comarca de João Monlevade, com proposta de reestruturação/realocação dos serviços (pontos de atenção), inclusive, para os fins de se extinguir dupla porta de serviços concorrentes. Como ponto de partida, poderá ser aproveitado o recente diagnóstico feito pela mesma GRS de Itabira, agregando-se, nessa oportunidade, estudos sobre custo/viabilidade financeira, técnica, assistencial e utilidade, em face da sinalização de construção de uma UPA, tipo I, naquela base territorial, com credenciamento pelo Ministério da Saúde. Também, foi apresentada proposta de melhoramento das relações dos fluxos entre a SMS/João Monlevade e referido prestador, notadamente quanto aos repasses financeiros pelos serviços prestados/contratualizados. Nesse sentido, foi deliberado que o município de João Monlevade, através da Secretaria Municipal de Saúde, deverá, até o dia 13/08/2012, repassar os créditos financeiros, em atraso, em seu poder, devidos ao referido prestador, pela prestação dos serviços de saúde (contratualização), assim como os referentes ao PRO-Hosp, Subvenção ou outros. Por sua vez, o prestador hospital Margarida deverá, até o dia 14/08/2012, garantir o pagamento dos créditos em atraso, devidos aos profissionais médicos, sobretudo pelos serviços prestados em regime de plantão no pronto socorro. O Diretor Técnico do hospital Margarida, o CRMMG e a Associação Médica de João Monlevade comprometeram-se a levar as propostas para os profissionais de saúde, retomada da escala de plantão médico e resgate da credibilidade para a saúde na região, garantindo-se, assim, a manutenção das PPI's dos municípios adscritos à micro, bem como junto aos profissionais de saúde (contratados e a**

contratar). O Ministério Público da comarca de João Monlevade deverá ser informado sobre o cumprimento dos pagamentos pela SMS ao prestador hospital e deste com relação aos profissionais médicos. Restou, também, deliberado que uma nova reunião, de natureza técnica, apenas com os órgãos interessados diretamente, será oportunamente marcada para discussão e validação do diagnóstico, com proposta de reestruturação/relocação dos serviços (pontos de atenção) no município de João Monlevade. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

GILMAR DE ASSIS

Promotor de Justiça - MP/MG
Coordenador do CAO-SAÚDE

EMERSON HENRIQUE DO PRADO MARTINS

Promotor de Justiça – MP/MG
Comarca de João Monlevade

MARIA LETÍCIA CAMPOS

Subsecretária Estadual de Regulação
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

MAURÍCIO RODRIGUES BOTELHO

Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

X Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Sanitária de Bom Despacho

Aos dezesseis dias do mês de agosto do ano de dois mil e doze, às doze horas, na sala do Tribunal do Júri do edifício Fórum da Comarca de Bom Despacho, com endereço na rua Faustino Teixeira, 91, centro, realizou-se a X Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em face da Microrregião Sanitária de Bom Despacho, para discussão, dentre outras, da garantia de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, urgência e emergência, nível ambulatorial, prestados pela Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho. Presentes a reunião Dr. Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Dr. Marcus Vinicius Lamas Moreira, promotor de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Bom Despacho; Tiago Lucas da Cunha Silva, coordenador do PROHOSP/SES/MG; Kênia Silveira Carvalho Damasio, Superintendente Regional de Saúde de Divinópolis, Claudio Fernandes do Carmo, coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Oeste, dentre outras; A reunião foi aberta pelo coordenador do CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis, que esclareceu sobre os motivos da reunião, fixando objetivamente os pontos principais e secundários que deveriam nortear o objeto das discussões/deliberações, com repercussão para toda a microrregião sanitária e, particularmente sobre o financiamento e funcionamento dos serviços do pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho. Em seguida, fizeram uso da palavra, sucessivamente, o promotor de justiça da comarca de Bom Despacho, Marcus Vinicius Lamas Moreira, Dr. João Batista da Silva, auditor Chefe do

SEUAD/MG/DENASUS; Tiago Lucas de Cunha Silva, coordenador do PROHOSP/SES/MG; Kênia Silveira Carvalho Damásio, Superintendente Regional de Saúde da macro Oeste; Cláudio Fernandes do Carmo, coordenador da Central de Regulação Assistencial da macro Oeste, Denise Gontijo Queiroz Araújo Costa, secretária municipal de saúde de Bom Despacho e Kátia Regina de Oliveira Rocha, Advogada Federassantas. Houve manifestações específicas pelos representantes da Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho, que fizeram amplo diagnóstico da situação assistencial do prestador. Informaram que a Santa Casa dispõe de apenas 03 plantonistas presenciais, sendo 02 clínicos e 01 obstetra; que a partir de julho de 2012 a remuneração a ser paga para esses plantonistas se enquadra dentro dos limites de recomposição estabelecido no convênio municipal; que referido convênio ainda não fora assinado pelo Chefe do Executivo Municipal; que para apresentação de sua prestação de contas junto ao município, exercício julho de 2012, há necessidade de que primeiro possa receber da mesma municipalidade a parcela correspondente a R\$ 248.096,18. Pelo coordenador do PROHOSP/SES/MG foi levantada a possibilidade de criação de um plantão médico em ortopedia, uma vez que essa é a maior demanda da microrregião, bem como o fato de possuir o hospital Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho condições técnicas para essa habilitação, inclusive, com equipamentos específicos ociosos. Foi informado que o valor de R\$ 60.000,00 mensalmente seria suficiente para garantia desse plantão médico presencial em ortopedia para atendimento das demandas da microrregião de saúde de Bom Despacho. Houve concordância dos gestores SUS dos municípios adscritos presentes na reunião. O Ministério Público sugeriu que fosse feito estudos de cobertura dessas despesas (plantão médico presencial em ortopedia) pela SES/MG e demais municípios adscritos daquela microrregião de saúde, podendo ser observado quanto a esses o critério per capita e taxa de desassistência na cobertura da atenção primária. Ponderou, ainda, que houvesse dentro da microrregião município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal para que pudesse fazer a governança dos prestadores, bem como recebimento diretamente, fundo a fundo, dos repasses do teto MAC, pelo Ministério da Saúde e SES/MG. Por fim, observou que o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho, de gestão Estadual, com responsabilidade na atenção hospitalar para toda a microrregião, possui apenas 67 leitos e, destes 56 leitos SUS. Recordou que municípios menores, também sob gestão Estadual, de natureza filantrópica, possuem mais de 100 leitos, inclusive com UTI's 100% SUS. Fizeram, também, uso da palavra os Secretários Municipais de Saúde de Dores do Indaiá e Moema. Ao

final restou deliberado os seguintes: 1) O Ministério Público levantará informações a respeito dos valores devidos para a microrregião sanitária a título de teto MAC; 2) Designada comissão especial, sugerida por todos os presentes, integrada pelos Secretários Municipais de Saúde do município de Bom Despacho, Denise Gontijo Queiroz Araújo Costa; município de Dores do Indaiá, Edmundo José Luiz; município de Moema, Alciana L. Silva Madeira Gontijo e do município de Martinho Campos, Mariana Crhistine Assis Faria de Medeiros que deverá proceder, no prazo de até 20 (vinte) dias, diagnóstico das necessidades em investimentos em saúde para a microrregião sanitária, condicionado, dentre outras, à resolutividade e capacidade técnica operacional do(s) prestador(es) hospitalar inserido na microrregião, bem como aos pontos de atenção em cada um dos municípios. Em seguida, essa comissão deverá reunir-se, no prazo de até 10 dias, contados da finalização dos trabalhos, com a Superintendente Regional de Saúde da Macro Oeste para ordenação e ajustamentos desse emergencial planejamento regional. Posteriormente, será designada reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais para conhecimento desse planejamento em saúde. 3) manutenção dos valores financeiros, com repasses regulares, a título de recomposição, em aditivo ao convênio, devidos pelo município de Bom Despacho ao hospital Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho, para garantia do atendimento da urgência e emergência, nível ambulatorial. 4) Avaliação pelo município de Bom Despacho, em face de sua expressiva população e liderança regional, no tocante à assunção da governança dos prestadores, com recebimento, mensalmente, dos repasses do teto MAC pelo Ministério da Saúde e SES/MG. Essa avaliação (informação) deverá ser prestada a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Bom Despacho e a Superintendente Regional de Saúde da Macro Oeste. 5) Fomento à busca da credibilidade do prestador hospitalar em face dos profissionais de saúde especializados disponíveis na região. 6) Vocação do hospital Santa Casa de Misericórdia de Bom Despacho na atenção em ortopedia, sobretudo pela alta demanda dos municípios adscritos naquela microrregião sanitária. 7) Elaboração de Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos, com participação da SES/MG e de todos os municípios da microrregião sanitária de Bom Despacho, no custeio financeiro, mensalmente, do plantão médico em ortopedia, no valor global de R\$ 60.000,00. No tocante aos municípios, o valor de rateio observará os critérios per capita e taxa de desassistência na cobertura da

atenção primária. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

GILMAR DE ASSIS
Promotor de Justiça - MP/MG
Coordenador do CAO-SAÚDE

MARCUS VINICIUS LAMAS MOREIRA
Promotor de Justiça – MP/MG
Comarca de Bom Despacho

TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA
Coordenador do PROHOSP/SES/MG
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

KENIA SILVEIRA CARVALHO DAMÁSIO
Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Oeste
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

DENISE GONTIJO QUEIROZ ARAÚJO COSTA
Secretária Municipal de Saúde de Bom Despacho

JOÃO BATISTA DA SILVA
Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Timóteo/Coronel Fabriciano

Aos vinte e nove dias do mês de agosto do ano de dois mil e doze, às 9h, no Auditório da Fundação APERAM-Acesita, com endereço na Alameda 31 de outubro, nº 500 - Centro, Timóteo/MG, realizou-se a XIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos principais problemas de saúde da Região do Vale do Aço, especialmente no tocante ao município de Ipatinga/MG, bem como toda a Microrregião Sanitária Timóteo/Coronel Fabriciano, haja vista o grave comprometimento do acesso dos usuários aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade em níveis de complexidade crescente, com proposta de iminente propositura de ação judicial pelo Ministério Público. Participaram da reunião 49 convidados. Presentes, dentre outros, Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Maria Regina Lages Perilli, promotora de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo; Aníbal Tamaoki, promotor de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Coronel Fabriciano; Edmar Gomes Machado, Procurador da República – Ipatinga/MG; João Batista da Silva, chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Advogada da Federassantas; José Carvalhido Gaspar, Conselheiro do Conselho Regional de Medicina-CRMMG; Maurício Rodrigues Botelho, Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG; Maria Letícia Campos, subsecretária de Regulação da SES/MG; Tiago Lucas da Cunha Silva, coordenador do Prohosp da SES/MG; André Luiz Guimarães Amorim, subsecretaria de regulação da SES/MG; José Anchieta

Mattos Pereira Poggiali, Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano; Francisco de Assis Simões Thomaz, prefeito municipal de Coronel Fabriciano; Robson Gomes da Silva, prefeito municipal de Ipatinga; Rubens de Almeida Castro, secretário municipal de saúde de Coronel Fabriciano; Wagner José Rodrigues Barbalho, secretário municipal de saúde de Ipatinga; Davyson de Souza Bitarães, secretário municipal de saúde de Jaguaraçu; Fabiano Moreira da Silva, secretário municipal de saúde de Timóteo; Ana Carolina Castro Costa, secretária municipal de saúde de Marliéria; Élica Garcia de Oliveira, secretária municipal de saúde de Dionísio; Luiz Márcio Araújo Ramos, diretor executivo do Hospital Márcio Cunha de Ipatinga; Éclair Moisés Fenske Antunes, Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga; Abner M. de Araújo Júnior, Diretor Técnico do Hospital Vital Brasil; Sávio Francisco Ulhoa, coordenador da central de regulação assistencial da Macro Leste/SES/MG; Anfilófilo Salles Martins, diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço; José Lameira de Mello, Presidente de Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga. A reunião foi aberta pelo coordenador do CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis. **EM SEGUIDA** esclareceu sobre os seus motivos estratégicos, fixando objetivamente os pontos principais e secundários que deveriam nortear o objeto das discussões/deliberações. Em seguida, ressaltou a importância da Mediação Sanitária como estratégia institucional capaz de agrupar, em um único espaço físico compartilhado, os diferentes saberes, jurídicos ou não, com superação obrigatória do viés da política partidária, de forma a se buscar a organização dos serviços regionalizados de saúde, com enfrentamento dos principais problemas multifatoriais, sem a necessidade da judicialização, sinalizando-se pela solução desses mesmos problemas mediante o comprometimento e responsabilização coletiva. Inicialmente, enfatizou a todos que a Microrregião Sanitária de Timóteo/Coronel Fabriciano, integrada pelos municípios de Antônio Dias (9.528 habitantes), Coronel Fabriciano (104.173), Córrego Novo (3.088), Dionísio (8.628), Jaguaraçu (3.000), Marliéria (4.010), Pingo D'Água (4.466) e Timóteo (81.993), perfazendo um total de 218.886, passou a ser considerada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Ministério da Saúde (MS), corroborados pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, REGIÃO DE SAÚDE. QUE as Regiões de Saúde, nos termos do artigo 5º do referido Decreto, deverão conter, no mínimo, ações e serviços de saúde organizados de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. QUE os

entes federativos deverão definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e; respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. QUE o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. QUE a atenção primária é a ordenadora desses serviços de saúde. QUE o planejamento da saúde deve ser feito na forma ascendente e integrada, do nível local até o federal, ouvidos os Conselhos de Saúde, compatibilizando-se, nessa ordem, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade dos recursos financeiros. QUE o planejamento da saúde (local e regional) é obrigatório para os entes públicos. QUE NÃO há na Microrregião Sanitária Timóteo/Coronel Fabriciano (Região de Saúde) município habilitado na gestão própria para o exercício da governança/liderança dos prestadores, daí que os recursos do teto MAC (média e alta complexidade) daquela região de saúde, repassados fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e SES/MG, estão sendo administrados exclusivamente pelo Fundo Estadual de Saúde. QUE considera relevante eventual decisão de os municípios pólos de Coronel Fabriciano e Timóteo, pela liderança regional, assumirem essa habilitação de gestores com governança sobre os prestadores. QUE caso isso ocorra, esses municípios passarão a receber, diretamente, fundo a fundo, os recursos do teto MAC, repassados pelo Ministério da Saúde e SES/MG, ou seja, passarem a administrar/executar diretamente a PPI microrregional. QUE, em consulta ao site eletrônico do Ministério da Saúde, no portal transparência, Sala de Situação em Saúde, verifica-se que os repasses feitos pelo Ministério da Saúde, fundo a fundo, para o município de Timóteo, no período de 01/01/2012 a 29/08/2012, assim discriminados: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 2.756.188,00); MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – serviço específico (R\$ 70.400,00); VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$329.328,66); ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (R\$341.364,24); GESTÃO DO SUS (R\$30.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$75.975,00), perfazendo um total de R\$ 3.603.255,90. Da mesma forma, com relação ao recebimento desses recursos, repassados pelo Ministério da Saúde (MS), fundo a fundo, para o município de Coronel Fabriciano, no período de 01/01/2012 a 29/08/2012, assim discriminados: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 2.044.799,01), MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – serviço específico (R\$ 70.400,00); VIGILANCIA EM SAÚDE (R\$ 455.018,44); ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (R\$ 427.125,84); GESTÃO DO SUS (R\$ 50.000,00) e

INVESTIMENTOS (R\$ 32.175,00), perfazendo um total de R\$ 3.079.518,29. QUE, segundo informações oficiais do portal eletrônico do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br/saladesituacao, os municípios dessa Região de Saúde, no tocante à cobertura da atenção básica, modalidades Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, respectivamente, assim se encontram: Antônio Dias (100% e 100%), Coronel Fabriciano (29,81% e 79,48%), Córrego Novo (100% e 100%), Dionísio (100% e 100%), Jaguaráçu (100% e 100%), Marliéria (100% e 100%), Pingo D'Água (100% e 100%) e Timóteo (67,32% e 73,63%). QUE a PPI Assistencial, produção ambulatorial/hospitalar, da população própria e referenciada, com repasses fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde, assim discriminados: CORONEL FABRICIANO (Assistência ambulatorial/hospitalar população própria – R\$ 3.354.135,76; Assistência ambulatorial/hospitalar população referenciada – R\$ 737.858,18; Incentivos permanentes de custeio – R\$ 105.600,00; Valores encaminhados para outras UF's – R\$ 0,00; Valores recebidos de outras UF's – R\$ 0,00; Ajustes – R\$ 3.459.826,73; perfazendo um total de PPI Assistencial no valor de R\$ 7.657.420,67). Conforme consulta eletrônica no portal SISMAC/MS, desse total de R\$ 7.657.420,67, foram transferidos para o Fundo Estadual de Saúde, em razão da gestão do município de Coronel Fabriciano, o valor de R\$ 7.551.820,67. QUE, com relação ao município de TIMÓTEO, assim discriminados: (Assistência ambulatorial/hospitalar população própria – R\$ 3.459.496,52; Assistência ambulatorial/hospitalar população referenciada – R\$ 2.450.634,05; Incentivos permanentes de custeio – R\$ 1.402.419,33; Valores encaminhados para outras UF's – R\$ 0,00; Valores recebidos de outras UF's – R\$ 0,00; Ajustes – R\$ 7.440,06; perfazendo um total de PPI Assistencial no valor de R\$ 7.319.989,96). Conforme consulta eletrônica no portal SISMAC/MS, desse total de R\$ 7.319.989,96, foram transferidos para o Fundo Estadual de Saúde, em razão da gestão do município de Timóteo, o valor de R\$ 7.214.389,96. **DADA A PALAVRA AO AUDITOR CHEFE DO DENASUS/MG**, foi ressaltada a importância da reorganização dos serviços de saúde, na visão regionalizada, conforme exigência legal no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE o DENASUS vem construindo nacionalmente o Mapa da Saúde, que será disponibilizado, oportunamente, como ferramenta de gestão, para os gestores e domínio público. QUE nos novos tempos exigem profissionalização da gestão da saúde, com transparência e qualificação, de forma a preservar o princípio constitucional da continuidade dos serviços. QUE o planejamento da saúde é obrigatório para todos os entes federativos, devendo ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. QUE não há discricionariedade absoluta

para o ente governamental, em face da ordem jurídica posta, quanto à observância da criação das regiões e redes de atenção à saúde. QUE o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é inevitável e visa a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. QUE o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução. QUE os municípios da Microrregião Sanitária de Timóteo/Coronel Fabriciano, dado o conceito de Região de Saúde, precisam elaborar identificação das necessidades de saúde locais e regionais. **DADA A PALAVRA PARA A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**, representada pelo Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde, pela Subsecretária Estadual de Regulação e pelo Coordenador do PRO-HOSP, foi ressaltada a importância do evento de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, haja vista que fomenta o “fazer fazer” pelos entes governamentais na perspectiva da organização das ações e serviços de saúde, com redução das tensões e conflitos que possam levar à judicialização, podendo, portanto, contar com o apoio irrestrito da SES/MG, conforme sua defesa feita na última reunião da CIB-MG. Em seguida, fez uma detalhada apresentação em power-point da visão macro da SES/MG quanto às causas dos principais problemas coletivos em saúde da região do Vale do Aço, incluindo-se o município de Ipatinga/MG, dada a região conurbada (metropolitana). QUE a baixa cobertura da atenção primária na região é causa preponderante para a desorganização dos serviços e superlotação dos atendimentos assistenciais ambulatorial/hospitalar junto aos prestadores em Timóteo e Ipatinga. QUE o município de Coronel Fabriciano possui talvez a mais baixa cobertura da atenção primária no Estado, razão pela qual sua população eleva consideravelmente o percentual de atendimento ambulatorial/hospitalar junto aos prestadores em Timóteo e Ipatinga. QUE outro importante problema coletivo consiste no cumprimento da carga horária de trabalho pelos profissionais de saúde. QUE, no tocante à parte ambulatorial, em diligência procedida pela SES/MG, foi constatado a utilização de apenas 20 horas ambulatoriais, quando deveriam prestar 80h, prejudicando o acesso dos usuários aos serviços SUS, especialmente quanto às consultas especializadas. QUE há flagrante descompasso de informações entre o banco de dados e a prática diária. QUE profissionais

médicos atestam o cumprimento da carga horária contratada mas executam diferentemente (a menor), portanto, a cobertura real não é aquela consignada no banco de dados. QUE a carga horária necessária não passou de 50% da cobertura estimada para a população, portanto, a menor média em todo o Estado de Minas Gerais. QUE a carga horária desses profissionais deveria ser de 376 horas, mas que na prática não ultrapassa as 186 horas. QUE os atendimentos realizados no âmbito hospitalar são na maioria de natureza da atenção primária. QUE profissionais médicos estão fazendo cerca de 400 atendimentos/dia no âmbito hospitalar, sendo que, do total, cerca de 376 atendimentos deveria ser da atenção primária. QUE a implantação e utilização do Protocolo de Manchester (linguagem única de classificação de risco), não obstante o aporte com equipamentos e software pela SES/MG, é uma das mais baixas no Estado de Minas Gerais, ou seja, cerca de 4% de sua utilização. QUE considera importante que haja a classificação de risco também na atenção primária, de forma que as Unidades Básicas de Saúde possam fazer o encaminhamento dos casos classificados como vermelho, amarelo e laranja para as unidades hospitalares. QUE o município de Ipatinga/MG, habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, portanto, com responsabilidade para a governança da PPI Assistencial (TETO MAC Ambulatorial/Hospitalar), encontra-se crítica situação na saúde. QUE o custeio mensal público de seu Hospital Municipal ultrapassa os R\$ 2.000.000,00, sem garantia de resolubilidade e qualificação do acesso. QUE esse prestador municipal faz atendimento de usuários de outros municípios da região, atuando de fato como hospital regional. QUE esse hospital possui cadastrado junto ao CNES 19 profissionais médicos cirurgiões, contudo não contando a unidade com bloco cirúrgico. QUE a taxa de permanência de internação nesse hospital é de 16 dias. QUE suas dificuldades passam pela equivocada gestão clínica, portanto, o mais caro de Minas Gerais, com extrapolação dos custos. QUE a SES/MG possui algumas propostas emergenciais para a região do Vale do Aço, de forma a organização os serviços. QUE o Hospital Vital Brasil, de Timóteo, dentro dessa nova estratégia pactuada SES/MS/SMS, passará a ter 03 plantões de 24 horas nas três clínicas de pediatria, obstetrícia e ortopedia. QUE o Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano, que será inaugurado na data de amanhã, antigo Hospital Siderúrgica, adquirido por recursos 100% estadual, equipado e estruturado, atenderá nas clínicas médica e cirúrgica. QUE o financiamento do Hospital São Camilo será pelos recursos da PPI, acrescidos de R\$ 500.000,00 (recurso estadual) e R\$ 250.000,00 (recurso federal). QUE esse valor a ser repassado, mensalmente, pelo Ministério da Saúde seria, anteriormente, destinado

para a construção da UPA. QUE a inauguração do Hospital São Camilo, em Coronel Fabriciano, não resolverá os problemas de saúde na região do Vale do Aço, mas minimizará importante déficit real dessa especialização, devendo, lado outro, o município de Coronel Fabriciano, com urgência, fazer a sua parte, ou seja, investimento na atenção primária. QUE o antigo Hospital Siderúrgica não possuía os 80 leitos conforme se acreditava; sua taxa de ocupação era de apenas 35% e utilizados tão somente cerca de 15 leitos, funcionando, portanto, com menos da sua capacidade. QUE o que faz um hospital funcionar com qualidade é a sua resolutividade. QUE o novo Hospital São Camilo irá funcionar como um modelo de gestão profissionalizada, com 85% de ocupação, plantão presencial 24 horas na clínica médica e cirúrgica, com 10 leitos de UTI. **DADA A PALAVRA A FEDERASSANTAS/MG**, representando os hospitais filantrópicos, foi ressaltada a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. Enfatizou o papel dos hospitais filantrópicos como participação complementar, na forma de contrato ou convênio. QUE o último reajuste da Tabela Nacional de Procedimentos do Ministério da Saúde se deu em 1995, por ocasião de uma deliberação do Conselho Nacional de Saúde que teria aprovado um reajuste de 40%, mas que na prática foi acatada apenas em 25% pelo Ministério da Saúde. QUE desde o ano de 1995 os reajustes são por grupos de procedimentos. QUE a questão do financiamento é o principal entrave pelas dificuldades das Santas Casas e Entidades Filantrópicas no Brasil. QUE muitos dos gestores dessas entidades filantrópicas são exemplos de excelência em administração. QUE os benefícios tributários concedidos às entidades filantrópicas não são suficientes para o equilíbrio da prestação de serviços para o SUS. QUE há necessidade de o Ministério da Saúde revisar sua postura política e administrativa com relação a esses prestadores, hoje considerados estratégicos para o SUS, pelo maior número de leitos SUS. QUE o Ministério da Saúde precisa dizer, no âmbito nacional, o que é o mínimo a ser oferecido pelo SUS para garantia dos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, bem como o mínimo desse custeio. Como exemplo, cita que um parto normal não poderá custar para o SUS menos de R\$800,00 em qualquer lugar do Brasil, por mais diferenças/especificidades que possam existir. QUE o artigo 26 da Lei federal nº 8.080/90 não é cumprido pelo Ministério da Saúde, haja vista que a tabela referida não vem acompanhada de estudos técnicos pormenorizados para justificar o custo de cada procedimento. QUE na formalização dos contratos e convênios com essas entidades filantrópicas deve-se observar o equilíbrio econômico-financeiro dos ajustes, haja vista que o pretexto da

desoneração tributária não pode ser invocado unilateralmente pelo poder público a pretexto de se pagar mal a esses prestadores. QUE imunidade tributária significa na prática redução de custos para o ente público contratante. QUE acredita que a resolução dos problemas em saúde na região do Vale do Aço deve ser enfrentada coletivamente, numa visão regionalizada, com vocação dos prestadores, investimentos em saúde, criação das redes de atenção, fortalecimento da atenção básica, dentre outros. **DADA A PALAVRA PARA O DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL MÁRCIO CUNHA DE IPATINGA**, foi dito que o hospital Márcio Cunha, entidade sem fins lucrativos, possui 502 leitos, sendo que desses 62% são destinados exclusivamente ao SUS. QUE são realizadas 32.000 internações, dessas cerca de 22.000 para o SUS. QUE há déficit dessas 22.000 internações SUS, não havendo equilíbrio financeiro, daí a necessidade de um sistema de financiamento que reconheça essas diferenças e patrocine uma solução, no nível federal, estadual e municipal, como forma de evitar a insolvência da instituição. QUE o déficit hospitalar no ano de 2011 foi de R\$ 11.000.000,00. QUE para cada R\$100,00 investido no SUS, retorna-se, a título de procedimento hospitalar R\$ 63,00, tendo um déficit de R\$ 27,00. QUE somando outros incentivos recebidos, como, por exemplo, PRO-HOSP, o retorno passa para 73% aproximadamente. QUE mesmo nos hospitais filantrópicos com excelência de gestão há esse déficit em torno de R\$ 20,00 para cada R\$ 100,00 investido. QUE a taxa de permanência (internação) no hospital Márcio Cunha é de 4 a 5 dias, enquanto em outros hospitais gira em torno de 8 a 9 dias. QUE hoje há uma diferença entre o que é produzido (série histórica) e o valor contratualizado (R\$ 8.000.000,00), de forma que o hospital não tem recebido o percentual justo pela produção assistencial. QUE reconhece a insuficiência de investimento na Atenção Básica em toda a região, o que acaba comprometendo os hospitais. QUE reconhece a necessidade de elaboração de um novo Desenho de Rede, com envolvimento federal, estadual e municipal, na Região do Vale do Aço. QUE o hospital tem feito atendimento de incontáveis pacientes, oriundos de diversos municípios, sem pactuação e fora do fluxo da regulação. QUE considera importante a discussão da definição da vocação hospitalar, sem que isso possa gerar concorrência entre eles. QUE a literatura médica recomenda a existência de no mínimo 10% dos leitos pra terapia intensiva e, hoje, o hospital Márcio Cunha, com 502 leitos, possui 30 leitos UTI. QUE possui atendimento em 15 leitos intermediários de neonatal sem credenciamento pelo SUS, embora todos eles com máxima ocupação diariamente. QUE considera importante a abertura imediata de discussões que passem pela vocação de cada uma das unidades hospitalares, fluxo

de encaminhamento de pacientes, central de regulação, abertura de novos leitos e capacidade operacional dos prestadores. QUE o hospital não executa apenas a parte boa do SUS, conforme levantado pelo prefeito municipal de Coronel Fabriciano. QUE o financiamento do SUS está muito aquém da realidade. QUE os leitos não credenciados pelo SUS são de fato utilizados em favor desses usuários. QUE o hospital realiza procedimentos de alta complexidade sem receber por eles. QUE o hospital recebe R\$ 3.500,00 por parto, com credenciamento para 4.000 atendimentos, mas que, na prática, realizam 6.000 serviços. QUE o hospital assumiu a ortopedia regional desde que o hospital Vital Brasil deixou de atender a essa demanda. QUE no hospital há uma única porta para atendimento dos usuários do SUS, privados e planos de saúde. QUE a partir do ano passado o hospital chamou para si a responsabilidade do suporte em quimioterapia e radioterapia para os pacientes oncológico, o que era anteriormente repassado para prestador privado. **DADA A PALAVRA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPATINGA**, foi dito que a empresa USIMINAS vem passando por problemas no mercado e com isso o município perdeu consideravelmente arrecadação de ICMS, próximos de R\$ 36.000.000,00. QUE o hospital municipal de Ipatinga custa cerca de R\$ 40.000.000,00 anualmente. QUE o hospital não possui estrutura administrativa, não possui administrador, não possui Diretor Técnico e Diretor Clínico remunerado. QUE a solução do problema de saúde em Ipatinga passa pela discussão das causas coletivas do Vale do Aço. QUE o hospital precisa ser socorrido urgentemente sob pena de decretação de seu fechamento, o que certamente proporcionará um colapso assistencial em toda a região. QUE o hospital possui 42 contratos de mão de obra vencidos, não recontratualizados. QUE, na sua visão, uma das soluções plausíveis seria a cessão de mão de obra com a Rede PHEMIG, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ou com o Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano, de forma a manter o hospital em funcionamento. QUE reconhece como vital para a sobrevivência do hospital municipal, além do recebimento de recursos financeiros, a existência de uma gestão eficiente. QUE devido a um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) celebrado com o MPMG, com atuação na Defesa do Patrimônio Público da comarca de Ipatinga, bem como da própria Lei de Responsabilidade Fiscal, o município está sendo obrigado a exonerar os profissionais de saúde daquele prestador. QUE o hospital municipal já foi notificado pelo Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. QUE o desfalque desses profissionais (enfermeiros) inviabiliza a assistência de enfermagem, nos termos da Resolução COFEN 293/2004. QUE há setores

importantes do hospital que foram fechados pela falta de profissionais de saúde. QUE o hospital municipal, no exercício de 2011, realizou 6.999 internações. QUE o hospital possui portas abertas com classificação de risco. **DADA A PALAVRA PARA O COORDENADOR DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA SES/MG**, com atuação naquela macrorregião sanitária, foi dito que há carências de leitos em toda a região. QUE não há como discutir os diversos pontos de saúde da região se não aumentar o número de leitos. QUE o aumento de motociclistas nas vias públicas, o envelhecimento da população e a piora da atenção básica, são fatores que agravam os serviços hospitalares. QUE, embora pudesse exercer sua autoridade sanitária, conforme legislação, nos casos de vaga zero de leitos, não o faz porque não existem esses leitos na rede privada. QUE o hospital da UNIMED diariamente está superlotado. QUE recentemente decidiu pela transferência de um paciente internado no Hospital Municipal de Ipatinga, dependente de diálise, para o Hospital Vital Brasil em Timóteo, haja vista que esse equipamento municipal está parado (sem utilização) há mais de um ano. QUE sugere a transformação do hospital municipal de Ipatinga em um hospital regional, com definição de sua vocação, gestão qualificada, classificação de risco, definição de fluxos de atendimento, etc. QUE concorda que a atenção básica na região precisa ser otimizada, de modo a evitar essas internações por condições sensíveis à atenção primária. QUE os hospitais da região têm recebido diversos pacientes sem passar pela regulação. **DADA A PALAVRA PARA O SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAÚDE (SES/MG)**, com atuação naquela macrorregião sanitária, foi dito que o hospital Márcio Cunha (Ipatinga) produz além do que fora pactuado. QUE o parâmetro populacional da região interferiu negativamente para que determinados serviços de alto custo não fossem credenciados. QUE com relação ao Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano), no primeiro momento irá atender com 52 leitos, podendo chegar, em novembro do corrente, com 100 leitos, bloco cirúrgico, clínica cirúrgica e depois serviços administrativos. QUE o Estado de Minas Gerais investiu até presente momento cerca de R\$ 10.290.000 na desapropriação do antigo hospital Siderúrgica, R\$ 6.000.000,00 (obras e equipamentos), com definição de custeio estadual para os próximos 05 anos de R\$ 47.000.000,00. QUE não concorda com a expansão de abertura de leitos hospitalares na região sem que antes possam ser feitos os necessários investimentos na atenção básica. QUE cerca de 30% de todas as internações na região são desnecessárias, ou seja, por condições sensíveis à atenção primária. QUE dos 7.000 atendimentos realizados pelo Hospital Municipal de Ipatinga, exercício 2011, 5.500 foram classificados como verdes e azuis. QUE

concorda com a classificação de risco na atenção básica. QUE dos 500 atendimentos em ortopedia realizados pelo Hospital Vital Brasil (Timóteo), 134 exigiram de fato a internação e o restante apenas consultas. **DADA A PALAVRA PARA O PRESIDENTE DO COSEMS REGIONAL**, foi dito que o COSEMS/MG, a partir do ano de 2013, iniciará discussões sobre os processos das Regiões de Saúde, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012. QUE reconhece a necessidade de organização dos serviços de saúde da região do Vale do Aço. QUE os municípios mineiros têm aplicado, em média, 22,5% em saúde, quando a exigência constitucional é de 15%. QUE reconhece que a Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, tem mobilizado todos, nos diferentes pontos de Minas Gerais, pessoas de diferentes instituições, preocupadas com a saúde, reunidas para discussão e busca de soluções que beneficiem a todos, de modo a efetivação do SUS. QUE o município de Coronel Fabriciano está entre as 40 cidades, com 100.000 habitantes, mais pobre do País, perdendo, no âmbito estadual, apenas para o município de Ribeirão das Neves. QUE concorda com a sugestão da solidariedade regional como forma de solução dos problemas multifatoriais da saúde no Vale do Aço. QUE concorda com a criação de um Fórum Permanente de Discussão da Área da Saúde. QUE a região possui estruturação da Central Reguladora SAMU, contudo, na prática não conta com esses serviços. QUE no tocante ao hospital municipal de Ipatinga sugere que a gestão continue a ser municipal, com solidariedade pelo Estado e União. **DADA A PALAVRA PARA O DIRETOR TÉCNICO** do Hospital Vital Brasil (Timóteo), **bem como para seu profissional médico Dr. Alisson da Silveira Campos**, foi dito que seu hospital atende a média complexidade, com 82 leitos e 8.000 atendimentos mês. QUE possui 01 pronto socorro com 02 clínicos, 01 cirurgião, 01 pediatra, 01 obstetra e 01 ortopedista. QUE nos últimos 12 meses trabalharam com taxa de ocupação acima de 100%. QUE o pronto socorro, em razão das especificidades regionais, acabou por tornar-se área de internação hospitalar, contando (hoje) com 30 pacientes internados. QUE o déficit de leitos na região do Vale do Aço é expressivo. QUE 05 profissionais se desligaram das obrigações junto aos plantões médicos. QUE há 40 dias o hospital não funciona os serviços em ortopedia. QUE realizavam de 05 a 06 procedimentos cirúrgicos (dia) em ortopedia, mas atualmente, pela falta desses profissionais, não mais realizam esses serviços. QUE, na condição de Diretor Técnico do hospital, tem-se responsabilizado pelos pacientes que chegam com queixas ortopédicas, recebendo-os, até que possam conseguir vaga (transferência) via Central de Regulação (SUSFÁCIL). QUE

considera extremamente importante a criação de um Fórum de discussão permanente para discussão dos problemas de saúde, com envolvimento da indústria e comércio. QUE o Hospital Vital Brasil foi durante muito tempo mal administrado. QUE com a nova gestão de qualidade, em menos de dois anos o hospital conseguiu realizar giro de leitos de 5 para 8,5, tendo a média de permanência de internações baixado para 3,5 dias. QUE a taxa de permanência na UTI baixou de 17 para 10,3 dias e a taxa de mortalidade caiu de 6% para 3%. **DADA A PALAVRA AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPATINGA**, foi dito tem preocupação com a falta de continuidade das decisões tomadas nesta reunião de Mediação Sanitária em face dos novos prefeitos municipais. QUE o Conselho Municipal de Saúde tem conhecimento da grave crise do hospital municipal, inclusive com realização de reuniões. QUE também concorda com a estratégia da melhoria da atenção básica regional. QUE preocupa-se com a formação dos profissionais de saúde em face da proliferação de faculdades no Vale do Aço. QUE os gestores municipais precisam compreender o papel constitucional dos Conselhos de Saúde e, acima de tudo, os respeitar. QUE a participação da sociedade nos problemas de saúde é de suma importância. **DADA A PALAVRA AO PREFEITO MUNICIPAL DE CORONEL FABRICIANO**, foi dito que a inauguração do hospital São Camilo, prevista para amanhã, deverá ser somente do pronto atendimento, haja vista que não se abrirá novos leitos. QUE o hospital São Camilo terá apenas 52 leitos, insuficientes até mesmo para a demanda municipal. QUE foi preciso a intervenção da Justiça na definição da responsabilidade do fechamento do referido hospital, haja vista que nenhuma solução administrativa foi possível junto à SES/MG ou Ministério da Saúde. QUE, segundo notícias, o Estado de Minas Gerais teria colocado cerca de R\$ 63.000.000,00 de recursos para a abertura do hospital São Camilo. QUE considera importante a discussão sobre a organização dos serviços de saúde no Vale do Aço, inclusive com definição de investimentos que deverão ser alocados pelos entes governamentais. QUE considera importante a atuação do Ministério Público, através de uma ação judicial, em desfavor do Estado e da União, na questão versando sobre a regionalização do Hospital Municipal de Ipatinga. QUE é preciso discutir a gestão e o financiamento do Hospital Municipal de Ipatinga para que, de direito, se torne em um hospital regional. QUE apesar de compreender a existência de planos privados de saúde contratados pelas entidades filantrópicas, pensa que esses serviços também ser disponibilizados ao SUS. Cita, como exemplo, o caso do Hospital Márcio Cunha que possui contrato com planos de saúde para oferta de

serviços de ortopedia alto custo e com portas fechadas para o SUS. QUE considera importante a adoção de estratégia uniforme no sentido de que caso o profissional de saúde atenda pelo privado ou plano de saúde e não o faça pela SUS, dentro do ambiente hospitalar filantrópico, que seja também impedido do atendimento naquelas outras situações. QUE sugere uma nova pactuação pelos hospitais do Vale do Aço, nesse momento de crise, de forma que os serviços deveriam ser igualmente distribuídos entre eles, posto que hoje apenas o Hospital Municipal de Ipatinga assume os problemas de saúde não rentáveis, ficando os demais com a melhor parte. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) O MPMG providenciará, através do CAO-SAUDE, diagnóstico da cobertura da atenção básica na região do Vale do Aço, de forma a adotar estratégias de seu fortalecimento e consolidação, ainda que para isso tenha que postular na via judicial. 2) O município de Ipatinga, juntamente com o Conselho de Saúde, fará uma reunião extraordinária para discussão dos aspectos da gestão, vocação, estruturação e modelo de administração do Hospital Municipal de Ipatinga, repassando essa decisão, para ciência, da CIB-R. 3) O Superintendente Regional de Saúde da Macro, juntamente com o presidente do Colegiado Regional de Secretários Municipais de Saúde, promoverá uma reunião extraordinária da CIB-R para discussão da organização dos serviços na região, especialmente quanto ao modelo de gestão do Hospital Municipal de Ipatinga, após superação do ponto anterior da pauta. O Ministério Público Estadual, com atuação na defesa da saúde das comarcas de Timóteo, Coronel Fabriciano e Ipatinga, bem como o Procurador da República, com atuação na defesa da saúde, em Ipatinga, deverão ter ciência prévia dessa reunião extraordinária da CIB-R para, querendo, participar ativamente. 4) Designada comissão especial integrada pelos Promotores de Justiça MARIA REGINA LAGES PERILLI (comarca de Timóteo), ANIBAL TAMAOKI (comarca de Coronel Fabriciano), WALTER FREITAS DE MORAIS JÚNIOR (Comarca de Ipatinga), Procurador da República EDMAR GOMES MACHADO, pelo presidente do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde da Macro Leste, RUBENS DE ALMEIDA CASTRO, pelo Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Leste, JOSÉ ANCHIETA POGGIALI, pelo Conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, JOSÉ CARVALHIDO GASPAS, pelo Secretário Executivo da Fundação São Francisco Xavier (Hospital Márcio Cunha), LUÍS MARCIO ARAÚJO RAMOS, pelo Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga, WAGNER JOSÉ RODRIGUES BARBALHO, pelo Coordenador da Central de

Regulação Assistencial da Macro Leste, SAVIO FRANCISCO ULHOA, pelo profissional médico do Hospital Vital Brasil, Dr. ALISSON SILVEIRA CAMPOS, pelo Diretor Técnico do Hospital Vital Brasil, ABNER M. DE ARAÚJO JÚNIOR; pelo Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga, ÉCLAIR MOISÉS FENSKE ANTUNES; pelo representante do Sindicato dos Médicos do Vale do Aço, RONALDO ABREU; pelo Conselheiro Municipal de Saúde de Ipatinga, JOSÉ LAMEIRA DE MELLO, pela Conselheira Municipal de Saúde, JULIANA ZIMMERMAM GOMES e pelo Vice-Diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço, ANFILÓFIO SALLES MARTINS. Essa comissão, sem prejuízo da competência legal da instância colegiada da CIB-R, poderá discutir os principais problemas coletivos de saúde naquela região, com afetação para a assistência dos usuários, de modo a se evitar as recorrentes ações judiciais, tais como: identificação das necessidades regionais de saúde; implantação do SAMU regional; implantação/fortalecimento da Rede Resposta de Urgência e Emergência; fortalecimento da atenção básica; vocação dos prestadores hospitalares; ampliação de leitos na região; protocolo de Manchester; qualificação dos leitos SUS e; implantação das Redes de Atenção. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>MARIA REGINA LAGES PERILLI <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Timóteo</p>
<p>ANIBAL TAMAOKI <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Coronel Fabriciano</p>	<p>EDMAR GOMES MACHADO <i>Procurador da República</i> <i>Ipatinga/MG</i></p>
<p>MAURÍCIO RODRIGUES BOTELHO Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde – SES/MG</p>	<p>MARIA LETICIA DUARTE CAMPOS Subsecretária Estadual de Regulação Secretaria Estadual de Saúde</p>
<p>JOSÉ ANCHIETA POGGIALI Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Leste</p>	<p>TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA Coordenador do PROHOSP/SES/MG</p>

<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS</p>	<p>KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA FEDERASSANTAS/MG</p>
<p>LUÍS MARCIO ARAÚJO RAMOS Secretário Executivo da Fundação São Francisco Xavier – Hospital Márcio Cunha</p>	<p>RUBENS DE ALMEIDA CASTRO Presidente do Colegiado Regional de Secretários Municipais de Saúde da Macro Leste</p>
<p>SAVIO FRANCISCO ULHOA Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Leste/SES/MG</p>	<p>WAGNER JOSÉ RODRIGUES BARBALHO Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga</p>
<p>CHICO SIMÕES Prefeito Municipal de Coronel Fabriciano</p>	<p>ECLAIR FENSKE Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga</p>
<p>ABNER MOREIRA DE ARAÚJO JR. Diretor Técnico do Hospital Vital Brasil</p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Cataguases/Leopoldina

Aos onze dias do mês de setembro do ano de dois mil e doze, às 13 horas, no auditório do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cataguases, com endereço na Avenida Coronel Antônio Augusto, 442, 13º andar, bairro Vila Tereza, Cataguases, realizou-se a XIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos principais problemas de saúde da Região de Cataguases/Leopoldina, haja vista o grave comprometimento do acesso dos usuários aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade em níveis de complexidade crescente, com proposta de iminente propositura de ação judicial pelo Ministério Público. Participaram da reunião 49 (quarenta e nove) pessoas, representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública. Dessas, destacamos as presenças do Dr. Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Rodrigo Ferreira de Barros, promotor de justiça de defesa da saúde da comarca de Cataguases; José Mauro Pereira Lima, promotor de justiça de defesa da saúde da comarca de Leopoldina; João Batista da Silva, chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Cláudio Moisés Lacerda Reis, Superintendente Regional de Saúde da SES/MG em Juiz de Fora; Maria Cristina Gomes de Souza Nobre, Gerente Regional de Saúde da SES/MG em Leopoldina; Fernando Luís B. Abritta, Secretário Municipal de Saúde de Cataguases; Wilma Carla S. Portela, Secretária Municipal de Saúde de Leopoldina; Marluce Conceição Ferreira Rodrigues, Secretária Municipal de Saúde de Astolfo Dutra; Maria de Fátima Garcia Cunha Policiano, Secretária Municipal

de Saúde de Argirita; Ronaldo Adriano Simas, Secretário Municipal de Saúde de Santana de Cataguases; Silvana de Souza Muniz, Secretária Municipal de Saúde de Itamarati de Minas; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Advogada da Federassantas; Alessandra Cristina de Oliveira, Advogada da Federassantas; José Luís Fonseca Brandão, Conselheiro do Conselho Regional de Medicina-CRMMG;; Patrícia Soares de Mendonça, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cataguases; José Valverde Alves, Hospital Casa de Caridade Leopoldinense; Maria de Fátima Garcia Cunha Policiano, Conselho Municipal de Saúde de Argirita. A reunião foi aberta pelo coordenador do CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis. **EM SEGUIDA**, referido coordenador esclareceu sobre os motivos estratégicos da reunião, fixando objetivamente os pontos principais e secundários que deveriam nortear o objeto das discussões/deliberações. Ressaltou a importância da Mediação Sanitária como estratégia institucional capaz de agrupar, em um único espaço físico compartilhado, os diferentes saberes, jurídicos ou não, com superação obrigatória do viés da política partidária, de forma a se buscar a organização dos serviços regionalizados de saúde, com enfrentamento dos principais problemas multifatoriais, sem a necessidade da judicialização, sinalizando-se pela solução desses mesmos problemas mediante o comprometimento e responsabilização coletiva. Inicialmente, enfatizou a todos que a Microrregião Sanitária de Cataguases/Leopoldina, integrada pelos municípios de Argirita (2.880 habitantes), Astolfo Dutra (13.144), Cataguases (70.200), Dona Euzébia (6.050), Itamarati de Minas (4.101), Laranjal (6.491), Leopoldina (51.209), Palma (6.544), Recreio (10.308) e Santana de Cataguases (3.642), perfazendo um total de 174.569 habitantes, passou a ser considerada Região de Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Ministério da Saúde (MS), corroborados, respectivamente, pela Deliberação CIB-MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012 e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE as Regiões de Saúde, nos termos do artigo 5º do referido Decreto, deverão conter, no mínimo, ações e serviços de saúde organizados de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. QUE os entes federativos deverão definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e; respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. QUE o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de

Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. QUE a atenção primária é a ordenadora desses serviços de saúde. QUE o planejamento da saúde deve ser feito na forma ascendente e integrada, do nível local até o federal, ouvidos os Conselhos de Saúde, compatibilizando-se, nessa ordem, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade dos recursos financeiros. QUE o planejamento da saúde (local e regional) é obrigatório para os entes públicos. QUE o município de Cataguases encontra-se habilitado para a gestão plena do sistema municipal (GPSM), conforme Portaria MS nº 3.061, de 25/06/1998, portanto, exerce diretamente o exercício da governança/liderança dos seus prestadores, públicos ou privados conveniados ao SUS. QUE em razão dessa habilitação, o município de Cataguases, através de seu Fundo Municipal de Saúde, recebe os recursos do teto MAC (média e alta complexidade), repassados fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e SES/MG. QUE, em consulta ao site eletrônico do Ministério da Saúde, no portal transparência, Sala de Situação em Saúde, verifica-se que os repasses feitos pelo Ministério da Saúde, fundo a fundo, para o município de Cataguases, no período de 01/01/2012 a 11/09/2012, assim discriminados: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 3.571.798,77); MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 8.168.535,07); VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 262.755,92); ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (R\$ 239.723,84); GESTÃO DO SUS (R\$ 0,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 74.173,00), perfazendo um total de R\$ 12.316.986,60. Da mesma forma, com relação ao recebimento desses recursos, repassados pelo Ministério da Saúde (MS), fundo a fundo, para o município de Leopoldina, no período de 01/01/2012 a 11/09/2012, assim discriminados: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 2.347.719,50), MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – serviço específico (R\$ 59.400,00); VIGILANCIA EM SAÚDE (R\$ 189.918,35); ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (R\$ 255.253,04); GESTÃO DO SUS (R\$ 0,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 36.000,00), perfazendo um total de R\$ 2.888.290,89. QUE a SES/MG ainda não dispõe de um sistema informatizado, tal qual o Ministério da Saúde, de transparência dos repasses de recursos financeiros, da atenção básica, média e alta complexidade, sob sua obrigação constitucional, disponibilizados a cada um dos municípios mineiros. QUE dos municípios daquela Região de Saúde apenas Cataguases recebe diretamente os recursos financeiros, do teto MAC, diretamente em seu fundo municipal de saúde. QUE o teto da Média e Alta Complexidade Assistencial (MAC), competência 2012, já repassado pelo Ministério da Saúde, até o presente momento, para o Fundo Estadual de Saúde (SES/MG), devido àqueles municípios sem habilitação plena do sistema municipal,

conforme informações do SISMAC/MS – Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade foi de: LEOPOLDINA (R\$ 6.917.786,60); ARGIRITA (R\$ 81.045,23); ASTOLFO DUTRA (R\$ 415.014,22); DONA EUZÉBIA (R\$ 12.149,10); ITAMARATI DE MINAS (R\$ 27.415,28); LARANJAL (R\$ 228.969,45) PALMA (R\$ 250.753,63); RECREIO (R\$ 407.590,51) e SANTANA DE CATAGUASES (R\$ 10.902,60). QUE, segundo informações oficiais do portal eletrônico do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br/saladesituacao, os municípios dessa Região de Saúde, no tocante à cobertura da atenção básica, modalidades Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, respectivamente, assim se encontram: Cataguases (93,37% e 83,55%), Leopoldina (94,32% e 84,21%), Argirita (100% e 99,79%), Astolfo Dutra (100% e 100%), Dona Euzébia (90,89% e 100%), Itamarati de Minas (100% e 100%), Laranjal (100% e 100%), Palma (100% e 100%), Recreio (100% e 100%) e Santana de Cataguases (100% e 100%). QUE a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cataguases, hospital geral, sem fins lucrativos, conforme informações disponíveis no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, possui um total de 171 leitos especializados, desses 118 são contratados com o SUS, assim distribuídos: 24 cirúrgico, 58 clínico, 15 complementar, 08 obstétrico e 13 pediátrico. QUE com relação ao Hospital Casa de Caridade Leopoldinense, hospital geral, sem fins lucrativos, conforme informações junto ao CNES, possui um total de 98 leitos especializados, desses 73 são para o SUS, assim distribuídos: 11 cirúrgico, 26 clínico, 07 complementar, 15 obstétrico e 14 pediátrico. QUE no tocante ao prestador hospitalar de Leopoldina, conforme informações levantadas junto à SES/MG, é beneficiário do PRO-HOSP, com valor anual de R\$ 227.328,69, com vigência para 60 meses. QUE também possui contratualização com a SES/MG – Contrato de Metas nº 090/2010, para execução de atividades de serviços referente ao SUS, notadamente os serviços hospitalares da média complexidade, no valor anual de R\$ 5.623.340,88. QUE no período de 01/01/2011 a 31/03/2012 foram repassados para esse prestador hospitalar de Leopoldina o valor de R\$ 9.637.191,71, dos quais R\$ 7.370.671,59 são referentes à PPI Assistencial ambulatorial e hospitalar; R\$ 487.500,00 referentes ao PROURGE; R\$ 225.434,29 referentes ao PROHOSP e R\$ 1.553.585,83 referentes a convênios repassados para manutenção e funcionamento do Pronto Atendimento. **DADA A PALAVRA AO AUDITOR CHEFE DO DENASUS/MG**, foi ressaltada a importância da reorganização dos serviços de saúde, na visão regionalizada, conforme exigência legal no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE o DENASUS vem

construindo nacionalmente o Mapa da Saúde, que será disponibilizado, oportunamente, como ferramenta de gestão, para os gestores e domínio público. QUE esses novos tempos exigem profissionalização da gestão da saúde, com transparência e qualificação, de forma a preservar o princípio constitucional da continuidade dos serviços. QUE o planejamento da saúde é obrigatório para todos os entes federativos, devendo ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. QUE não há discricionariedade absoluta para o ente governamental, em face da ordem jurídica posta, quanto à observância da criação das regiões e redes de atenção à saúde. QUE o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é inevitável e visa à organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. QUE o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução. QUE os municípios que integram essa Região de Saúde, sob a liderança de Cataguases e de Leopoldina, precisam, com urgência, elaborar amplo diagnóstico das necessidades de saúde locais e regionais. **DADA A PALAVRA AO PROMOTOR DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE DA COMARCA DE CATAGUASES**, Dr. Rodrigo Ferreira de Barros, foi ressaltada a importância do evento de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAO-SAUDE e integração dos promotores de justiça com atuação na defesa da saúde, haja vista que fomenta o “fazer fazer” pelos entes governamentais na perspectiva da organização das ações e serviços de saúde, com redução das tensões e conflitos que possam levar à judicialização. QUE considera importantíssima a criação e implementação das Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, de forma que possa esse designado coordenador conhecer das principais causas coletivas dos problemas de saúde na região, de modo a fomentar estratégias de atuação uniformes junto aos Órgãos de Execução do Ministério Público com atuação na defesa da saúde. QUE não é produtiva e eficaz a atuação isolada do colega na defesa da saúde, uma vez que os problemas em saúde são multifatoriais e ultrapassam os limites do território municipal. Em seguida, fez uma detalhada apresentação das principais causas coletivas de problemas em saúde em Cataguases, com destaque para a falta do cumprimento de carga horária pelos profissionais médicos de saúde lotados junto ao prestador Santa Casa de Misericórdia, bem como a manutenção dos plantões e

sobreavisos, ambulatorial e hospitalar, pelas diversas clínicas. Sugeriu que cada um dos profissionais médicos do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Cataguases deveria, na proporção de 01X01, prestar seus serviços ao SUS no regime de plantão ou sobreaviso, ou seja, se referido profissional realizou um parto cesáreo, particular ou plano de saúde, em contrapartida deveria fazer outro, nos mesmos moldes, para o SUS. QUE não concorda que determinado profissional de saúde preste seus serviços na Santa Casa de Cataguases exclusivamente para a atenção privada ou decorrente de plano de saúde, sem uma fixação de contrapartida financeira pela utilização dos recursos/insumos de natureza pública. Reafirmou que a atenção básica qualificada é fator preponderante para construção das Redes de Atenção, de forma tripartite, na perspectiva da regionalização das ações e serviços de saúde. QUE possui em tramitação Inquérito Civil Público para investigação dos principais problemas de saúde no município, com afetação ao acesso adequado dos usuários aos diversos procedimentos médicos hospitalares, com destaque para a falta do cumprimento de carga horária pelos profissionais médicos, pagamento de serviços/procedimentos pelo prestador hospitalar com valores em muito superiores ao fixado pela tabela nacional do Ministério da Saúde e falta de escalas de plantões e sobreaviso por aquelas clínicas. QUE teve conhecimento da negativa de comparecimento de um profissional médico pediatra para atendimento a um recém-nascido caso não houvesse por parte de seus familiares o pagamento antecipado de honorários. QUE há flagrante descompasso de informações entre o banco de dados e a prática diária. QUE profissionais médicos atestam o cumprimento da carga horária contratada, mas executam diferentemente (a menor), portanto, a cobertura real não é aquela consignada no banco de dados. QUE não desconhece os problemas nos atendimentos realizados pelo prestador hospitalar, decorrentes, em grande parte, pela precária execução da atenção básica, o que demonstra necessidade de uma melhor classificação de riscos e qualificação da atenção primária. QUE o prestador hospitalar local faz atendimento de usuários de outros municípios da região, atuando de fato como hospital regional. **DADA A PALAVRA AO PROMOTOR DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE DA COMARCA DE LEOPOLDINA**, Dr. José Mauro Pereira Lima, foi dito sobre a gestão deficitária na garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, notadamente nas internações/transferências hospitalares. QUE mesmo nas situações de judicialização, com decisão liminar, há dificuldades/retardamento na observância da determinação judicial. QUE o município de Juiz de Fora, por ser sede da Região de Saúde, com grande

concentração de leitos e serviços da alta complexidade, teria melhores condições na resolução desses problemas regionais em saúde. **DADA A PALAVRA AO SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAÚDE MACRO SUDESTE**, Cláudio Moisés Lacerda Reis, ressaltou a importância do evento de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, colocando-se à disposição para a discussão e apresentação de estratégias, sempre que possível, que visem o aprimoramento das ações e serviços de saúde na região. QUE fica muito feliz com a mudança de postura institucional do Ministério Público ao invés da recorrência da judicialização, tal qual, foi testemunha e um dos grandes demandados quando do exercício do cargo de Secretário Municipal de Saúde em São João Del Rei. QUE concorda com a importância do fortalecimento das ações e serviços de saúde nessa específica região, sobretudo os da atenção da média complexidade, na forma preconizada pelo Decreto nº 7.508. QUE o município de Juiz de Fora, sede da Macrorregião Sudeste, é o atual pólo de Região de Saúde Ampliada, com vocação para execução das ações e serviços de saúde da alta complexidade regional. QUE concorda com a proposta de elaboração, com urgência, de um amplo diagnóstico regional que demonstre não somente as principais causas-problemas coletivos de saúde, como também as necessidades locais e regionais em saúde, a partir do Mapa da Saúde, de forma a possibilitar, no médio e longo prazo, a implementação dessas ações e serviços de saúde pelo desenho de redes de atenção. QUE concorda com a afirmação de que haja atualmente um subfinanciamento do SUS, mas que a gestão precisa, cada vez mais, estar qualificada, de forma que os instrumentos de gestão não sejam meramente fictícios. QUE os pequenos hospitais, ou seja, aqueles com até 50 leitos, dentro da Região de Saúde Ampliada, precisam assumir nova identidade assistencial, de forma a tornaram-se estratégicos para o SUS, como, por exemplo, sua conversão em uma Sala de Estabilização dentro da microrregião de saúde. QUE a região possui dificuldades na atenção médica especializada por neurocirurgia, possuindo 05 profissionais que não trabalham para o SUS. Que os profissionais neurocirurgiões que prestam atendimento público, assim discriminados: 02 em Ubá, 02 em Muriaé e 05 em Juiz de Fora. QUE pode citar como exemplo de gestão qualificada o município de Muriaé, referência em oncologia, com atendimento de usuários de vários municípios e mesmo fora do estado de Minas Gerais. QUE é preciso também atuar nas causas externas com impacto para o SUS, como, por exemplo, os acidentes por motocicletas. **DADA A PALAVRA A GERENTE REGIONAL DE SAÚDE DA SES/MG** Maria Cristina Gomes de Souza Nobre foi dito que se encontrava, neste ato, representando o

Subsecretário Estadual de Política e Ações de Saúde da SES/MG, Dr. Maurício Botelho. Ressaltou, da mesma forma, a importância da ação institucional de Mediação Sanitária, com reconhecimento pessoal do Senhor Secretário Estadual de Saúde, Antônio Jorge de Souza Marques. QUE tem exercido com dedicação seu múnus de Gerente Regional de Saúde na microrregião, sempre que possível, com elaboração de oficinas, com participação dos municípios, para, dentre outras, promoverem o fortalecimento do Plano Diretor da Atenção Primária. QUE os problemas regionais de saúde são sempre discutidos no nível de CIB-R. QUE reconhece a necessidade de que sejam feitos estudos epidemiológicos, no âmbito regional, com vistas à construção do indispensável desenho de rede, de modo a fortalecer, sobretudo, a média complexidade, na forma recomendada para as regiões de saúde. QUE esse diagnóstico coletivo proporcionará a construção das Redes de Atenção, na macro Sudeste, em todos os níveis de assistência, conforme já sinalizado pela SES/MG. QUE, da mesma forma, o prestador Casa de Caridade Leopoldinense, hospital geral, entidade beneficente sem fins lucrativos, de gestão dupla, recebe recursos do PRO-HOSP, repassados pela SES/MG. QUE esse prestador hospitalar também possui contratualização com a SES/MG, denominado Contrato de Metas, com repasses mensais de recursos financeiros, visando a garantia dos serviços da média complexidade. Que se encontra em curso uma Auditoria Assistencial, sob a coordenação da SES/MG, em face dos serviços do Hospital Casa de Caridade Leopoldinense. QUE considera importante a criação de um fórum permanente de discussões de problemas em saúde assim que passadas as eleições municipais. **DADA A PALAVRA A FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DE MINAS GERAIS**, na pessoa de sua Advogada Kátia Rocha, foi ressaltada a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, em especial do CAO-SAUDE. Enfatizou o papel dos hospitais filantrópicos na participação complementar, na forma de contrato ou convênio. QUE o último reajuste da Tabela Nacional de Procedimentos do Ministério da Saúde se deu em 1995, por ocasião de uma deliberação do Conselho Nacional de Saúde que teria aprovado um reajuste de 40%, mas que na prática foi acatada apenas em 25% pelo Ministério da Saúde. QUE desde o ano de 1995 os reajustes são por grupos de procedimentos. QUE a questão do financiamento é o principal entrave pelas dificuldades das Santas Casas e Entidades Filantrópicas no Brasil. QUE muitos dos gestores dessas entidades filantrópicas são exemplos de excelência em administração. QUE os benefícios tributários concedidos às entidades filantrópicas não são suficientes para o

equilíbrio da prestação de serviços para o SUS. QUE há necessidade de o Ministério da Saúde revisar sua postura política e administrativa com relação a esses prestadores, hoje considerados estratégicos para o SUS, pelo maior número de leitos SUS. QUE o Ministério da Saúde precisa dizer, no âmbito nacional, o que é o mínimo a ser oferecido pelo SUS para garantia dos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, bem como o mínimo desse custeio. QUE o artigo 26 da Lei federal nº 8.080/90 não é cumprido pelo Ministério da Saúde, haja vista que a tabela referida não vem acompanhada de estudos técnicos pormenorizados para justificar o custo de cada procedimento. QUE na formalização dos contratos e convênios com essas entidades filantrópicas deve-se observar o equilíbrio econômico-financeiro dos ajustes, haja vista que o pretexto da desoneração tributária não pode ser invocado unilateralmente pelo poder público para pagar mal esses prestadores. QUE imunidade tributária significa na prática redução de custos para o ente público contratante. QUE acredita que a resolução dos problemas em saúde nessa região de Cataguases/Leopoldina deve ser enfrentada coletivamente, numa visão regionalizada, dentro da Macro Sudeste, com definição da vocação dos prestadores, levantamento das necessidades em saúde, potencialidades/fragilidades, investimentos em saúde, criação das redes de atenção, fortalecimento da atenção básica, dentre outros. QUE na relação entre prestador e profissionais de saúde não há imposição contratual. QUE os serviços da média complexidade são os mais subfinanciados. **DADA A PALAVRA AO DIRETOR REGIONAL DO CRMMG**, Conselheiro José Luís Fonseca Brandão, foi dito que, da mesma forma, homenageava o Ministério Público pela ação de Mediação Sanitária, já empoderada pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, como forma de discussão democrática dos principais problemas recorrentes de saúde, visando sua adequação e fortalecimento. Justificou a ausência do seu presidente Dr. João Batista Gomes. Esclareceu que o CRMMG, autarquia federal, nas demandas em saúde, com envolvimento de seus profissionais, não possui “lados”, seja para apoiar ao Ministério Público ou aos seus profissionais de saúde. QUE a atual postura institucional do CRMMG é o do alinhamento ao correto, à adequação às normas, procedimentos e preceitos éticos. QUE com relação ao cumprimento de carga horária pelos profissionais de saúde entende que as cláusulas avençadas nos respectivos contratos devem ser observadas. QUE nenhum profissional de saúde é obrigado a aderir à prestação de serviços ao SUS, mas que o fazendo deverá observar as regras e normas próprias da contratualização. QUE não concorda com a proposta sugerida pelo Dr. Rodrigo

Ferreira Barros, promotor de justiça de defesa da saúde da comarca de Cataguases, quanto à exigência de que cada um dos profissionais de saúde, com credenciamento ao CNES (prestação de serviços ao SUS) possa fazer “compensação” ao SUS, na proporção de 01X01, nos mesmos moldes pelos serviços prestados, particular ou plano de saúde, ou seja, se o profissional realizou um parto cesáreo, particular ou plano de saúde, deverá fazê-lo em relação ao SUS. QUE não é possível identificar com antecedência, com envio de informações ao Ministério Público, conforme sugerido pelo Dr. Rodrigo Barros, o nome do médico assistente em face de cada um dos usuários. QUE o Código de Ética Médica e normas do Conselho Federal de Medicina impõem que cada paciente tenha assegurado seu médico assistente. QUE o percurso/visitas aos leitos de pacientes internados pode ser feito por qualquer profissional de saúde de plantão/serviço na clínica específica, com registro na respectiva papeleta médica. QUE concorda que cada uma daquelas clínicas do prestador Santa Casa de Misericórdia de Cataguases possa realizar sua escala de plantão, não sendo correto exigir-lhe a individualização (nome de cada profissional), conforme sugerido pelo Dr. Rodrigo Barros. QUE a responsabilidade clínica consiste em apresentar referida escala de plantão ao Diretor Clínico do Hospital. QUE, nos casos de falta/omissão/recusa na elaboração dessa escala pelo responsável de cada uma das clínicas, o Diretor Clínico do hospital deverá fazê-lo, em substituição, em razão de sua autonomia administrativa. Que a elaboração de escala de plantão médico ou de indicação de substitutos pertence ao próprio corpo clínico, vedada sua confecção pelo provedor/administrador da entidade hospitalar. QUE o profissional médico não possui obrigatoriedade de manter-se parte do corpo clínico da entidade. QUE concorda que o profissional médico, não integrante do corpo clínico, contudo com permanência no ambiente hospitalar filantrópico, com execução de ações e serviços, particular ou plano de saúde, deverá, se for o caso, indenizar o prestador pela utilização dos insumos/equipamentos, de natureza pública. QUE considera importante que, nas formalizações dos contratos entre o poder público estadual ou municipal com o prestador hospitalar, os profissionais médicos sejam ouvidos. QUE a SES/MG deverá otimizar ainda mais o seu papel de Regulador das ações e serviços de saúde. QUE deverá haver um alinhamento entre o Regimento Interno da entidade hospitalar e a do corpo clínico. QUE o CRMMG se compromete a convocar todos os profissionais médicos daquela unidade hospitalar, bem como os da Casa de Caridade Leopoldinense, para que, em reunião, possa repassar-lhes melhor orientação, bem como discutir/elaborar/aprovar referido Regimento

Interno. QUE se compromete a consignar no referido Regimento norma expressa que indique a obrigatoriedade do profissional médico, pertencente ao corpo clínico, naquela unidade hospitalar, em prestar seus serviços ao SUS, desde que lá também esteja a realizar procedimentos privados ou de planos de saúde. QUE se compromete a consignar no referido Regimento norma expressa que aponte para a obrigação da indenização pecuniária, devida ao prestador hospitalar filantrópico, nos casos de profissionais médicos, não integrados ao corpo clínico, com atendimento particular e através de planos de saúde, sem atendimento ao SUS, haja vista a utilização dos insumos e equipamentos adquiridos por recursos públicos. **DADA A PALAVRA AO PRESTADOR DA CASA DE CARIDADE LEOPOLDINSE**, na pessoa de José Valverde Alves, apresentou as fundadas dificuldades apresentadas pelo prestador. QUE considera relevante a elaboração de um amplo diagnóstico regional que aponte para as necessidades de saúde, na forma da regionalização. QUE possui contratualizado com o SUS, através da SES/MG – Contrato de Metas – prestação de serviços em suas 04 clínicas. QUE a manutenção do plantão médico presencial nas 04 clínicas é muito onerosa. QUE o município de Leopoldina não possui estrutura própria para o atendimento das urgências e emergências, nível ambulatorial. QUE esses serviços/atendimentos são realizados pelo pronto socorro do hospital Casa de Caridade Leopoldinense. QUE se compromete a levantar e repassar para a Promotoria de Justiça da comarca de Leopoldina, para os fins de integração dos dados/levantamentos das necessidades regionais em saúde, o custo médio (valor de mercado) do plantão médico presencial em cada uma daquelas suas clínicas. QUE se compromete a informar à Promotoria de Justiça da comarca de Leopoldina, para os fins de integração dos dados/levantamentos das necessidades regionais em saúde, o percentual de usuários de outros municípios com atendimento ambulatorial em seu pronto socorro, visando, se for o caso, a celebração de um Termo de Cooperação Técnica entre Entes Públicos Municipais. QUE considera relevante a criação/reformatação do atual Regimento Interno do hospital Casa de Caridade Leopoldinense, de forma a recepcionar as principais deliberações tomadas nesta reunião, sobretudo as apontadas pelo CRMMG. QUE considera importantíssimo a criação de uma Comissão de Trabalho, podendo ser desdobrada em subcomissões, de natureza plural, que possa realizar, com urgência, o levantamento dessas necessidades regionais em saúde. **DADA A PALAVRA AO PRESTADOR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATAGUASES**, na pessoa de José Eduardo Machado, foi dito da importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério

Público. QUE reconhece, assim como o Ministério Público, que os profissionais médicos não querem atender aos usuários do SUS, não obstante a Lei federal 12.101, de 2009. QUE enfrenta consideráveis problemas quando das solicitações de vagas (internações) no SUSFácil, pois, o considera muito difícil, complexo. QUE o tempo médio de espera pela efetiva transferência do paciente para outro prestador com maior resolubilidade, regularmente cadastrado no SUSFácil, é de 03 dias. QUE não consegue prestador em neurocirurgia, uma vez que esse profissional além de escasso, quando existe não quer atendimento SUS. QUE a SES/MG deverá adotar providências/estratégias que visem o interesse do credenciamento desses profissionais no SUS. QUE não concorda com os atuais parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde para os procedimentos de cateterismo. QUE o prestador possui problemas com a vigilância sanitária, tendo perdido, nos últimos dias, 06 leitos, além da desaprovação de outros 12, com grave comprometimento para o acesso dos usuários, em face da crescente demanda dos serviços. **DADA A PALAVRA AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATAGUASES**, Fernando Luís B. Abritta foi dito que não obstante os problemas enfrentados, o município tem realizado cerca de 65 procedimentos cirúrgicos eletivos mês. QUE houve a perda do credenciamento no serviço de neurocirurgia, acreditando que a falta da aprovação deveu-se pela existência desse profissional em Muriaé. QUE a Secretaria Municipal de Saúde, nos casos de pedidos de transferência de pacientes (internações) tem procurado resolver as demandas no menor tempo possível. QUE o município possui condições de realizar os procedimentos de cateterismo por razões de sua técnica e equipamentos, contudo, não possui credenciamento SUS, razão pela qual os usuários têm sido referenciados para outros municípios. QUE o município possui pronto atendimento, com capacidade para acolher 300 a 400 pacientes/dia, na área da ortopedia e clínica. QUE o município possui uma policlínica para atendimento em 15 consultas especializadas, além de um Centro de Atenção da Mulher e do Idoso. QUE em seu NASF há 04 profissionais pediatras. QUE esses profissionais pediatras estão se tornando escassos na região, atualmente alguns deles com solicitação de descredenciamento aos serviços do SUS. QUE o município repassa, a título de subvenção social, o valor mensal de R\$ 43.000,00 ao prestador Santa Casa de Misericórdia de Cataguases para pagamento do sobreaviso médico em 05 especialidades. **DADA A PALAVRA AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTANA DE CATAGUASES**, Ronaldo Adriano Simas foi dito que enfrenta problemas de saúde na oftalmologia, especificamente no tocante ao projeto Olhar Brasil, onde são pagos apenas R\$ 14,30 para consulta,

razão pela qual há forte desinteresse do profissional de saúde nesse credenciamento. QUE possui dúvidas quanto à possibilidade de o município poder complementar esse valor para garantia do atendimento da crescente demanda. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) O MPMG providenciará, através do CAO-SAUDE, agilização do resultado da auditoria assistencial, realizada pela SES/MG, em face dos serviços do prestador Casa de Caridade Leopoldinense, com sua remessa imediata para a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Leopoldina. 2) O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, de forma a solicitar-lhe deliberação plenária quanto à publicação de uma resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. 3) O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais providenciará convite/convocação dos profissionais de saúde do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cataguases para discussão dos principais assuntos tratados/deliberados nesta reunião, sem a presença do servidor Administrador Hospitalar, se for o caso. 4) O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais providenciará convite/convocação dos profissionais de saúde do hospital Casa de Caridade Leopoldinense para discussão dos principais assuntos tratados/deliberados na reunião. 5) O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais providenciará, junto aos profissionais médicos do corpo clínico do hospital Casa de Caridade Leopoldinense e Santa Casa de Misericórdia de Cataguases, com prazo de até 60 dias, (re)elaboração do seu Regimento Interno, em cada deles, de forma clara e precisa, com observância das seguintes diretrizes: a) o profissional médico responsável por cada uma das clínicas, no ambiente hospitalar, deverá apresentar ao seu Diretor Clínico escala de serviços de seus profissionais, no regime de plantão; b) na ausência dessa escala de serviços pelo responsável da clínica, o Diretor Clínico, em face de sua autonomia administrativa, será o responsável pela sua elaboração; c) assegurar a cada um dos pacientes/usuários, internados na respectiva unidade hospitalar, seu direito ao médico assistente, conforme normas do Conselho Federal de Medicina e Código de Ética Médica; d) assegurar a prestação de serviços ao SUS pelo profissional de saúde, cadastrado no CNES, integrante do corpo clínico da unidade hospitalar, de natureza filantrópica, desde que faça atendimentos privados e/ou planos de saúde; e) convencionar a

possibilidade de indenização financeira pelo profissional médico, não integrado ao corpo clínico, com atuação nos atendimentos particulares e/ou planos de saúde, sem atendimento ao SUS, no ambiente hospitalar filantrópico, haja vista a origem dos insumos/equipamentos adquiridos com recursos públicos. 6) O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cataguases e o Hospital Casa de Caridade Leopoldinense, no prazo de até 60 dias, deverão (re)elaborar seu Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes constantes do item acima. 7) A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde de Cataguases e de Leopoldina, quando da celebração dos contratos/convênios, específicos ou genéricos, com repasses de recursos financeiros para as ações e serviços de saúde, tendo como beneficiários os prestadores Santa Casa de Misericórdia de Cataguases e Casa de Caridade Leopoldinense, respectivamente, deverão assegurar, sempre que possível, como anuentes, as pessoas dos Diretores Clínicos. 6) Tendo em vista a necessidade da implementação e re)organização das ações e serviços de saúde na Macro Sudeste, integrada por 94 municípios, constituída de uma população de 1.575.629 habitantes, conforme PDR-MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, que resulte no fortalecimento da regionalização, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, com garantia do acesso qualificado dos usuários às ações e serviços de saúde, respeitadas as competências da instância colegiada da CIB-R, fica criada Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Gerente Regional de Saúde de Leopoldina, Gerente Regional de Saúde de Ubá, Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases, Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina, Secretaria Municipal de Saúde de Além Paraíba, Secretaria Municipal de Saúde de Carangola, Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé, Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont, Secretaria Municipal de Saúde de São João Nepomuceno, Secretaria Municipal de Saúde de Bicas, Secretaria Municipal de Saúde de Ubá, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Cataguases, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas), Colegiado Regional do COSEMS/MG em Juiz de Fora, Colegiado Regional do COSEMS/MG de Leopoldina, Colegiado Regional do COSEMS/G de Ubá, Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde das comarcas de Juiz de Fora, Além Paraíba, Carangola, Lima Duarte, Leopoldina, Cataguases, Muriaé, Santos

Dumont, São João Nepomuceno, Bicas e Ubá para, no prazo de 60 (sessenta) dias, apresentar detalhado relatório/diagnóstico, preliminar, com identificação, dentre outras, das necessidades de saúde na região, suas fragilidades/potencialidades, densidade tecnológica operacional instalada, definição de vocações/identidades dos prestadores hospitalares, inclusive os considerados de pequeno porte (máximo 50 leitos), qualificação dos leitos hospitalares, qualificação da atenção primária (resolutividade), internações por condições sensíveis à atenção primária, protocolo de Manchester e implantação das redes de atenção, visando a (re)organização das ações e serviços de saúde na região, em níveis de complexidade crescente. A coordenação dos trabalhos da Comissão ficará afeta ao Superintendente Regional de Saúde de Juiz de Fora e ao Promotor de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de Cataguases. 7) Referido relatório/diagnóstico, de natureza preliminar, sem prejuízo das competências da CIB-R, será apresentado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, posteriormente, em reunião a ser designada pelo Coordenador do CAO-SAÚDE, ao Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ao Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, a presidência do COSEMS/MG e Conselho Estadual de Saúde, através de especial reunião de Mediação Sanitária, em desdobramento, preferencialmente em um dos municípios da Região. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>RODRIGO FERREIRA DE BARROS <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Cataguases</p>
<p>JOSÉ MAURO PEREIRA LIMA - <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Leopoldina</p>	<p>CLÁUDIO MOISÉS L. REIS <i>Superintendente Regional de Saúde</i> SES/MG – JUIZ DE FORA</p>
<p>MARIA CRISTINA GOMES DE SOUZA. NOBRE <i>Gerente Regional de Saúde</i> SES/MG - Leopoldina</p>	<p>FERNANDO LUÍS B. ABRITTA Secretário Municipal de Saúde Cataguases/MG</p>

<p>WILMA CARLA S. PORTELA Secretária Municipal de Saúde Leopoldina/MG</p>	<p>JOSÉ LUÍS FONSECA BRANDÃO Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais</p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS</p>	<p>KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA FEDERASSANTAS/MG</p>
<p>JOSÉ VALVERDE ALVES Hospital Casa de Caridade Leopoldinense</p>	<p>JOSÉ EDUARDO MACHADO Hospital Santa Casa de Misericórdia Cataguases</p>
<p>MARIA DE FÁTIMA GARCIA CUNHA POLICIANO Secretária Municipal de Saúde Argirita Conselheira Municipal de Saúde</p>	<p>MARLUCE CONCEIÇÃO FERREIRA RODIGUES Secretária Municipal de Saúde Astolfo Dutra</p>
<p>RONALDO ADRIANO SIMAS Secretário Municipal de Saúde Santana de Cataguases</p>	<p>SILVANA DE SOUSA MUNIZ Secretária Municipal de Saúde Itamarati de Minas</p>
<p>ALESSANDRA CRISTINA DE OLIVEIRA Advogada Federassantas/MG</p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mpmg.mp.br

ATA REUNIÃO

XVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Santa Luzia

Aos vinte e cinco dias do mês de setembro do ano de dois mil e doze, às 14 horas, na sala de reuniões do Hospital São João de Deus, com endereço na Rua Floriano Peixoto, 333, bairro centro, Santa Luzia/MG, realizou-se a XVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, para discussão, dentre outras, do indevido atraso, pelo município, dos repasses de recursos municipal e federal, referentes aos serviços prestados pelo Hospital São João de Deus, entidade civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº 24.425.019.0001-48, com comprometimento da assistência à saúde aos usuários do SUS e, ainda, agravamento pela iminente possibilidade de suspensão da prestação dos serviços pelos profissionais de saúde do referido prestador. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Daniele Naconeski, promotora de justiça da comarca de Santa Luzia, João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS/MS; Antônio Teixeira da Costa, Secretário Municipal de Saúde de Santa Luzia; Paulo de Tarso Auais, presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Centro, neste ato representando o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde, Maurício Botelho; Alexandre Augusto Carvalho Gonzaga, procurador geral do município de Santa Luzia; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Federassantas/MG; José Afonso Soares, CRMMG; Flávia Eugênia de Souza, Diretora Administrativa do hospital São João de Deus; Márcia Marques Guimarães, Diretora Técnica do hospital São João de Deus; Márcia Carlota, prefeitura municipal de Santa Luzia; Michael Luiz Diana de Oliveira,

Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia; Nadia Cristina Dias, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia; Alvaro Defeo Fiuza, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia; Maria das Graças Frederico, Conselho Municipal de Saúde; Ducineide Geralda Santos, Conselho Municipal de Saúde; Fábio Augusto Ferreira, hospital São João de Deus; Leonardo Justino Martins, FEDERASSANTAS; Bruno Langussu Dantas, Diretor Clínico do hospital São João de Deus; e Jerry Adriane Martins de Abreu, Subcomandante da Companhia de Polícia Militar em Santa Luzia. A reunião foi aberta pelo coordenador do CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis, que esclareceu sobre os seus motivos, fixando objetivamente os pontos principais e secundários que deveriam nortear o objeto das discussões/deliberações. Em seguida, ressaltou a importância do prestador São João de Deus como entidade filantrópica centenária, com dedicação de 90% de seus serviços ao SUS, reconhecido como estratégico para o SUS, submetido a Gestão Municipal, com 125 leitos SUS distribuídos nas quatro clínicas (cirúrgico, médica, obstétrico e pediátrico). Esclareceu que, conforme informações repassadas pela SES/MG, referido prestador recebe recursos do Estado de Minas Gerais, a título de PRO-HOSP Microrregional desde o ano de 2005, com valor aprovado, exercício 2012, conforme resolução, de R\$ 614.842,77. Informou ainda que, conforme levantamentos junto ao site do Ministério da Saúde, o município de Santa Luzia, habilitado na antiga Gestão Plena do Sistema Municipal, no período de 01/01/2012 a 25/09/2012, teria recebido, através de seu Fundo Municipal de Saúde, CNPJ nº 11.285.036/0001-85, os seguintes repasses financeiros: a) Atenção Básica – R\$ 9.322.041,94; b) Média e Alta Complexidade – R\$ 10.693.072,09; c) Vigilância em Saúde – R\$ 863.836,53; d) Assistência Farmacêutica – R\$ 975.896,82; e) Investimento – R\$ 2.336.798,00, perfazendo um TOTAL de R\$ 24.181.645,38. Ressaltou que o prestador São João de Deus, referência na execução dos serviços microrregionais, de média complexidade, pactuados em PPI, possui contratualização com o Ministério da Saúde, recebendo dele, mensalmente, valores TETO MAC, repassados através do Fundo Municipal de Saúde, acima apontados, a quantia de R\$ 464.000,00. **Ato contínuo, dada palavra ao prestador São João de Deus, através da Federassantas/MG, Kátia Regina de Oliveira Rocha**, confirmou que a entidade recebe recursos do PRO-HOSP, de natureza estadual, tendo, no presente exercício, recebido apenas 02 (duas) parcelas, através do Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia, ignorando os motivos pelos quais não teria recebido as demais parcelas. PELO MUNICÍPIO/SMS, foi dito que não há qualquer parcela de recursos retida no seu Fundo Municipal, a título de PRO-HOSP, acreditando que os repasses são

feitos a cada quadrimestre. PELO DENASUS, foi dito que há diferenças entre repasses a cada quadrimestre ou prestação de contas, devendo ser esclarecido essa circunstância pelos interessados. **PELA FEDERASSANTAS**, em continuidade, foi dito que ainda não conseguiu consolidar com o município, através de um único instrumento contratual, os dois ajustes atuais, ou seja, a contratualização com o Ministério da Saúde, no valor de R\$ 464.000,00, mensalmente, para garantia da prestação dos serviços microrregionais, média complexidade, conforme PPI; e o convênio municipal, versando sobre os repasses, mensalmente, no valor de R\$ 270.000,00, para garantia da manutenção da expansão proposta, consubstanciada nos 30 leitos em clínica médica, diretamente no ambiente hospitalar. Informou que o Hospital São João de Deus não possui porta aberta para o pronto socorro (ambulatorial) de urgência e emergência há mais de 14 anos, exceto para o serviço na maternidade. QUE o município encontra-se em débito com a entidade, em face desse convênio, no seguinte período: agosto 2011 (R\$ 254.000,00) julho 2012 (R\$ 270.000,00) e agosto de 2012 (R\$ 270.000,00), perfazendo um total de R\$ 794.000,00. QUE o prestador São João de Deus se encontra habilitado junto ao Ministério da Saúde, conforme aprovação na Resolução CIB/SUS nº 1.159, de junho de 2012, na Rede Resposta das Urgências e Emergências. QUE tem conhecimento de que houve os repasses financeiros, a título da Rede Resposta das Urgências e Emergências, pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Estadual de Saúde e, deste para o Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia, contudo, NÃO tendo recebido qualquer parcela. QUE esses recursos, repassados pelo Ministério da Saúde, a partir de maio de 2012, no valor mensal de R\$ 200.000,00, perfazendo, portanto, de maio a agosto de 2012, um seu crédito no valor de R\$ 800.000,00, retido no Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia. QUE a parcela de R\$ 200.000,00, referente ao mês de setembro de 2012, conforme informações do GEICOM – Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da SES/MG, já deveria ter sido repassada para o Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia e, deste, por consequência, para o prestador hospitalar. Contudo, o município ainda não apresentou para o GEICOM o cumprimento de metas solicitadas, daí a retenção específica dessa parcela. QUE o prestador possui créditos de extrapolamento do teto (PPI microrregional) pelos serviços realizados, média complexidade, com usuários referenciados de outros municípios adscritos, contudo, ainda não recebeu qualquer valor junto à SES/MG ou Ministério da Saúde. **PELO MUNICÍPIO/SMS** foi dito que confirma a existência desse convênio celebrado com o prestador Hospital São João de Deus, com vencimento em

outubro de 2012, no valor mensal de R\$ 270.000,00. QUE confirma os atrasos dos repasses alusivos aos meses de agosto de 2011, julho e agosto de 2012, por entender que o prestador possuía pendências com a regularização fiscal (ausência de CND), embora, por outro lado, reconhece sua obrigação ao pagamento, haja vista que houve a efetiva prestação dos serviços pelo prestador, daí a necessidade de se buscar, com urgência, a solução para esse impasse. PELO MPMG foi ressaltado seu posicionamento a respeito dessa matéria, ou seja, eventual inadimplência com a seguridade social de prestador público ou filantrópico, conveniado ao SUS, não poderá ser empecilho para a continuidade dos serviços SUS, nem mesmo para que haja os repasses financeiros devidos pelos serviços realizados. Esclareceu que possui Parecer Técnico Jurídico a respeito desse tema, como forma de orientação institucional aos seus membros, inclusive, com adoção dessa estratégia pela própria SES/MG. PELO DENASUS, foi dito que poderá elaborar um parecer, apoiado na orientação institucional do MPMG, no sentido de recomendar o imediato repasse municipal financeiro ao prestador, independentemente daquela situação irregular com a seguridade social. Esclareceu, ainda, sobre existência de incoerência da administração municipal ao insistir nessa indevida retenção de recursos financeiros, seja porque houve a prestação de serviços pelo Hospital São João de Deus, seja porque outras parcelas, desse mesmo convênio, já foram pagas independentemente dessa suposta irregularidade com a seguridade social. **RETORNADA a palavra ao MUNICÍPIO/SMS**, foi informado que esse convênio, celebrado no ano de 2010, decorreu, também, do fato de que os dois Pronto Atendimentos Municipais (PA) não têm a resolutividade (qualificação) para as “internações” dos usuários, depois das primeiras 24 horas, nível ambulatorial, urgência e emergência. QUE, em conjunto com o prestador, decidiu pela elaboração daquele convênio, permitindo-se a expansão dos leitos em clínica médica, como garantia de que os usuários fossem lá internados, em ambiente hospitalar, com recebimento dos cuidados médicos necessários, cadastrados no SUSFÁCIL, na pendência de suas remoções para outro leito hospitalar com qualificação e resolução para a demanda específica. Também, registrou como outro motivo para a celebração desse convênio, a busca pelo aumento da série histórica (produção), ainda não reconhecida pela SES/MG e Ministério da Saúde, de forma que pudesse ser majorado o percentual mensal da contratualização (serviços da média complexidade), acima descrita, atualmente no valor mensal de R\$ 464.000,00. QUE seus dois Prontos Atendimentos Municipais, nível ambulatorial, atendimento das urgências e emergências, porta aberta, recebem, sem

contraprestação financeira, considerável percentual de usuários de outros municípios. QUE concorda que esses municípios possam ser chamados à discussão, em sede de mediação sanitária, de modo a ressarcir o município de Santa Luzia pela utilização desses serviços, sob pena de os mesmos serem compelidos a dar essa atenção integralizada na sua base territorial. QUE atualmente os custos pela manutenção de seus dois prontos atendimentos giram em torno de R\$ 2.400.000,00. QUE o município possui adiantados estudos/projetos de construção de duas UPAS em sua base territorial, não podendo ser aproveitadas as estruturas atuais de seus dois PA's. QUE essas UPAS seriam unidades de porte III, pendente de aprovação na SES/MG e Ministério da Saúde. PELO MPMG, foi dito que o município, embora possua a decisão discricionária pela organização dos serviços SUS, deveria acautelar-se em face dos custos com custeio dessas unidades pré-hospitalares, devendo avaliar quanto à necessidade de dupla porta para realização desses serviços. Ponderou no sentido da realização, com urgência, de um estudo (planilha) que demonstre a viabilidade técnica, viabilidade financeira e viabilidade assistencial, com todos os ensaios possíveis, inclusive da reabertura do pronto socorro do Hospital São João de Deus, com demonstração das vantagens e desvantagens de cada uma das propostas, visando a qualificação do processo decisório. PELA SES/MG, representada pelo Dr. Paulo de Tarso, foi dito que na época em que exerceu o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Santa Luzia teria elaborado um amplo estudo detalhado, com abrangência de 10 anos, conferido pelo DENASUS, que justificava, em razão de sua série histórica, o aumento dos repasses financeiros, pela SES/MG e Ministério da Saúde, do Teto MAC para o município de Santa Luzia. QUE é possível resgatar esse estudo/projeto seja no Ministério da Saúde, com identificação do SIPAR, ou nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia. Explicou, ainda, com detalhamento, os diversos tipos de programas e repasses existentes entre o Ministério da Saúde e SES/MG em favor do município de Santa Luzia. PELO CRMMG, foi dito que o município não poderia reter recursos que não lhe pertence. QUE essa situação se agrava a partir do momento em que o prefeito municipal também é profissional médico, com possibilidades de seu questionamento diretamente pelo CRMMG, em face do prejuízo causado ao prestador hospitalar e ao seu corpo clínico. PELA DIRETORA TÉCNICA e DIRETORA ADMINISTRATIVA do prestador São João de Deus foi dito que o recebimento imediato desses seus recursos, atualmente retidos pelo município, é vital para a sobrevivência da assistência médico hospitalar, de forma que possa garantir o

pagamento de seus fornecedores e honorários dos profissionais de saúde. QUE sua despesa, no ano de 2011, foi em torno de R\$ 1.452.646,00 e, atualmente, seu débito mensal é de R\$ 229.880,09. **RETORNADA a palavra ao MUNICÍPIO/SMS** foi dito que concorda que os atuais instrumentos (contrato e convênio) possam ser fundidos em um só, com maior detalhamento, transparência, visibilidade, metas quantificadas, monitoramento e fiscalização. QUE se encontra à disposição para essa formalização com o hospital São João de Deus, que doravante, deverá observar a forma de contrato e não mais convênio, encampando-se os atuais instrumentos existentes entre ele e referido prestador. QUE o município não possui uma lei específica que dê sustentação legal para os repasses, mensalmente, através de convênio, para aquele prestador, daí seu comprometimento nessa regularização. QUE não possui condições, nesta audiência, de responder afirmativamente se liberará ou não os créditos retidos do hospital São João de Deus, sendo necessário que se faça, com urgência, uma reunião com sua equipe técnica e política, em especial com o Prefeito Municipal, haja vista sua dificuldade financeira e comprometimento em face da Lei de Responsabilidade Fiscal. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, discutidos, deliberados e aprovados os seguintes pontos:** 1) O MPMG oficiará, com urgência, a SES/MG para que informe sobre o cronograma de pagamentos do PRO-HOSP para aquele prestador São João de Deus, através do Fundo Municipal de Saúde, bem como apresentar, se for o caso, os eventuais motivos técnicos dessas retenções. 2) O MPMG oficiará, com urgência, a SES/MG e ao Ministério da Saúde, para que informe sobre o cronograma de repasses de verbas da Rede Resposta Urgência e Emergência para o prestador hospital São João de Deus, através do FES/FMS, bem como apresentar, se for o caso, os eventuais motivos técnicos de retenção dessas parcelas. 3) O MPMG enviará para o SEAUD/MG/DENASUS/MS, no prazo de dois dias, para ciência e, querendo, declaração de seu posicionamento, cópia do Parecer Técnico Jurídico, elaborado pelo CAO-SAUDE, versando sobre possibilidade de manutenção de repasses financeiros, pelos gestores, para os hospitais públicos e os filantrópicos conveniados ao SUS, mesmo com débito com a seguridade social e, por consequência, sem o instrumento da CND – Certidão Negativa de Débito. 4) O MPMG formulará quesitos técnicos, no prazo de três dias, para serem respondidos pelo SEAUD/MG/DENASUS/MS, versando sobre o objeto principal dessa audiência de mediação sanitária. 5) O Município providenciará, até às 18 horas, do dia 26/09/2012, resposta ao Ministério Público, no tocante à liberação das verbas retidas em seu Fundo Municipal de Saúde, objeto da discussão da mediação

sanitária, repassadas pelo Ministério da Saúde e/ou pela SES/MG, devidas ao prestador hospital São João de Deus. Fica consignado que a falta dessa informação ou da não liberação dos repasses financeiros pertencentes ao prestador Hospital São João de Deus, ensejará a imediata propositura de ação judicial, com pedido de antecipação de tutela, sem prejuízo do pedido de bloqueio de recursos municipais de seu FPM – Fundo de Participação de Municípios, para garantia da assistência da saúde pública. **6)** O Município providenciará, no prazo de 10 dias, estudo/diagnóstico/planilha que demonstre percentual de usuários de outros municípios que utilizam os serviços de urgência e emergência, ambulatorial, de suas duas unidades de Pronto Atendimento Municipal, de forma que possam ser discutidas, juntamente com o Ministério Público, soluções de seu ressarcimento. **7)** O Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, elaborará ou providenciará resgate dos estudos técnicos anteriormente feitos, versando sobre aumento dos repasses financeiros, pela SES/MG e Ministério da Saúde, em razão de sua série histórica, com abrangência de período superior a 10 anos, de forma que, juntamente com o Ministério Público, possam ser buscadas alternativas para sua complementação. **8)** O Município e o Hospital São João de Deus providenciarão, no prazo de até 10 (dez) dias, elaboração de instrumento contratual, com detalhamento dos serviços contratados, transparência, visibilidade, metas quantificadas, monitoramento, fiscalização, etc, de forma a encampar em um só instrumento (contrato) o atual convênio, com vencimento em outubro de 2012, tendo como objeto a expansão de leitos na clínica médica para garantia da internação dos usuários referenciados pelos dois prontos atendimentos; bem como o referente à contratualização dos serviços, média complexidade, para atendimento dos usuários da microrregião sanitária (PPI). **9)** O prestador hospital São João de Deus providenciará estudos/diagnóstico/planilha que demonstre seu crédito financeiro pelo extrapolamento do teto MAC, junto à SES/MG e/ou Ministério da Saúde, em face dos atendimentos de usuários dos municípios adscritos da microrregião sanitária, de forma que possam ser discutidas, juntamente com o Ministério Público, soluções de seu ressarcimento. **10)** Fica instituído Grupo de Trabalho (GT), integrado pelas seguintes pessoas: Paulo de Tarso Auais, presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Centro, Kátia Regina de Oliveira Rocha (FEDERASSANTAS), Antônio Teixeira da Costa (Secretário Municipal de Saúde), Alexandre Augusto Carvalho Gonzaga (procurador geral do município), Nádia Cristina Rios Duarte (SMS/Atenção Básica), Michael Luiz D. Oliveira (SMS/Urgência e Emergência), Márcia Marques Guimarães (Diretora Técnica do

hospital São João de Deus). Referido GT providenciará, no prazo de 7 dias, estudos/diagnóstico/planilha que qualifique o processo decisório da implementação ou não daquelas duas UPAS, com detalhamento das vantagens e desvantagens, contemplando-se as variadas situações (ensaios) na reestruturação da urgência e emergência, haja vista o impacto financeiro do custeio dessas unidades, a dispersão dos finitos recursos financeiros, a dupla porta e o fato de o Pronto Socorro do referido hospital não possuir portas abertas para os usuários do SUS. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE	DANIELE NACONESKI <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Santa Luzia
JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe do SEAUD/MG</i> Departamento Nacional de Auditoria do SUS	ANTONIO TEIXEIRA DA COSTA Secretário Municipal de Saúde
PAULO DE TARSO AUAIS Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Centro	ALEXANDRE AUGUSTO CARVALHO GONZAGA Procurador Geral do Município
KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais	JOSÉ AFONSO SOARES Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
BRUNO LANGUSSU DANTAS Diretor Clínico Hospital São João de Deus	FLAVIA EUGÊNIA DE SOUZA Diretora Administrativa Hospital São João de Deus
MÁRCIA MARQUES GUIMARÃES Diretora Técnica	MARIA DAS GRAÇAS M. FREDERICO Conselho Municipal de Saúde

Hospital São João de Deus	
---------------------------	--



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Barbacena

Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de dois mil e doze, às 13 horas, no auditório da Faculdade de Medicina de Barbacena, com endereço na Praça Presidente Antônio Carlos, nº 08, bairro São Sebastião, realizou-se a XVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos principais problemas coletivos de saúde da Região de Barbacena, notadamente quanto à (re) organização das ações e serviços de saúde, com ressonância para o exigido acesso dos usuários aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade, em níveis de complexidade crescente, dada as recorrentes tensões e conflitos entre seus atores, jurídicos ou não, inclusive, com proposta de ação judicial pelo Ministério Público. Participaram da reunião, no total de 51 (cinquenta e um) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, os seguintes: Gilmar de Assis (coordenador do CAO-SAUDE), Giovanna Araújo da Cruz Attansio (promotora de Justiça da comarca de Barbacena), Mauro Guimarães Junqueira (presidente do COSEMS/MG), João Batista da Silva (chefe do SEAUD/MG/DENASUS, representando o Ministério da Saúde), Ana Waldemira de P. Dornelles (SRS/SES/MG, em Barbacena), Márcia Aparecida Ferreira Nakamura (Superintendente da SRS/SES/MG), Joaquim Tadeu da Fonseca (prefeito municipal de Santa Rita de Ibitipoca), André Luís Guimarães Amorim (Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde da SES/MG), Gilberto José Rafael Rezende (SES/MG), Angela Maria Goulart Batista (SRS/SES/MG, em

Barbacena), Maria Luiza Abrantes Campos (SRS/SES/MG, em Barbacena), Vania Rita Gonçalves (Secretaria Municipal de Saúde), Vânia Maria Abrantes Campos Lima (DEMASP/Barbacena), Carla Andresa R. da Costa (Gerente de Qualidade do Hospital Ibiapaba), José Maria Leite (ex-conselheiro de saúde), Carmen Lucia Werneck (Presidente do Conselho Municipal de Saúde), Olivia Maria Batista de O. Bortolusa (Ouvidora do Conselho Municipal de Saúde), Isabela Ferreira Medeiros (Conselho Municipal de Saude), José Vicente Barbosa (vereador do município de Barbacena), José Ayton da Silva (Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Alfredo Vasconcelos), Vicente Paulo da Silva(Prefeitura), Luiza Ruphael Saraiva (CISMAN), Mônica Moysés (Secretaria Municipal de Saúde de Desterro de Minas), Ivone Dias Ribeiro (CISMAN), Patrícia Gouvea (COSEMS Regional), Elizabeth Rodrigues (COSEMS/MG e Secretária Municipal de Saúde de Antônio Carlos), Camilo de Lelis de Melo Chaves (Santa Casa de Misericórdia de Barbacena), Robson Campos Vidigal (DEMASP/Barbacena), Otávio Augusto Ramos Vieira (DEMASP/Barbacena), Doraci Cristina de Carvalho (Prefeitura Municipal de Barbacena), Ormesinda Barbosa (CISRU), Rosiane Maria do Nascimento (Hospital Municipal de Santana), Viviane A. Souza Melo (Hospital Santana, de Carandaí), Sirama Luiza P. Ruphael Saraiva (Secretária Executiva do CISMAN), Renan Soares Ribeiro (DIG/CISMAN), Adailton Fonseca da Cunha (prefeito municipal), Marcelo José Resende Miranda (Hospital de Ibertioga), Arinos Brasil Duarte Filho (Hospital de Ibertioga), Maria da Guadalupe Fernão (Conselho Municipal de Saúde de Barbacena), Simone Cristina R. Dias Siqueira (Secretária Municipal de Saúde de Santa Bárbara do Tugúrio), Cacilda Guerra de Araújo (Secretaria Municipal de Saúde), Manoel José da Silva (Secretaria Municipal de Saúde de Cipotânea), Cristian S. de Carvalho (Secretaria Municipal de Saúde de Alfredo Vasconcelos), Emilia Matilde Abreu B. Silva (Secretária Municipal de Saúde do município de Paiva), Rosianny Araujo de Paula (Secretaria Municipal de Saúde de Ibertioga), Doriedes Felix Goulart (Secretaria Municipal de Saúde de Ressaquinha), Vânia Rabello (NAT/SES/MG), Nicodemus de Arimatéia (REG/SES/MG). A reunião foi aberta pelo coordenador do CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis, que esclareceu sobre os objetivos da ação institucional da Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, criada pela Resolução PGJ nº 78, 17 de julho de 2012. Ressaltou o novo momento histórico-social do direito fundamental à saúde, na perspectiva de sua adequada operacionalização, reafirmando que todos nós fazemos parte desse momento de engenharia coletiva sanitária. Destacou os principais atos normativos que apontam para essa operacionalização,

transparência, regionalização e planejamento das ações e serviços de saúde. Saliou que, pela primeira vez, conforme Decreto presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as necessidades coletivas em saúde, que deverão ser identificadas (real) pela epidemiologia, através do planejamento da saúde, vem antes do componente orçamentário. Desta forma, o planejamento da saúde é obrigatório não apenas na perspectiva municipal como também na regional. QUE em face da exigida transparência – lei federal 12.527, de 18 de novembro de 2011 – agora regulamentada pelo Decreto presidencial nº 7.724, de 16 de maio de 2012, as ações dos Gestores SUS serão acompanhadas efetivamente pelo Controle Social, dada a publicidade, inclusive, financeira, das políticas públicas de saúde. QUE o Ministério Público, a par de receber do legislador constitucional, dentre outras, a missão da defesa da ordem jurídica, dos interesses individuais indisponíveis, recebeu, ainda, nos termos do artigo 129, inciso II, a competência para zelar pelos serviços de relevância pública (ações e serviços de saúde), devendo adotar as medidas necessárias para sua promoção e eficácia. QUE em respeito a essa ordem jurídico constitucional vigente, cabe ao Ministério Público a atuação resolutiva no “fazer fazer”, como, por exemplo, na exigência da (re)organização das ações e serviços de saúde, na perspectiva do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE o Ministério Público não pretende ser substituto do executivo nesse processo (obrigatório) de implementação das ações e serviços de saúde, mas detém obrigação legal no sentido de exigir-lhe que essa implementação ocorra em face das Políticas Públicas já existentes, respaldadas por norma de direito. QUE reconhece a importância das instâncias colegiadas, recentemente regulamentadas pela lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, tendo essas Comissões Intergestores um grande papel nos foros de negociação e pactuação entre gestores. QUE, nesse sentido, a atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem por objetivo, dentre outros, a fixação de diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. QUE não há mais “campo” para participação dos Gestores SUS nessas reuniões de CIB’s sem o empoderamento técnico (informações). QUE é preciso que os gestores, sobretudo os dissociados do perfil sanitário, possam melhor se capacitar e apreender a temática sanitária, de forma que suas opiniões/sugestões/críticas sejam ouvidas coletivamente naquela instância. QUE o Ministério da Saúde disponibiliza, no seu portal transparência, os indicadores de saúde de cada um dos municípios brasileiros, de forma que é possível saber o nível de atuação de cada deles, em face

da atenção primária, secundária e terciária. QUE o Ministério Público possui acesso a todas essas informações, daí a necessidade de que os gestores possam melhor desincumbir-se do grave papel de regulador e prestador das ações e serviços de saúde. QUE são exemplos de indicadores/ferramentas de domínio público, dentre outros, a Sala de Situação em Saúde, SIOPS, PPI Assistencial, Repasses fundo a fundo, SISMAC, GAIA. QUE o município de Barbacena, agora sede de Região de Saúde ampliada (micro e macrorregião), precisa assumir de vez seu papel de Gestor, sobretudo da regulação e adequada governança dos prestadores (hospitais). QUE a Região de Saúde ampliada de Barbacena, denominada Centro Sul, conforme Deliberação CIB-MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012 e, nos termos do PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, tem sob sua adscrição 50 municípios, com uma população de 727.516. QUE essa Região de Saúde possui os seguintes municípios pólos de Microrregião Sanitária, também denominados de Regiões de Saúde: Barbacena (com 15 municípios); Conselheiro Lafaiete/Congonhas (18 municípios); São João Del Rei (17 municípios). QUE as Regiões de Saúde, nos termos do artigo 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, deverão conter, no mínimo, ações e serviços de saúde organizados de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. QUE os entes federativos deverão definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e; respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. QUE o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. QUE a atenção primária é a ordenadora desses serviços de saúde. QUE o planejamento da saúde deve ser feito na forma ascendente e integrada, do nível local até o federal, ouvidos os Conselhos de Saúde, compatibilizando-se, nessa ordem, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade dos recursos financeiros. QUE o planejamento da saúde (local e regional) é obrigatório para os entes públicos. QUE o município de Barbacena, sede da Região de Saúde (ampliada), encontra-se habilitado para a gestão plena do sistema municipal (GPSM), portanto, exerce diretamente o exercício da governança/liderança dos seus prestadores, públicos ou privados conveniados ao SUS, assim como os municípios pólos, sede de

microrregião de saúde, de Conselheiro Lafaiete, Congonhas, São João Del Rey e Antônio Carlos. QUE em razão dessa especial habilitação, esses municípios, através de seu Fundo Municipal de Saúde, recebem os recursos do teto MAC (média e alta complexidade), repassados fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e SES/MG. QUE, em consulta ao site eletrônico do Ministério da Saúde, no portal transparência, Sala de Situação em Saúde, verifica-se que os repasses feitos pelo Ministério da Saúde, fundo a fundo, ressaltados outros recursos financeiros, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, para o município de Barbacena, no período de 01/01/2012 a 17/10/2012, assim discriminados: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 5.564.387,01); MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 32.796.096,57); VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 591.857,52); ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (R\$ 581.787,90); GESTÃO DO SUS (R\$ 146.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 119.965,00), perfazendo um total de R\$ 39.800.094,00. QUE, com relação ao município de Conselheiro Lafaiete, ressaltados outros recursos financeiros, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, foram os seguintes repasses: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 4.941.176,49), MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 10.461.262,67), VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 723.163,67), ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (R\$ 528.264,72), GESTÃO DO SUS (R\$ 165.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 43.680,00), perfazendo um total de R\$ 16.862.4

547,55. QUE, com relação ao município de São João Del Rey, ressaltados outros recursos, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, foram os seguintes repasses: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 3.417.810,19), MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 15.538.247,17), VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 417.701,70), ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (R\$ 417.049,02), GESTÃO DO SUS (R\$ 4.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 115.174,01), perfazendo um total de R\$ 19.909.982,09. QUE, com relação ao município de Congonhas, ressaltado outros recursos financeiros, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, foram os seguintes repasses: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 2.920.934,50), MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 2.670.234,34), VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 207.631,01), ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (R\$ 276.365,52), GESTÃO DO SUS (R\$ 50.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 1.320.000,00), perfazendo um total de R\$ 7.445.165,37. QUE a SES/MG ainda não dispõe de um sistema informatizado, tal qual o Ministério da Saúde, de transparência dos repasses de recursos financeiros, da atenção básica, média e alta complexidade, convênio, contrato, programas, consórcio, sob sua obrigação, disponibilizados a cada um dos municípios mineiros. QUE os demais municípios, integrantes da Região de Saúde (ampliada) Centro Sul, sem

governança dos prestadores, ou seja, habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, recebem seus recursos do teto MAC, através do Fundo Estadual de Saúde, conforme PPI Assistencial, para sua população própria e da referenciada, podendo ser consultada no portal SISMAC. QUE no portal eletrônico do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br/saladesituacao, é possível verificar o percentual de cobertura da atenção básica de cada município integrante da Região de Saúde Centro Sul, particularmente das Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. QUE o Ministério da Saúde deverá ser mais arrojado, nos próximos dias, a respeito da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, ou seja, aqueles com menos de 50 leitos, de forma que o SUS passará a financiá-los desde que vocacionados para uma das estratégias nacional, haja vista que não há mais razões para que possam continuar a funcionar, como hospitais gerais, sem resolutividade para o sistema. QUE no próximo ano o Estado de Minas Gerais, a exemplo dos demais no País, por força da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, deverá aplicar, no mínimo, 12% de seus recursos nas ações e serviços de saúde, na forma da lei. QUE estamos em um novo tempo de se fazer saúde, a partir desses marcos legais, bem como da lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, bem como seu Decreto nº 7724, de 16 de maio de 2012. QUE, a exemplo de outras Regiões de Saúde ampliadas, há necessidade de que a Região de Saúde Centro Sul também possa se planejar, a partir das suas necessidades em saúde, no campo assistencial e hospitalar, daí a importância da elaboração de um urgente diagnóstico regional em cada um dos municípios. QUE o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais tem sido um importante ator nesse processo de Mediação Sanitária, notadamente na definição dos papéis dos prestadores (hospitais) e profissionais de saúde. **DADA A PALAVRA A PROMOTORA DE JUSTIÇA, Dra. Giovanna da Cruz Attanasio**, dentre outros, foi ressaltado os seguintes: QUE não concorda com a forma de administração da saúde do município de Barbacena por Departamento, no caso, DEMASP, haja vista que tal fato contraria a Lei federal nº 8.080/90. QUE não há em toda a Região de Saúde Centro Sul uma cultura do planejamento, de forma que cada município tem agido de forma fragmentada, com ressonância para o todo organizativo. QUE há grandes problemas (causas) de saúde em toda a região que dependem de serem resolvidos no nível estadual ou federal. QUE não foi atendida plenamente no seu pedido, dirigido à SES/MG, no sentido de que fosse feito um amplo diagnóstico assistencial da região. QUE a Região de Saúde Centro Sul é pouco privilegiada da atenção da SES/MG e do próprio Ministério da Saúde. QUE há fala de um grande número de

procedimentos, notadamente de alto custo, na Região Centro Sul, todos eles referenciados para a Região de Saúde Centro, com sede em Belo Horizonte, contudo, sem garantia de acesso. QUE o município de Barbacena não faz seu papel de regulador da Região Centro Sul, podendo assegurar a ausência (falência) da regulação e da gestão, conforme demonstrado em várias auditorias. QUE sugere uma intervenção estadual e/ou federal em toda a Região Centro Sul. QUE a maioria dos procedimentos de alta complexidade não existe na Região. QUE entende necessário a inclusão da SEPLAG e do Diretor da Rede FHEMIG nas discussões que visem diagnóstico assistencial e planejamento da saúde na Região. QUE também o COSEMS/MG e a própria CIB não podem ficar à margem dessa importante discussão. QUE há necessidade de um amplo planejamento estratégico na região. QUE há ausência de algumas importantes coordenadorias de saúde na região. **DADA A PALAVRA AO PRESIDENTE DO COSEMS/MG, Mauro Junqueira**, dentre outros, ressaltou o seguinte: QUE concorda com a elaboração do COAP em Minas Gerais, contudo de forma organizativa, a partir das necessidades em saúde, não apenas da encampação da própria PPI. QUE os municípios têm sido os mais penalizados com a judicialização da saúde, sobretudo pelo Ministério Público, embora a própria Lei federal nº 8.080/90 aponta para a definição de responsabilidades entre os entes governamentais. QUE os municípios já não suportam mais essa tensão e assunção de responsabilização que não são suas, haja vista que investem na saúde pública a média de 22,5%, quando sua obrigação constitucional seria no mínimo de 15%. QUE a responsabilidade dos municípios é para com a atenção primária. QUE os municípios investem cerca de 70% do financiamento das Equipes Saúde da Família, enquanto que o Ministério da Saúde os outros 30%. QUE considera muito importante a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, fato que coloca o COSEMS/MG na participação, sempre que possível, em cada delas. QUE há discussão na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) quanto aumento dos repasses financeiros, para cada um dos municípios, relativo ao bloco da Assistência Farmacêutica. QUE, em Minas Gerais, essa parcela é de R\$ 2,50 a mais per capita. QUE há necessidade de maior incremento nos procedimentos de média e alta complexidade. QUE, nesse sentido, o município de São Lourenço possui apenas 4 (quatro) quotas de ressonância/mês. **DADA A PALAVRA AO SUBSECRETÁRIO DE GESTÃO REGIONAL DA SES/MG, Gilberto José Resende dos Santos**, foi dito, dentre outros, o seguinte: QUE nesse processo de planejamento da saúde não pode haver exclusão de qualquer gestor. QUE a política de saúde deve ser encarada como de

Estado e não de Governo. QUE a SES/MG sempre está presente em cada Região de Saúde. QUE a ação institucional de Mediação Sanitária é de suma importância, pois, visa a busca de uma solução coletiva consensual para os diversos e graves problemas regionais de saúde. QUE o COAP é exequível e inovador. QUE a SES/MG passou a adotar a estratégia, além de sua descentralização administrativa já conhecida, com apoiadores institucionais, de forma que todas as dúvidas e questionamentos possam ser recebidas e atendidas. **DADA A PALAVRA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANTONIO CARLOS, Elizabeth Rodrigues**, foi dito, dentre outros, o seguinte: QUE o desempenho da atenção básica na Região Centro Sul é baixíssimo, apenas de 9,92%. QUE a Região Centro Sul não tem sido reconhecida, não obstante seus graves problemas de saúde e necessidades em saúde (epidemiologia). QUE a Região Centro Sul foi uma das últimas a receber o SETS (Serviço Estadual de Transporte em Saúde). QUE a Região, não obstante sua considerável população, não tem os serviços credenciados de mamografia, centro viva vida, hiperdia, ultrassom, etc. QUE o pólo de Barbacena não é atuante, de forma que não assume mesmo seu papel de regulador. QUE possui fortes dúvidas no sentido de se indagar quanto à necessidade ou não, em face dessas circunstâncias, internas e externas, de ser essa região um nível Macrorregional. QUE o hospital da rede Fhemig, existente em Barbacena, está à margem do sistema. **DADA A PALAVRA AO CHEFE DO SEAUD/MG/DENASUS, João Batista da Silva**, foi ressaltado, dentre outros, o seguinte: QUE a Região Centro Sul tem que passar a se enxergar como tal, de forma a desempenhar o planejamento, execução, regulação, monitoramento das ações e serviços de saúde. QUE não concorda com a administração da saúde por departamento, no caso o DEMASP de Barbacena, haja vista que tal fato contraria a lei federal nº 8.080/90. QUE será realizada uma auditoria assistencial pelo DENASUS no município de Barbacena. QUE o DENASUS vem construindo nacionalmente o Mapa da Saúde, que será disponibilizado, oportunamente, como ferramenta de gestão, para os gestores e domínio público. QUE esses novos tempos exigem profissionalização da gestão da saúde, com transparência e qualificação, de forma a preservar o princípio constitucional da continuidade dos serviços. QUE o planejamento da saúde é obrigatório para todos os entes federativos, devendo ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. QUE não há discricionariedade absoluta para o ente governamental, em face da ordem jurídica posta, quanto à observância da criação das regiões e redes de atenção à saúde. QUE o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é inevitável e visa à organização e

a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. QUE o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução. QUE os municípios que integram essa Região de Saúde Centro Sul, precisam, com urgência, elaborar amplo diagnóstico das necessidades de saúde locais e regionais. **FIZERAM, TAMBÉM, USO DA PALAVRA, DENTRE OUTROS**, a Secretária Executiva do Consórcio da Urgência e Emergência da Região Centro Sul, a Secretária Municipal de Saúde de Alfredo Vasconcelos, o Diretor de Gestão e Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena, o Superintendente de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde da SES/MG, o Conselho Municipal de Saúde de Barbacena, o Diretor Administrativo e Financeiro do Movimento das Mães do município de Ibertioga. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, de forma a solicitar-lhe deliberação plenária quanto à publicação de uma resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. 2) O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais providenciará orientação, junto aos profissionais médicos do corpo clínico desses hospitais, com prazo de até 60 dias, quanto à (re)elaboração do seu Regimento Interno, em cada deles, de forma clara e precisa, com observância das seguintes diretrizes: a) o profissional médico responsável por cada uma das clínicas, no ambiente hospitalar, deverá apresentar ao seu Diretor Clínico escala de serviços de seus profissionais, no regime de plantão; b) na ausência dessa escala de serviços pelo responsável da clínica, o Diretor Clínico, em face de sua autonomia administrativa, será o responsável pela sua elaboração; c) assegurar a cada um dos pacientes/usuários, internados na respectiva unidade hospitalar, seu direito ao médico assistente, conforme normas do Conselho Federal de Medicina e Código de Ética Médica; d) assegurar a prestação de serviços ao SUS pelo profissional de saúde, cadastrado no CNES, integrante do corpo clínico da unidade hospitalar, de

natureza filantrópica, desde que faça atendimentos privados e/ou planos de saúde; e) convencionar a possibilidade de indenização financeira pelo profissional médico, não integrado ao corpo clínico, com atuação nos atendimentos particulares e/ou planos de saúde, sem atendimento ao SUS, no ambiente hospitalar filantrópico, haja vista a origem dos insumos/equipamentos adquiridos com recursos públicos. 3) A Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), no prazo de até 60 dias, expedirá ofício a cada um dos prestadores (hospitais) filantrópicos, conveniados ao SUS, da Região Centro Sul, orientando-os a (re)elaborar seu Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes constantes do item acima. 4) A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da Região Centro Sul, quando da celebração dos contratos/convênios, específicos ou genéricos, com repasses de recursos financeiros para as ações e serviços de saúde, tendo como beneficiários os prestadores (hospitais filantrópicos conveniados ao SUS) deverão assegurar, sempre que possível, como anuentes, as pessoas dos Diretores Clínicos. 5) Tendo em vista a necessidade da implementação e re)organização das ações e serviços de saúde na Macro Sudeste, integrada por 50 municípios, constituída de uma população de 727.516 habitantes, conforme PDR-MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, que resulte no fortalecimento da regionalização, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, com garantia do acesso qualificado dos usuários às ações e serviços de saúde, respeitadas as competências da instância colegiada da CIB-R, fica criada Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada pelos seguintes órgãos: a) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Barbacena; b) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Conselheiro Lafaiete; c) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Congonhas; d) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de São João Del Rey; e) Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro Sul; f) COSEMS Regional de São João Del Rey; g) Gerente Regional de Saúde de São João Del Rey; h) COSEMS Regional de Barbacena; i) presidente do Conselho Municipal de Saúde de Barbacena; j) Secretaria Executiva do Comitê do Consórcio da Região; k) Secretário Municipal de Saúde de Barbacena; l) Delegado Regional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; m) Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; n) Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Centro Sul; o) representante do Ministério Público Federal

em São João Del Rey; p) representante da Secretaria Estadual de Planejamento; q) representante da Diretoria da Fhemig. 6) Referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá reunir-se, no prazo de até 30 (trinta) dias, para os fins de elaboração da metodologia e organização dos trabalhos, para os fins de otimização dos trabalhos de diagnóstico em campo, tudo com registro em ata. 7) A partir da realização dessa reunião de organização dos trabalhos, referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá percorrer cada um dos municípios da Região Centro Sul, para os fins de elaboração do detalhado relatório/diagnóstico, preliminar, com identificação, dentre outras, das necessidades de saúde na região, suas fragilidades/potencialidades, densidade tecnológica operacional instalada, definição de vocações/identidades dos prestadores hospitalares, inclusive os considerados de pequeno porte (máximo 50 leitos), qualificação dos leitos hospitalares, qualificação da atenção primária (resolutividade), internações por condições sensíveis à atenção primária, protocolo de Manchester e implantação das redes de atenção, visando a (re)organização das ações e serviços de saúde na região, em níveis de complexidade crescente. Eventuais levantamentos/diagnósticos porventura existentes poderão ser aproveitados pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. 8) O prazo para realização desse detalhado relatório/diagnóstico (no campo) é de 60 (sessenta) dias. 9) A coordenação dos trabalhos dessa Comissão ficará afeta ao Superintendente Regional de Saúde de Barbacena, Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Barbacena e da representante do COSEMS Regional de Barbacena. 10) Referido relatório/diagnóstico, de natureza preliminar, sem prejuízo das competências da CIR, será apresentado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, posteriormente, em reunião a ser designada pelo Coordenador do CAO-SAUDE, ao Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ao Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, a presidência do COSEMS/MG e Conselho Estadual de Saúde, através de especial reunião de Mediação Sanitária, em desdobramento, preferencialmente em um dos municípios da Região. 11) O Coordenador do CAO-SAUDE fará convite a cada um dos designados para atuação nessa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, não presentes na reunião. 12) O Coordenador do CAO-SAUDE providenciará, desde que solicitado, suporte motorizado (veículo), com motorista, á disposição da referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para a execução dos trabalhos. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>GIOVANNA DA CRUZ ATTANASIO <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Barbacena</p>
<p>MAURO GUIMARAES JUNQUEIRA – Presidente do COSEMS/MG</p>	<p>GILBERTO JOSÉ RAFAEL RESENDE <i>Subsecretário de Gestão Regional da SES/MG</i></p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Chefe do SEAUD/MG/DENASUS</p>	<p>ELIZABETH RODRIGUES COSEMS Regional Barbacena Secretário Municipal de Saúde Antônio Carlos/MG</p>
<p>ANDRÉ LUÍS GUIMARÃES AMORIM Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde da SES/MG</p>	<p>VANIA RABELLO Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais</p>
<p>NICODEMUS DE ARIMATÉIA Secretaria Estadual de Saúde/Regulação</p>	<p>MÁRCIA APARECIDA FERREIRA NAKAMURA Superintendente Regional de Saúde da Macro Centro Sul</p>



ATA REUNIÃO

XIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Macrorregião Divinópolis

Aos vinte dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, às 13 horas, no auditório da Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis, com endereço na Rua Antônio Olímpio de Moraes, nº 2.100, bairro Santa Clara, realizou-se a XIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão, notadamente com os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, dos 55 (cinquenta e cinco) municípios que integram a Região de Saúde ampliada Oeste, com sede em Divinópolis, dos principais problemas coletivos de saúde, notadamente quanto à (re) organização das ações e serviços de saúde por eles prestados, por força de Contrato de Metas, celebrado entre a SES/MG. Por força desse contrato, cujo objeto alcança as ações de média e alta complexidade, nível hospitalar, os prestadores recebem, mensalmente, diretamente em conta por eles indicada, recursos financeiros para garantia das metas físicas pactuadas nas diversas clínicas, inclusive, recursos do PRO-HOSP, PROURGE, adesão ao IAC, dentre outros. Participaram da reunião um total de 45 (quarenta e cinco) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: Gilmar de Assis (coordenador do CAO-SAUDE), Alessandro Garcia Silva, Promotor de Justiça da comarca de Divinópolis, Ubiratan Domingues, Promotor de Justiça da comarca de Divinópolis, Charles Salomão, Promotor de Justiça da comarca de Pará de Minas, Luís Augusto de R. Pena, Promotor de Justiça da comarca de Lagoa da Prata, Maurício Botelho, Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde, Kênia S. Carvalho Damasio,

Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Oeste, Ricardo Alves de Assis, Assessor Jurídico Chefe da SES/MG, Tiago Lucas da Cunha Silva, Coordenador do PROHOSP da SES/MG, José Libério de Melo, Hospital São Carlos; Maria Silva, representante da Vigilância Sanitária; Geraldo Otávio Melo Ferreira, Geraldo Otávio M. Ferreira, Hospital Nossa Senhora Conceição; Suzana Maria dos Santos, Hospital Nossa Senhora da Conceição; Claudine Carvalho Santana, Hospital Nossa Senhora da Conceição; Marília Costa Gonçalves, Superintendência Regional de Saúde; Leonardo José Barroso, Secretaria Municipal de Saúde; Gisele Gonçalves de Souza Nascimento, Hospital São João de Deus; Euler de Paula Baungratz, Hospital São João de Deus; Rosenilce Cherie Mourão Gontijo Resende, Secretária Municipal de Saúde de Divinópolis; Kuy Caetano, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis; Anataniel Reis Oliveira, Hospital da Santa Casa de Campo Belo; Josias Gambarielli, Hospital Manoel Gonçalves de Itaúna; Vanésia A. L. Bernardes, Secretaria Municipal de Saúde de Itaúna; Luiza Flora de Oliveira, Secretária Municipal de Saúde de Formiga; Carlos Sancler Docco, Secretário Municipal de Saúde de Lagoa da Prata; Virgínia Andréia Silva, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/NAS; Marina Fernandes F. de Castro, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/NR; Jaline Lúcia Rodrigues, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/NR; Rosângela Cândido L. dos Reis, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/NR; Dirlene Maria Soares, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis; Susana Ximenes I. Do Sul, Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/VIIEP; Cláudio Fernandes de Castro, Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Região Oeste; Priscila Rochwerger, Secretaria Estadual de Saúde – Prohosp/SES-MG; Jaqueline Ferreira da Silva, Superintendência Regional de Saúde – Auditoria/SES-MG; Tereza Noeme Lara Rezende, Superintendência Regional de Saúde – Auditoria/SES-MG; Neide Maria de Almeida, Conselho Municipal de Saúde de Pára de Minas; Maria Amália Arruda Campos Santos, Secretária Municipal de Saúde de Pará de Minas; Joice Quirino, Santa Casa de Bom Despacho. *A reunião foi aberta pela Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Sanitária Oeste, Kênia S. Carvalho Damásio, que esclareceu sobre os objetivos daquele encontro, necessário para a (re) organização das ações e serviços de saúde, nível hospitalar, realizados por todos os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, dos 55 (cinquenta e cinco) municípios que integram referida Região de Saúde. Ressaltou que dos cinquenta e cinco municípios que integram a Região de Saúde ampliada, apenas 04 (quatro) deles possuem a governança sobre seus prestadores, ou seja, detentores da antiga Gestão Plena do*

Sistema Municipal (GPSM). QUE essa Região de Saúde tem grandes desafios que precisam ser superados, como, por exemplo, a falta de integração dos municípios na solução dos problemas coletivos de saúde; a fraca regulação, monitoramento e fiscalização sobre seus prestadores hospitalares; o considerável percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária; a alta taxa de permanência das internações hospitalares; a baixa resolutividade das ações e serviços da média complexidade, sobretudo pelos municípios pólos sede de microrregião sanitária; o componente político. QUE concorda que os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, em toda a Região de Saúde precisam cumprir fielmente as metas que foram pactuadas, haja vista que recebem recursos financeiros, mensalmente, por força do Contrato de Metas, sem prejuízo dos recursos do PROHOSP, PROURGE, IAC, etc. DADA A PALAVRA AO SUBSECRETÁRIO ESTADUAL DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE DA SES/MG, Maurício Botelho, foi dito, dentre outras, que essa reunião faz parte do desdobramento da anterior Reunião de Mediação Sanitária, em Divinópolis, com a presença, inclusive, do próprio Secretário Estadual de Saúde, Antônio Jorge de Souza Marques. QUE a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, é fundamental para que os diversos agentes possam efetivamente participar da (re) organização das ações e serviços de saúde, na perspectiva de sua regionalização. QUE a SES/MG tem cumprido fielmente os compromissos assumidos para essa Região de Saúde, através do Plano de Ação para Expansão e Melhoramentos da Macro Oeste, firmado com o próprio Ministério Público, em face de sua ACP para garantia de acesso de usuários aos leitos especializados, nas urgências e emergências. QUE, nesse sentido, os municípios de Oliveira, Santo Antônio do Amparo, Campo Belo, Formiga, Lagoa da Prata e Divinópolis já foram contemplados com recursos financeiros repassados (exclusivamente) pela SES/MG, para ampliação do acesso aos leitos especializados de UTI adulto e neonatal, além de outros credenciamentos. QUE os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, precisam assumir suas responsabilidades derivadas dos Contratos de Metas, haja vista que a SES/MG não lhes tem faltado, mensalmente, com os pagamentos pelos serviços realizados, inclusive, daqueles a título de PROHOSP, PROURGE, IAC, dentre outros. QUE o problema de saúde na Região Oeste não é o do financiamento, mas de gestão e de compromissos que não estão sendo assumidos pelos prestadores. QUE os prestadores devem se responsabilizar, urgentemente, pela atualização de seus serviços no CNES. QUE atualmente há enorme descompasso entre o que está cadastrado no CNES e o que efetivamente está oferecido ao Sistema. QUE não é compreensível o baixo percentual de partos realizados nessa Região de Saúde (Macro Oeste), em face dos prestadores hospitalares, obrigando a Central de Regulação Assistencial fazer regulação de leitos para outros municípios de diferentes Regiões de Saúde, como, por exemplo, Barbacena. QUE a

SES/MG deverá apresentar uma nova metodologia quanto ao PROHOSP, provavelmente categorizados em 05 tipos, dependendo do comprometimento do prestador e os serviços que passarão a ser oferecidos para o sistema. QUE, doravante, o prestador que não se adequar às novas regras perderá esses investimentos financeiros. QUE o sistema público não pode ficar refém dos caprichos de eventual prestador. QUE os serviços da clínica de ortopedia, do Hospital São João de Deus, estão sendo transferidos, pela Central de Regulação Assistencial da Macro, no exercício de seu poder de polícia sanitário, para outros municípios, como, por exemplo, Santo Antônio do Amparo, Oliveira e Formiga, haja vista a decisão daquela categoria (toda clínica) em não prestar serviços ao SUS. QUE em razão dessa decisão coletiva, bem como a natureza do prestador Hospital São João de Deus, filantrópico, sem fins lucrativos, com recursos, equipamentos e insumos financiados pelo Poder Público, referidos profissionais de saúde (todos), da clínica em ortopedia, também não poderão prestar naquela unidade de saúde seus serviços exclusivamente particular ou por decorrência de plano de saúde. DADA A PALAVRA PARA O COORDENADOR DA CENTRAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA REGIÃO OESTE, Cláudio Fernandes de Castro, foi dito que a Região de Saúde ampliada Oeste, também conhecida como Macrorregião de Saúde Oeste, com sede em Divinópolis, possui 1.185.000 habitantes, abrangendo 55 (cinquenta e cinco) municípios. QUE pela baixa resolutividade dos problemas de saúde, notadamente da atenção primária e média complexidade, pelos próprios municípios, como, por exemplo, os pólos de microrregiões sanitárias, os problemas se avolumam consideravelmente, em forma de urgência e emergência, naquela Central de Regulação. QUE diariamente a Central de Regulação depara com cerca de 400 a 500 pacientes, cadastrados no SUSFácil, dependentes de acesso a leitos especializados. QUE na data de hoje há cerca de 419 pacientes cadastrados no sistema. QUE os procedimentos em ortopedia tem se constituído na maior parte dessas solicitações/cadastramentos no sistema. QUE hoje há 219 procedimentos em ortopedia, na fila, para serem atendidos pela Região de Saúde. QUE atualmente 65% da compra de leitos na Região se dá por força de ordem judicial, enquanto que 35% por necessidade clínica. QUE o município de Divinópolis é o campeão da judicialização da saúde, atualmente com 243 determinações judiciais, sendo que 95% delas originadas da Defensoria Pública Estadual. DADA A PALAVRA AO COORDENADOR DO CAO-SAUDE, promotor de justiça Gilmar de Assis, fez uma grave advertência para cada um dos prestadores hospitalares, secretários municipais, conselheiros municipais, dentre outros, no sentido de que estamos em um novo tempo do processo de saúde pública no Brasil, sobretudo porque marcado pelas recentes regulamentações (marco legal), bem como pelo acesso às informações (lei federal nº 12.527, de 2011). QUE o Ministério Público, em todo o estado de Minas Gerais, para fiel execução

de sua missão constitucional na área da saúde pública, tem empreendido uma atuação vigorosa, resolutiva, com acesso às informações. QUE os tempos da omissão e/ou deficiência na prestação dos serviços de saúde já se passaram, não sendo mais aceitável o comprometimento do acesso do usuário às ações e serviços de saúde. QUE o Ministério Público, por força de Termo de Cooperação Técnica, celebrado com a SES/MG, passou a ter acesso às informações do SUSFácil, de modo que, doravante, qualificará seu processo decisório na responsabilização daquele que der causa à deficiência da prestação dos serviços. QUE o 2º Curso de Capacitação de Acesso ao SUSFácil será realizado no mês de fevereiro de 2013. QUE o promotor de Justiça, com acesso ao SUSFácil, poderá perceber os gargalos da regulação de leitos, principalmente o órgão que está dando causa a essa omissão, de modo a adotar, se for o caso, as medidas necessárias para sua correção e responsabilização. QUE os novos tempos, marcados por normas legais recentemente publicadas, exigem uma nova postura dos Gestores SUS. QUE o Decreto presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 exige o planejamento local e regional da saúde, a partir das necessidades coletivas em saúde, que deverão ser identificadas (real) pela epidemiologia. Desta forma, o planejamento da saúde é obrigatório não apenas na perspectiva municipal como também na regional. QUE em face da exigida transparência – lei federal 12.527, de 18 de novembro de 2011 – agora regulamentada pelo Decreto presidencial nº 7.724, de 16 de maio de 2012, as ações dos Gestores SUS serão acompanhadas efetivamente pelo Controle Social, dada a publicidade, inclusive, financeira, das políticas públicas de saúde. QUE o Ministério Público, a par de receber do legislador constitucional, dentre outras, a missão da defesa da ordem jurídica, dos interesses individuais indisponíveis, recebeu, ainda, nos termos do artigo 129, inciso II, a competência para zelar pelos serviços de relevância pública (ações e serviços de saúde), devendo adotar as medidas necessárias para sua promoção e eficácia. QUE em respeito a essa ordem jurídico constitucional vigente, cabe ao Ministério Público a atuação resolutiva no “fazer fazer”, como, por exemplo, na exigência da (re)organização das ações e serviços de saúde, na perspectiva do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE o Ministério Público não pretende ser substituto do executivo nesse processo (obrigatório) de implementação das ações e serviços de saúde, mas detém obrigação legal no sentido de exigir-lhe que essa implementação ocorra em face das Políticas Públicas já existentes, respaldadas por norma de direito. QUE reconhece a importância das instâncias colegiadas, recentemente regulamentadas pela lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, tendo essas Comissões Intergestores um grande papel nos foros de negociação e pactuação entre gestores. QUE, nesse sentido, a atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem por objetivo, dentre outros, a fixação de diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à

integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. QUE não há mais “campo” para participação dos Gestores SUS nessas reuniões de CIB’s sem o empoderamento técnico (informações). QUE é preciso que os gestores, sobretudo os dissociados do perfil sanitário, possam melhor se capacitar e apreender a temática sanitária, de forma que suas opiniões/sugestões/críticas sejam ouvidas coletivamente naquela instância. QUE o Ministério da Saúde disponibiliza, no seu portal transparência, os indicadores de saúde de cada um dos municípios brasileiros, de forma que é possível saber o nível de atuação de cada deles, em face da atenção primária, secundária e terciária. QUE o Ministério Público possui acesso a todas essas informações, daí a necessidade de que os gestores possam melhor desincumbir-se do grave papel de regulador e prestador das ações e serviços de saúde. QUE são exemplos de indicadores/ferramentas de domínio público, dentre outros, a Sala de Situação em Saúde, SIOPS, PPI Assistencial, Repasses fundo a fundo, SISMAC, GAIA. QUE o município de Divinópolis, agora sede de Região de Saúde ampliada, precisa assumir de vez seu papel de Gestor, sobretudo da regulação e adequada governança dos prestadores (hospitais). QUE a Região de Saúde ampliada de Divinópolis, denominada Macro Oeste, conforme Deliberação CIB-MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012 e, nos termos do PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, tem sob sua adscrição 55 municípios, com uma população de 1.201.980. QUE essa Região de Saúde possui os seguintes municípios pólos de Microrregião Sanitária, também denominados de Regiões de Saúde: Bom Despacho (com 07 municípios); Divinópolis/Santo Antônio do Monte (13 municípios); Formiga (09 municípios); Itaúna (04 municípios); Pará de Minas (08 municípios); Santo Antônio do Amparo/Campo Belo (14 municípios). QUE as Regiões de Saúde, nos termos do artigo 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, deverão conter, no mínimo, ações e serviços de saúde organizados de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. QUE os entes federativos deverão definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e; respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. QUE o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. QUE a atenção primária é a ordenadora desses serviços de saúde. QUE o planejamento da saúde deve ser feito na forma ascendente e integrada, do nível local até o federal, ouvidos os Conselhos de Saúde, compatibilizando-se, nessa ordem, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade dos recursos financeiros. QUE o planejamento

da saúde (local e regional) é obrigatório para os entes públicos. QUE o município de Divinópolis, sede da Região de Saúde (ampliada), encontra-se habilitado para a gestão plena do sistema municipal (GPSM), portanto, exerce diretamente o exercício da governança/liderança dos seus prestadores, públicos ou privados conveniados ao SUS, assim como os municípios pólos, sede de microrregião de saúde, de Campo Belo, Itaúna e Santo Antônio do Amparo. QUE em razão dessa especial habilitação, esses municípios, através de seu Fundo Municipal de Saúde, recebem os recursos do teto MAC (média e alta complexidade), repassados fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e SES/MG. QUE a SES/MG ainda não dispõe de um sistema informatizado, tal qual o Ministério da Saúde, de transparência dos repasses de recursos financeiros, da atenção básica, média e alta complexidade, convênio, contrato, programas, consórcio, sob sua obrigação, disponibilizados a cada um dos municípios mineiros. QUE os demais municípios, integrantes da Região de Saúde (Macro Oeste), sem governança dos prestadores, ou seja, habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, recebem seus recursos do teto MAC, através do Fundo Estadual de Saúde, conforme PPI Assistencial, para sua população própria e da referenciada, podendo ser consultada no portal SISMAC. QUE no portal eletrônico do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br/saladesituacao, é possível verificar o percentual de cobertura da atenção básica de cada município integrante da Região de Saúde (Macro Oeste), particularmente das Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. QUE o Ministério da Saúde deverá ser mais arrojado, nos próximos dias, a respeito da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, ou seja, aqueles com menos de 50 leitos, de forma que o SUS passará a financiá-los desde que vocacionados para uma das estratégias nacional, haja vista que não há mais razões para que possam continuar a funcionar, como hospitais gerais, sem resolutividade para o sistema. QUE no próximo ano o Estado de Minas Gerais, a exemplo dos demais no País, por força da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, deverá aplicar, no mínimo, 12% de seus recursos nas ações e serviços de saúde, na forma da lei. QUE estamos em um novo tempo de se fazer saúde, a partir desses marcos legais, bem como da lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, bem como seu Decreto nº 7724, de 16 de maio de 2012. QUE, a exemplo de outras Regiões de Saúde ampliadas, há necessidade de que a Região de Saúde (Macro Oeste) também possa se planejar, a partir das suas necessidades em saúde, no campo assistencial e hospitalar, daí a importância da elaboração de um urgente diagnóstico regional em cada um dos municípios. QUE o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais tem sido um importante ator nesse processo de Mediação Sanitária, notadamente na definição dos papéis dos prestadores (hospitais) e profissionais de saúde. **HOUVE AINDA DIVERSAS MANIFESTAÇÕES**, com destaques para Alessandro Garcia Silva, Promotor de Justiça da comarca de

Divinópolis, Ubiratan Domingues, Promotor de Justiça da comarca de Divinópolis, Charles Salomão, Promotor de Justiça da comarca de Pará de Minas e Luís Augusto de R. Pena, Promotor de Justiça da comarca de Lagoa da Prata. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, de forma a solicitar-lhe deliberação plenária quanto à publicação de uma resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. **2)** O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais providenciará orientação, junto aos profissionais médicos do corpo clínico desses hospitais filantrópicos, situados na Macro Oeste, com exceção do município de Lagoa da Prata (razão específica dos efeitos da Ação Civil Pública), com prazo de até 60 dias, quanto à (re)elaboração do seu Regimento Interno, em cada deles, de forma clara e precisa, com observância das seguintes diretrizes: a) o profissional médico responsável por cada uma das clínicas, no ambiente hospitalar, deverá apresentar ao seu Diretor Clínico escala de serviços de seus profissionais, no regime de plantão; b) na ausência dessa escala de serviços pelo responsável da clínica, o Diretor Clínico, em face de sua autonomia administrativa, será o responsável pela sua elaboração; c) assegurar a cada um dos pacientes/usuários, internados na respectiva unidade hospitalar, seu direito ao médico assistente, conforme normas do Conselho Federal de Medicina e Código de Ética Médica; d) assegurar a prestação de serviços ao SUS pelo profissional de saúde, cadastrado no CNES, integrante do corpo clínico da unidade hospitalar, de natureza filantrópica, desde que faça atendimentos privados e/ou planos de saúde; e) convencionar a possibilidade de indenização financeira pelo profissional médico, não integrado ao corpo clínico, com atuação nos atendimentos particulares e/ou planos de saúde, sem atendimento ao SUS, no ambiente hospitalar filantrópico, haja vista a origem dos insumos/equipamentos adquiridos com recursos públicos. **3)** A Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), no prazo de até 60 dias, expedirá ofício a cada um dos prestadores (hospitais) filantrópicos, conveniados ao SUS, da Região Macro Oeste, orientando-os a (re)elaborar seu Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes constantes do item acima. **4)** A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da Região Macro Oeste, quando da celebração dos contratos/convênios, específicos ou genéricos, com

repasses de recursos financeiros para as ações e serviços de saúde, tendo como beneficiários os prestadores (hospitais filantrópicos conveniados ao SUS) deverão assegurar, sempre que possível, como anuentes, as pessoas dos Diretores Clínicos. 5) Tendo em vista a necessidade da implementação e re)organização das ações e serviços de saúde na Macro Oeste, integrada por 55 municípios, constituída de uma população de 1.201.980 habitantes, conforme PDR-MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, que resulte no fortalecimento da regionalização, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, com garantia do acesso qualificado dos usuários às ações e serviços de saúde, respeitadas as competências da instância colegiada da CIB-R, fica criada Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada pelos seguintes órgãos: a) Superintendência Regional de Saúde do município de Divinópolis; b) Promotoria de Justiça da comarca de Divinópolis (Dr. Alessandro Garcia e Dr. Ubiratan Domingues); c) COSEMS Regional de Divinópolis; d) Colegiado Regional de Conselhos Municipais de Saúde; e) Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis, Formiga, Campo Belo, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Monte, Itaúna e Formiga (municípios sede de microrregião de saúde); f) Delegado Regional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; g) Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; h) Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Oeste; i) Provedor da Santa Casa do município de Formiga. 6) Referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá reunir-se, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar do dia 10 de janeiro de 2013, para os fins de elaboração da metodologia e organização dos trabalhos, para os fins de otimização dos trabalhos de diagnóstico em campo, tudo com registro em ata. 7) A partir da realização dessa reunião de organização dos trabalhos, referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá percorrer cada um dos municípios da Região Macro Oeste, para os fins de elaboração do detalhado relatório/diagnóstico, preliminar, com identificação, dentre outras, das necessidades de saúde na região, suas fragilidades/potencialidades, densidade tecnológica operacional instalada, definição de vocações/identidades dos prestadores hospitalares, inclusive os considerados de pequeno porte (máximo 50 leitos), qualificação dos leitos hospitalares, qualificação da atenção primária (resolutividade), internações por condições sensíveis à atenção primária, protocolo de Manchester e implantação das redes de atenção, visando a (re)organização das ações e serviços de saúde na região, em níveis de complexidade crescente. Eventuais levantamentos/diagnósticos porventura existentes poderão ser aproveitados pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. 8) O prazo para realização desse detalhado relatório/diagnóstico (no campo) é de 60 (sessenta) dias. 9) A coordenação dos trabalhos dessa Comissão ficará afeta a Superintendente Regional de Saúde de Divinópolis, Promotoria de Justiça da comarca de Divinópolis (Dr. Alessandro Garcia e

Dr. Ubiratan Domingues), Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Oeste e da representante do COSEMS Regional de Divinópolis. 10) Referido relatório/diagnóstico, de natureza preliminar, sem prejuízo das competências da CIR, será apresentado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, posteriormente, em reunião a ser designada pelo Coordenador do CAO-SAUDE, ao Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ao Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, a presidência do COSEMS/MG e Conselho Estadual de Saúde, através de especial reunião de Mediação Sanitária, em desdobramento, preferencialmente em um dos municípios da Região. 11) O Coordenador do CAO-SAUDE fará convite a cada um dos designados para atuação nessa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, não presentes na reunião. 12) O Coordenador do CAO-SAUDE providenciará, desde que solicitado, suporte motorizado (veículo), com motorista, à disposição da referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para a execução dos trabalhos. 13. A critério da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, através de seus coordenadores, poderá ser convidados outras pessoas para integração da comissão, dentre eles, os Promotores de Justiça com atribuições na defesa da saúde, com atuação dentro da Macro Oeste. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais. Luís Augusto de R. Pena, Promotor de Justiça da comarca de Lagoa da Prata,

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAUDE	ALESSANDRO GARCIA SILVA <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Divinópolis
UBIRATAN DOMINGUES <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Divinópolis	CHARLES SALOMÃO <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Pará de Minas
LUÍS AUGUSTO DE R. PENA <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Lagoa da Prata	KENIA SILVEIRA CARVALHO DAMÁSIO Superintendente Regional de Saúde Divinópolis

<p>MAURÍCIO BOTELHO Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde – SES/MG</p>	<p>TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA Coordenador do PROHOSP Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais</p>
--	--



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO
5ª Reunião de Desdobramento da
XIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania
Divinópolis/MG

Aos nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e quatorze, no Gabinete do Núcleo do Ministério da Saúde em Belo Horizonte, com endereço na Rua Espírito Santo, nº 500, 12º andar, sala 1204, centro, realizou-se a 5ª Reunião de desdobramento da XIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania da Região Oeste de Divinópolis, para *discussão da grave crise na assistência do Hospital São João de Deus, do município de Divinópolis, dada sua repercussão regional; bem como da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Oeste, com 54 municípios e 1.261.214 habitantes.* Participaram da reunião um total de 19 (dezenove) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião *Fausto Pereira dos Santos, Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; Tiago Lucas da Cunha Silva, Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG; Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Ubiratan Domingues, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Divinópolis e Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Oeste; Sérgio Gildin, promotor de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Divinópolis; Vladimir de Faria Azevedo, prefeito municipal de Divinópolis; Kênia Silveira Carvalho, Superintende Regional de Saúde da Macrorregião Oeste; João Batista da Silva, Auditor Chefe do Serviço de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS em Minas Gerais; David Maia D'Oliveira, Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis; Cláudio F. Castro, Coordenador da Regulação Assistencial da Macrorregião Oeste;*

Kátia Regina de Oliveira Rocha, Assessoria Jurídica do Hospital São João de Deus e vice-presidente da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; *Geraldo Magela A. Couto*, Comissão Interventora do Hospital São João de Deus; *Afrânio Emílio Silva*, Interventor do Hospital São João de Deus; *Ariston Oliveira Silva*, empresa Dictum administradora do Hospital São João de Deus; *Alexandre Viana de Andrade*, referência técnica da diretoria hospitalar da SES/MG; *Maria Thereza R. da Cunha*, Assessoria da SAS/MS; *Meiry Andréa Borges David*, Assessoria Institucional do MPMG; *Marineide Chaves Andrade*, Oficial MPMG, Assessoria do CAOSAÚDE. **A reunião foi aberta pelo Dr. Fausto Pereira dos Santos**, Secretário Nacional de atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que fez a saudação geral, propôs uma breve apresentação dos participantes e logo em seguida passou a palavra para o **Dr. Gilmar de Assis, promotor de Justiça, Coordenador do CAOSAÚDE** que fez suas considerações iniciais. Agradeceu o Ministério da Saúde, na pessoa do Dr. Fausto, pelo atendimento célere ao convite formulado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. Contextualizou a discussão, com ênfase para o fato da grave crise financeira do prestador Hospital São João de Deus, em Divinópolis, único com atuação na alta complexidade regional. QUE essa gravíssima crise tem trazido enorme repercussão assistencial para todos os usuários dos 54 (cinquenta e quatro) municípios. Salientou a preocupação geral dos diversos órgãos que integram o SISTEMA pelo fato iminente da suspensão dos serviços especializados de saúde pelo prestador Hospital São João de Deus, sobretudo pela gravíssima crise financeira. Destacou a estratégia da Mediação Sanitária, verdadeira ação institucional, na busca da construção dos consensos, mediante a corresponsabilização geral de cada um dos atores nesse Sistema ÚNICO de Saúde. **Dada a palavra para o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Tiago Lucas da Cunha Silva**, fez um breve relato contextualizado sobre a situação do Hospital São João de Deus. Destacou o fato de que essa Região de Saúde corresponde a 6,12% de toda a população de Minas Gerais, ou seja, 1.261.214 habitantes. QUE toda essa população tem como referência os serviços de alta complexidade prestados pelo Hospital São João de Deus. QUE têm sido feitos vários investimentos pela SES/MG nessa macrorregião, como forma de ampliação do então insatisfatório número de leitos e de serviços especializados. QUE foi elaborado pela SES/MG um Plano de Ação, Expansão e Melhoramentos da Região Oeste, com a participação, dentre outros, do Ministério Público, por meio da estratégia da Mediação Sanitária. QUE há uma comissão de gestão de crise, com participação do município de Divinópolis,

SES/MG, Ministério Público, COSEMS Regional e representantes do hospital para enfrentamento da grave crise do Hospital São João de Deus. QUE desde aquela época esse prestador já sinalizava pela sua absoluta desestruturação, nos aspectos financeiros e assistencial, razão pela qual, após diversas reuniões, decidiu-se pela intervenção administrativa pela promotoria de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Divinópolis, com o apoio irrestrito da SES/MG, Município de Divinópolis, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, dentre outros. QUE essa intervenção, com novos dirigentes, na forma de interventores, através da empresa DICTUM se deu para os fins de busca da recuperação financeira e assistencial daquela instituição. QUE o Estado tem concentrado esforços, nos limites de suas possibilidades financeiras para apoiar a instituição, em razão da repercussão assistencial. QUE no período de janeiro a junho de 2014 a taxa de ocupação de leitos no Hospital São João de Deus reflete bem essa crise, sempre com oscilação, atualmente no patamar de 55,44%. QUE nesse mesmo período foram procedidas 3.479 internações da média complexidade e 901 da alta complexidade. QUE a Região Oeste conta com 1.795 leitos SUS totais, exceto UTI, o que representa 5,89% dos leitos SUS/MG, tendo 659 deles efetivamente ocupados pelo SUS, ou seja, 36,71% dos leitos da Macro. QUE a Região conta com 76 leitos totais de UTI, sendo 68 adulto, 02 pediátrico e 06 neonatal, portanto, com déficit operacional de 37 leitos UTI adulto e de 24 leitos neonatal. QUE são os seguintes recursos financeiros repassados pela SES/MG para referido prestador, a saber: a) acompanhamento diário do atendimento do Hospital São João de Deus, através da regulação efetiva; b) aporte de R\$ 1.400.000,00 para custeio; c) aumento do recurso da Rede Resposta, passando de R\$ 200.000,00 para R\$ 400.000,00 mensalmente; d) pagamento de aproximado de R\$ 1.300.000,00 para custeio de diárias de UTI, retroativo a fevereiro de 2014; e) PROHOSP INCENTIVO no valor de R\$ 2.902.353,41 anual. **Dada a palavra para Ariston Oliveira Silva**, Diretor do Instituto AXIS e DICTUM, empresa interventora, fez uma apresentação sobre a situação atual do hospital. QUE nos 12 (doze) meses de intervenção houve ampliação da assistência, mediante a criação de 20 novos leitos UTI e 51 novos leitos de internação. QUE nesse mesmo período a taxa de ocupação geral (SUS e Convênio) saiu de aproximadamente 63% para 84%, contudo, permitindo o decréscimo do déficit operacional para o atual patamar de R\$ 1.350.000,00. QUE houve a separação entre os CNPJ do Hospital São João de Deus e o Plano de Saúde (FID). QUE a FID também foi afetada por essa grave crise, devendo apresentar junto a ANS um Plano de Recuperação Assistencial até o dia 16/09/2014. QUE a

atual administração tem buscado incessantemente o equilíbrio econômico-financeiro para a entidade, através de melhoria de controles internos, aperfeiçoamento da gestão financeira, redução de despesas, dentre outras. QUE foram feitos novos contratos com cada uma das clínicas (equipes médicas), haja vista que alguns deles eram prejudiciais para o Hospital São João de Deus. QUE houve a abertura do Hospital São João de Deus para a efetiva regulação pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis e SES/MG. QUE o momento atual, com reflexos significativos para a crise, consiste no atraso de impostos; atraso com fornecedores; atraso de pagamentos das equipes médicas (um mês de atraso), com perda de vários profissionais; dificuldade no abastecimento de materiais e medicamentos; inexistência de recursos para pagamento do 13º salário. QUE há grande preocupação no fato do abastecimento irregular de materiais e medicamentos o que provavelmente provocará, para efetiva segurança clínica, na redução do atendimento dos pacientes SUS. QUE o município de Divinópolis repassa, mensalmente, um aporte de R\$ 300.000,00 para a manutenção dos 51 (cinquenta e um) novos leitos da Unidade II, além de seu acompanhamento diário no atendimento do Hospital São João de Deus, mediante supervisão feita por um Gerente de Contrato. QUE são as seguintes demandas já encaminhadas para o Ministério da Saúde (MS), a saber: a) credenciamento dos 20 leitos de UTI; b) Custeio mensal da Rede Cegonha no valor de R\$ 402.430,24; c) Estratégia de tornar-se Hospital de Ensino, mediante incentivo mensal; d) credenciamento dos serviços de alta complexidade, trauma e endovascular; e) pagamento da diferença do IGH no valor de R\$ 266.614,83. Do valor global de R\$ 459.714,95, houve o pagamento de apenas R\$ 193.100,12. QUE há necessidade de novos encaminhados, o que faz na presente reunião, consubstanciados nas seguintes solicitações: a) aumento do teto da média complexidade de R\$ 918.000,00 para R\$ 1.400.000,00, com a ressalva de que o Hospital São João de Deus possui condições operacionais de garantia desse aumento assistencial; b) refinanciamento/suspensão do financiamento feito junto à CEF/BNDES, atualmente com retenção (crédito consignado) diretamente na origem; c) celebração de custeio emergencial no valor de R\$ 9.000.000,00. QUE há viabilidade técnica e financeira para saída do Hospital São João de Deus dessa grave crise, por meio da seguinte composição/estratégia: Déficit operacional mês – R\$ 1.350.000,00; Diferença IGH a ser pago pelo MS – R\$ 266.614,83; Receitas diárias de 20 leitos UTI a ser pago pelo MS – R\$ 250.000,00; Extrapolamento de AIH's a ser pago pelo MS – R\$ 370.000,00; Rede Resposta a ser pago pela SES/MG – R\$ 200.000,00; Receita Unidade II a ser paga pelo Município –

R\$ 300.000,00, TOTALIZANDO R\$ 1.386,614,83 de RECEITAS. QUE no tocante ao credenciamento dos 20 leitos de UTI, já houve vistoria da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal no dia 29/08/2014, com parecer favorável, aguardando-se conclusão e publicação do credenciamento desses leitos pela SES/MG. QUE a SES/MG comprometeu-se ao pagamento retroativo desses leitos a 01/02/2014 data efetiva de ativação operacional para toda a Região Oeste. QUE no tocante à Rede Cegonha, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 1905, de 20 de agosto de 2014, foi aprovada a estratégia para a Região Oeste, com inclusão do Hospital São João de Deus como estabelecimento de referência regional. QUE há necessidade de retificação dos valores publicados na Deliberação supra, haja vista que não incluiu o Centro de Parto Normal, devendo passar de R\$ 3.869.162,88 para R\$ 4.829.162,88. QUE há necessidade de retificação dos valores publicados referentes aos investimentos da Casa de Apoio, devendo passar de R\$ 2.675.000,00 para R\$ 2.818.100,00. QUE espera a sensibilização do Ministério da Saúde no sentido de sua corresponsabilização na busca pela superação dessa grave crise que passa esse importante prestador regional. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Divinópolis, Wladimir Azevedo**, fez sua saudação geral. QUE o município tem participado ativamente desse esforço solidário na reconstrução financeira e assistencial do Hospital São João de Deus. QUE o município integra essa Comissão de Trabalho, com participação em cada uma das variadas reuniões especialmente convocadas para essa emergência. QUE a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis tem participado de várias reuniões internas e externas com o hospital na busca conjunta por soluções, que o hospital é um importante prestador para o município e região. QUE também o município passa por um momento de dificuldades financeiras. QUE o município de Divinópolis, no deliberado pela Comissão de Trabalho de Mediação, instituiu o programa SIM-SAÚDE. QUE abriu neste ano uma UPA Tipo III. QUE apesar de seu funcionamento (seis meses) não recebeu, ainda, qualquer aporte financeiro federal. QUE todos os documentos foram encaminhados para o Ministério da Saúde, inclusive, já tendo recebido visita pelos técnicos do Ministério da saúde. QUE o município repassa R\$ 300.000,00 para o custeio (manutenção) dos 51 (cinquenta e um) leitos expandidos, da antiga Unidade de Pronto Atendimento, anexados para o Hospital São João de Deus. QUE é necessário que ele comece receber o incentivo da UPA, pelo Ministério da Saúde, de modo que tenha possibilidade financeira de aportar esses R\$ 300.000,00 mês para o Hospital São João de Deus conforme prometido. **Dada a palavra para o promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Divinópolis, Ubiratan**

Domingues, ressaltou a necessidade de ampliação da eventual decisão que venha a ser adotada nesta reunião para toda a Região Oeste, haja vista os variados problemas coletivos de saúde que devem ser enfrentados na lógica da regionalização. QUE a reestruturação do Hospital São João de Deus, conquanto necessária e emergencial, haja vista ser o único prestador de alta complexidade regional, é apenas parte da solução. QUE a Região possui uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária com diversos atores envolvidos, objeto da estratégia da ação institucional da Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, coordenada pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE). QUE essa Comissão de Trabalho conta com diversos representantes, inclusive, do Ministério da Saúde (núcleo estadual), com objetivo de enfrentamento dos diversos problemas coletivos de saúde, na lógica do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE cada um dos municípios, com unidades hospitalares, na região Oeste recebeu a visita dessa Comissão de Trabalho, permitindo-se constatação de deficiências, insuficiências, fragilidades e potencialidades. QUE todas essas constatações foram registradas no documento “Diagnóstico Situacional”, com sugestões de encaminhamentos e recomendações, entregues em solenidade, com a participação de diversos atores, dentre eles o Procurador Geral de Justiça e o Secretário Estadual de Saúde, para os fins de direito. QUE a SES/MG criou um Plano de Ação para Expansão e Melhoramentos da Saúde na Região Oeste. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis, David Maia D’Oliveira** ressaltou o grande esforço do município de Divinópolis na resolução, inclusive, financeira dessa grave crise. QUE o programa SIM-SAÚDE prevê a organização dos serviços municipais. QUE, nesse sentido, foi possível colocar em funcionamento a UPA, porte III; a criação de unidades de atendimentos da urgência da Atenção Básica em horários expandidos em 04 (quatro) recortes geográficos (norte, sul, leste e oeste); aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família; incremento de investimento de recursos próprios de 20% nas ações de saúde. QUE o hospital é um parceiro importante e absolutamente necessário. QUE há seu reconhecimento pelo município. QUE, lado outro, o município não possui condições financeiras de ir além do que já vem fazendo para minimizar essa crise financeira/assistencial. QUE o hospital, apesar da intervenção administrativa e presença vigorosa do Ministério Público, ainda possui sérias resistências por parte do Corpo Clínico, com recorrentes matérias jornalísticas que, de fato, impactam a credibilidade assistencial. QUE é preciso haver o aumento do teto financeiro do município de Divinópolis pelo Ministério da

Saúde, a exemplo do que fora feito no município de Governador Valadares. QUE esse aumento de teto permitirá imediatamente impacto na contratualização municipal com o referido prestador, com crescimento vegetativo e diminuição das demandas reprimidas. **Dada a palavra para o promotor de Justiça de Tutela de Fundações, Sérgio Gildin**, fez verdadeiro apelo, nos limites técnicos e políticos do Ministério da Saúde, no sentido de sua sensibilização do grave cenário vivenciado pelo Hospital São João de Deus e sua inevitável repercussão assistencial para toda a Região caso não haja mobilização solidária pelos diversos entes governamentais, na forma da lei. QUE, nesse sentido, ponderou no sentido do acatamento, pelo Ministério da Saúde, a cada um dos pleitos já encaminhados pelo prestador Hospital São João de Deus, bem como das propostas hoje apresentadas nesta reunião, supracitadas. QUE sem essa participação federal, em especial financeira, dificilmente haverá uma solução razoável para o enfrentamento dessa crise. QUE a maioria dessas reivindicações reflete tão somente direitos do prestador Hospital São João de Deus, por força contratual ou da produção assistencial. QUE o Ministério Público de Tutela de Fundações endossa integralmente o planejamento estratégico de viabilidade técnica e financeira apresentado pela empresa interventora nessa reunião, desde que nessa necessária composição, haja a efetiva participação de todos, em especial do Ministério da Saúde. QUE há, portanto, plausibilidade técnica de superação mensal do déficit operacional do Hospital São João de Deus. QUE é preciso que essas decisões possam ser tomadas em caráter de urgência haja vista o comprometimento de algumas estratégias fundamentais para a manutenção da assistência médico-hospitalar, com possibilidades de paralisação dos serviços pelos profissionais médicos de saúde. **Dada a palavra para o Chefe o Serviço de Auditoria do DENASUS/MG, João Batista da Silva**, registrou haver feito uma auditoria operacional no Hospital São João de Deus, ocasião em que na sua conclusão entendeu pela necessidade da intervenção administrativa, com afastamento e responsabilização dos seus dirigentes. QUE do ponto de vista contábil não há que se falar mais em patrimônio líquido disponível pela entidade, dado seu comprometimento financeiro. QUE não é possível haver interrupção/redução dos serviços ofertados para o SUS, se essa mesma medida não ocorre em relação ao particular/plano de saúde. **Retornada a palavra para o Secretário Nacional de Atenção à Saúde, Fausto Pereira dos Santos**, destacou que o Ministério da Saúde (núcleo Brasília) não possui RH especializado para integração a toda e qualquer estratégia regional, conforme solicitado pelo promotor de Justiça Ubiratan Domingues, para participação nas reuniões da

Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE, lado outro, reconhecendo a importância dessa atuação solidária, na medida do possível tem feito articulação permanente com o Ministério Público Brasileiro, em especial com o Grupo de Trabalho de Proteção à Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público, coordenado pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis. QUE é preciso destacar o fato de ser o sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. QUE o Ministério da Saúde tem trabalhado nos estados da federação com apoiadores institucionais, sem possibilidades de interferência nos processos estaduais. QUE reconhece a importância do Hospital São João de Deus para a assistência regional. QUE o atual orçamento do Ministério da Saúde sofreu considerável impacto pelo fato das emendas impositivas aprovadas pelo Congresso Nacional. QUE houve um impacto de 4,6 bilhões aproximadamente, obrigando os ajustamentos internos do Ministério da Saúde, com priorização para algumas áreas temáticas. QUE não vê possibilidade de novos aportes financeiros, conforme solicitado, na forma de convênio de custeio emergencial no valor de R\$ 9.000.000,00, haja vista que essas despesas não estão previstas originariamente no orçamento, ainda que reconheça a gravidade da situação regional. QUE no tocante aos compromissos assumidos, erigidos à condição de direitos do prestador/município, é possível honrar com cada um deles, tais como: IGH, Rede Cegonha e os credenciamentos de alta complexidade naquelas clínicas especializadas. QUE no tocante ao IGH retroativo não vê plausibilidade financeira para que os pagamentos possam ocorrer neste ano, seja pela dificuldade financeira supracitada, seja pelo fato das restrições impostas pela legislação eleitoral. QUE é possível a publicação imediata da habilitação da UPA, tipo III, de Divinópolis o que já daria um fôlego financeiro para o município, inclusive com estudos técnicos para verificação quanto à possibilidade ou não desses pagamentos retroativos. QUE não é possível o Ministério da Saúde interferir diretamente no processo de eventual moratória ou suspensão da dívida bancária do prestador com a CEF, haja vista a segurança jurídica das regras contratuais. QUE, lado outro, encontram-se avançados estudos técnicos e institucionais entre a CEF e o BNDS, com alargamento de prazos de carência para as dívidas consolidadas, de modo a permitir que unidades de saúde, sem fins lucrativos, conveniadas ao SUS possam ter esses prazos ampliados para sobrevida assistencial. QUE há uma janela de oportunidade para o caso concreto em face das emendas impositivas de custeio, necessitando, no entanto, de haver articulação das instituições, dos municípios e de toda a região junto aos parlamentares para atribuição dessas emendas,

considerando que o Ministério da Saúde não está autorizado legalmente para realizar tal ato. QUE essas emendas para custeio da atenção hospitalar podem representar até 50% do destinado para a média e alta complexidade. QUE essas emendas podem ser também utilizadas para custeio da Atenção Básica, subindo o percentual para até 100% da destinação. QUE é possível fazer os credenciamentos dos serviços da alta complexidade apresentados nesta reunião, sendo suficiente que a documentação, com aprovação na CIB-SUS/MG, possa chegar ao Ministério da Saúde. QUE do ponto de vista técnico e político não é possível o aumento de teto financeiro para o município de Divinópolis neste momento, dada a situação financeira do Ministério da Saúde, pelos motivos supracitados. QUE não descarta a possibilidade de aumento isolado (setorial) de teto financeiro para algum procedimento de alta complexidade, como exemplo, para as clínicas de oncologia e cardiologia. QUE no tocante à participação financeira do Ministério da Saúde da Rede SAMU da Macro Oeste não vê qualquer empecilho, sendo necessário, no entanto, que o desenho seja construído e aprovado, na forma legal, na CIB-SUS/MG. QUE não vê possibilidade de participação, no momento, do Ministério da Saúde no financiamento da RUE, em face da retaguarda hospitalar. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1) PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE:** a) publicação imediata do custeio da UPA, tipo III, do município de Divinópolis, com avaliação do solicitado pagamento retroativo há seis meses, data de seu efetivo funcionamento operacional; b) empenho na discussão com a CEF/BNDES visando a possibilidade de aumento de carência para pagamento das dívidas das Santas Casas e das unidades de saúde sem fins lucrativos, conveniadas ao SUS, em todo o Brasil, de modo a permitir-lhes maior fôlego no cumprimento das tratativas; c) credenciamento dos 20 (vinte) novos leitos de UTI e dos serviços de alta complexidade em ortopedia/trauma e endovascular, assim que a documentação, aprovada pela CIB-SUS/MG, aportar no Ministério da Saúde; d) avaliação, mediante estudos técnicos, em situação de urgência, quanto ao pagamento da Rede Cegonha, inclusive com os valores corrigidos pela publicação anterior, conforme apresentados nesta reunião; e) publicação imediata da adequação do IGH para o valor correto, conforme já analisado pelos técnicos do Ministério da Saúde e apresentados nesta reunião; f) avaliação, com estudos técnicos, mediante provocação do município/prestador, no tocante ao pagamento do retroativo do IAC/IGH, conforme apresentados nesta reunião; g) Garantia real de pagamento (custeio) da Rede de Urgência e Emergência (SAMU) da Macrorregião Oeste, assim que a mesma tiver sido

aprovada no desenho da CIB-SUS/MG; h) avaliação da possibilidade do aumento (setorial) do número de procedimentos na alta complexidade oncologia e cardiologia em face do município de Divinópolis, com implicações para sua contratualização com o prestador Hospital São João de Deus; i) avaliação, mediante estudos técnicos, quanto ao pagamento das AIH's extrapoladas pelo prestador Hospital São João de Deus, conforme apresentados nesta reunião; j) indicação, pela SAS/MS, de responsável técnico para os fins de articulação diretamente com os membros da Comissão de Trabalho, visando a execução específica das providências apazadas na presente reunião, afetas à responsabilidade do Ministério da Saúde. **2) PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**, reconhecendo a grave crise do referido prestador, único referência para a alta complexidade, com imediato impacto assistencial para toda a Região Oeste, os seguintes: a) conclusão e publicação do credenciamento dos 20 leitos UTI do Hospital São João de Deus, haja vista a aprovação da vistoria da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal no dia 29/08/2014, tendo sido o processo de credenciamento iniciado no dia 06/03/2014; b) publicação de resolução de custeio financeiro dos supracitados leitos de UTI, retroativos a 01/02/2014, data da efetiva operacionalização e disponibilização dos leitos para toda a população regional, condicionados à aprovação pela Advocacia Geral do Estado em face do período eleitoral; c) adiantamento dos recursos financeiros do PROHOSP, exercício 2014, mediante prévia aprovação de seu Comitê Gestor; d) adiantamento dos recursos estaduais da Rede Resposta Retaguarda Hospitalar da Urgência e Emergência, nos valores já majorados de R\$ 400.000,00 mensais, condicionados à aprovação do setor jurídico. **3. PELO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS:** a) Avaliação quanto ao imediato repasse mensal de R\$ 300.000,00 para o prestador Hospital São João de Deus, a título de financiamento da Unidade II, dada sua responsabilidade no financiamento da Atenção Hospitalar, conforme definido pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portarias MS nº 3.390 e 3.410, ambas de 30 de dezembro de 2013); b) Aceleração, junto à SES/MG, quanto ao término das obras do Hospital Regional de Divinópolis; c) Maior incremento do controle, monitoramento, avaliação e auditoria junto ao Hospital São João de Deus, de modo a garantir efetivamente o cumprimento das disposições contratadas, garantindo-se a equidade assistencial entre usuários e segurados de planos de saúde, com reflexos para a taxa de ocupação hospitalar, na forma da lei. **4. PELO PRESTADOR HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS:** a) apresentação dos projetos/requerimentos, em caráter de urgência, conforme autorizados pelo Ministério da Saúde e SES/MG

na presente reunião; b) novas tentativas de renegociação por maior desconto de suas dívidas com fornecedores; c) maior transparência e clareza dos processos, com recomendação emergencial de reunião com todo o Corpo Clínico do Hospital São João de Deus, com convite à participação dos diversos atores da Mediação Sanitária, em especial do presidente do CRMMG, compartilhando-lhes essa situação real de crise, com indução (pacto) para solidariedade geral. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p>UBIRATAN DOMINGUES Promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Divinópolis e Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macrorregião Oeste</p>
<p>SÉRGIO GILDIN Promotor de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Divinópolis</p>	<p>FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde</p>
<p>VLADIMIR DE FARIA AZEVEDO Prefeito Municipal de Divinópolis</p>	<p>TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG</p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor Chefe do Serviço de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS em Minas Gerais</p>	<p>DAVID MAIA D'OLIVEIRA Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis</p>

<p><i>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA</i> Assessoria Jurídica do Hospital São João de Deus e vice-presidente da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais</p>	<p><i>KÊNIA SILVEIRA CARVALHO</i> Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Oeste</p>
<p><i>CLÁUDIO F. CASTRO</i> Coordenador da Regulação Assistencial da Macrorregião Oeste</p>	<p><i>GERALDO MAGELA A. COUTO</i> Comissão Interventora do Hospital São João de Deus</p>
<p><i>AFRÂNIO EMÍLIO SILVA</i> Interventor do Hospital São João de Deus</p>	<p><i>ARISTON OLIVEIRA SILVA</i> Empresa Dictum administradora do Hospital São João de Deus</p>
<p><i>ALEXANDRE VIANA DE ANDRADE</i> Referência técnica da diretoria hospitalar da SES/MG</p>	<p><i>MARIA THEREZA R. DA CUNHA</i> Assessoria da SAS/MS</p>
<p><i>MEIRY ANDRÉA BORGES DAVID</i> Assessoria Administrativa do MPMG</p>	



CAOSAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DE DEFESA DA SAÚDE



ATA REUNIÃO

XX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Conceição do Mato Dentro

Aos vinte e sete dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, às 13 horas, no salão do Tribunal do Júri do edifício Fórum da comarca de Conceição do Mato Dentro, com endereço na Rua Daniel de Carvalho, 189, centro, realizou-se a XX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde decorrentes do impacto causado pela recente instalação, no município, da empresa Anglo American, bem como da precariedade dos atendimentos médicos pelo Hospital Imaculada Conceição. Participaram da reunião um total de 12 (doze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: Gilmar de Assis (coordenador do CAO-SAUDE), Marcelo Mata Machado, Promotor de Justiça da comarca de Conceição do Mato Dentro, Reinaldo Cesar Lima Guimarães, Prefeito Municipal; Paula Graciano Santos, Secretária Municipal de Saúde; Maria Raquel Pinto Aguiar Santos, Fundação do Hospital Imaculada Conceição; Leonardo Ferreira Costa, Assessor Jurídico do Hospital Imaculada Conceição; Balbina Jorge Pena, Procuradora da Câmara Municipal; Juliana Teixeira da Silva, Hospital Imaculada Conceição; Ana Letícia Silveira Alves, Hospital Imaculada Conceição; Mateus de Castro Marchini, Hospital Imaculada

Conceição; Sandro Heleno Lage da Silva, Secretário Municipal do Meio Ambiente; Carlos Eduardo Teixeira Nery, da Sociedade Amigos do Tabuleiro – SAT e; Kátia R. Oliveira Rocha, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS). A reunião foi aberta pelo Promotor de Justiça Marcelo Mata Machado que falou sobre o aumento da demanda em saúde no município; sobre a entrada da empresa americana Anglo American na região; sobre as dificuldades na (re) organização das ações e serviços de saúde pelo prestador Hospital Imaculada Conceição; sobre a instabilidade política no município; sobre a necessidade de elaboração de um diagnóstico assistencial pela SES/MG ou pelo DENASUS. QUE o município de Conceição do Mato Dentro, por força do PDR-MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais faz parte da Microrregião Sanitária de Saúde de Vespasiano; QUE há considerável distância entre o município e sua sede de Microrregião, sobretudo agravada pelo acesso (estradas) decorrentes da geografia da região; QUE outros municípios, em tese, referências também estão localizados por grandes distâncias, inclusive, por acesso a estradas não pavimentadas, como, por exemplo, Guanhães e Diamantina; QUE houve notável impacto das políticas públicas em geral com a instalação daquela empresa do ramo minerário no município; QUE esse setor industrial trouxe para a região a conseqüência de uma nova população (trabalhadores) na ordem de 4 (quatro) mil pessoas, impactando consideravelmente o município. QUE no setor da saúde, não obstante o incremento populacional, não houve aumento de repasses financeiros pela SES/MG ou pelo Ministério da Saúde. QUE o critério de rateio, para os fins de distribuição de recursos financeiros, em muitas das ações e serviços de saúde, federal ou estadual, é o per capita ano. QUE o Hospital Imaculada Conceição é o único prestador disponível para toda a população de Conceição do Mato Dentro, não possuindo habilitação/credenciamento em determinados serviços essenciais para garantia do adequado atendimento das pessoas. QUE esse hospital passa por sérias dificuldades financeiras, com comprometimento para a garantia da assistência médico hospitalar da população. QUE somente o município de Conceição do Mato Dentro repassa recursos financeiros para aquela unidade hospitalar. QUE esses novos trabalhadores, da empresa Anglo American, utilizam-se da baixa estrutura de saúde pública instalada no município, inclusive da assistência farmacêutica. QUE não há no município de Conceição do Mato Dentro operadora de plano de saúde suplementar em funcionamento. QUE houve por parte da empresa Anglo American compensação financeira, porém não atendeu integralmente a condicionante ambiental imposta no processo de licenciamento

junto a Superintendência Regional de Regularização Ambiental – SUPRAM. **DADA A PALAVRA AO COORDENADOR DO CAO-SAUDE**, promotor de Justiça Gilmar de Assis, ressaltou sobre os objetivos da ação institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania. QUE o PDR/MG, em razão das especificidades da geografia da região (acesso), não é favorável com o município de Conceição do Mato Dentro. Destacou as principais ações/resultados da ação de Mediação Sanitária em todo o estado de Minas Gerais, com participação relevante, dentre outros, do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/MG), Colegiado Regional de Conselhos Municipais de Saúde, Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG. QUE o Gestor SUS local, assim como o prestador Hospital Imaculada Conceição, precisam, com urgência, proceder a atualização do banco de dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. QUE o município poderá solicitar administrativamente uma retificação de sua população para o IBGE, haja vista que os recursos financeiros, repassados fundo a fundo, pela SES/MG e Ministério da Saúde, levam em consideração, em larga escala, o critério per capita/ano. QUE o município poderá, ainda, fazer sensibilização junto à SES/MG e Ministério da Saúde para que, independentemente do andamento dessa retificação administrativa junto ao IBGE, possam reconhecer, de ofício, a gravidade da situação provocada pelo impacto nas políticas públicas, decorrente do incremento dessa nova população de trabalhadores. QUE há possibilidades de qualificação da atual PPI assistencial (Programação Pactuada Integrada), junto à CIB-R (Comissão Intergestores Bipartite Regional), no sentido de maior remanejamento das quotas físicas para a população de Conceição do Mato Dentro, em todos os níveis de atenção assistencial, média e alta complexidade, haja vista o incremento extraordinário de sua população. QUE essa questão deve ser discutida amplamente na reunião ordinária ou, se for o caso, extraordinária da CIB-R, de forma que os Gestores SUS da Microrregião Sanitária de Vespasiano, agora elevada à condição de Região de Saúde, possam deliberar pelo incremento desses recursos (metas físicas). QUE o Ministério Público, através do Promotor de Justiça da comarca de Conceição do Mato Dentro, poderá, querendo, participar dessa reunião da CIB-R, inclusive, provocá-la, juntamente com o Gestor SUS local, para que aconteça o mais rapidamente possível. QUE o município de Conceição do Mato Dentro possui gestão estadual, ou seja, a responsabilidade financeira para a execução das ações de média e alta

complexidade, nível hospitalar, é da SES/MG e do Ministério da Saúde. QUE a SES/MG é responsável, em face dessa condição de Gestão Plena da Atenção Básica do município de Conceição do Mato Dentro, pela governança do prestador. QUE a SES/MG deverá avaliar a estratégia da elaboração de Contrato de Metas, hoje inexistente, junto ao prestador Hospital Imaculada Conceição. QUE esse Contrato de Metas, dentre outras, reflete a contratualização da SES/MG no que diz respeito aos serviços da média e alta complexidade, nível hospitalar. QUE o município também faz gestão junto ao referido hospital (Gestão Dupla), sendo responsável pela sua manutenção e funcionamento. QUE esse prestador possui apenas 42 (quarenta e dois) leitos hospitalares, portanto, considerado hospital de pequeno porte na visão da Política Nacional. QUE as especificidades locais, como, por exemplo, a geografia municipal (acesso) não recomenda que esse hospital seja enquadrado em um dos modelos da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. QUE a participação da SES/MG naquele prestador tem se limitado ao pagamento das AIH's pela produção assistenciais dos serviços. QUE a Secretaria Municipal de Saúde possui autonomia para remanejar sua PPI Assistencial sempre que o prestador (Município referenciado) não honrar com a garantia do acesso da população nos serviços pactuados. QUE não há impedimento para que a SMS Conceição do Mato Dentro, na reunião da CIB-R, possa remanejar seus recursos, atualmente alocados para o município de Gouveia, para outro, haja vista que aquele não lhe tem garantido o acesso às quotas físicas pactuadas. QUE os municípios são responsáveis pela atenção básica na saúde. QUE o município de Conceição do Mato Dentro não possui serviços próprios da urgência e emergência, nível ambulatorial. QUE esses serviços são prestados pelo Hospital Imaculada Conceição, daí a responsabilização de seu adequado financiamento municipal. QUE, no período de 01/01/2012 a 27/11/2012, o município de Conceição do Mato Dentro recebeu, fundo a fundo, do Ministério da Saúde, um total de R\$ 1.265.180,47 para garantia dos seguintes blocos de assistência: atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão. QUE os recursos da média e alta complexidade (Teto MAC), repassados pelo Ministério da Saúde para o município de Conceição do Mato Dentro, através do Fundo Estadual de Saúde, ficam no patamar de R\$ 568.377,38. QUE praticamente o município de Conceição do Mato Dentro não é referência assistencial para outros municípios, sobretudo pelos serviços oferecidos e baixa densidade operacional do Hospital Imaculada Conceição. QUE o município local possui o direito à contraprestação financeira estadual para atendimento dos serviços da média e alta complexidade. **DADA A**

PALAVRA AO PREFEITO MUNICIPAL, Reinaldo César Lima Guimarães, ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária, bem como a excelência da atuação do Promotor de Justiça Marcelo Mata Machado na comarca. QUE o município possui 03 (três) unidades do Programa Saúde da Família. QUE não possui ainda serviços próprios da urgência e emergência, ambulatorial, servindo-se da contratualização feita com o Hospital Imaculada Conceição. QUE o município pretende a construção de um PAM – Pronto Atendimento Municipal. QUE há um compromisso da empresa Anglo American para fortalecimento das ações e serviços de saúde (hospital), contudo, na prática tal fato ainda não ocorreu dado o receio de que esses recursos possam ser penhorados para garantia da dívida trabalhista. QUE atualmente o hospital está sendo gerido por uma fundação pública, criada para melhor re(organização) das ações e serviços de saúde. QUE não tem surtido efeito prático, conforme esperado, a criação dessa fundação pública, antes, colocando o município no risco de assunção dos ônus daquela entidade de natureza particular. QUE essa fundação foi criada no ano de 2010, sob o regime jurídico de direito público, com o objetivo de gerir os serviços de saúde no município. QUE o faturamento mensal, pela produção assistencial do Hospital Imaculada Conceição, é de apenas R\$ 45.000,00, sendo insuficiente para sua sobrevivência operacional. QUE sobre esse faturamento mensal há a retenção do percentual trabalhista, pela Justiça de Trabalho, para garantia do pagamento das reclamações. QUE os serviços oferecidos pelo referido hospital são 100% SUS, desconhecendo o fato de eventual complementação financeira, pelo Ministério da Saúde, no valor de 20% sobre a produção anual da média complexidade. QUE referido prestador não possui certificação de filantropia, embora com prestação de serviços SUS no percentual de 100%. QUE reconhece o equívoco da criação dessa fundação pública, tendo o próprio prefeito municipal, dentre outros, como um de seus membros. QUE o prestador não possui CND – Certidão Negativa de Débito, agravando ainda mais sua situação, dada a impossibilidade de o Poder Público na elaboração de convênio e contrato. **DADA A PALAVRA A DIRETORA DE ASSUNTOS JURÍDICOS DA FEDERASSANTAS**, Advogada Kátia Rocha, ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAO-SAUDE. QUE a atual forma organizativa da fundação está incorreta. QUE acredita que deveria haver a extinção dessa fundação pública no que concerne aos serviços encampados do Hospital Imaculada Conceição. QUE o prefeito municipal, assim como o presidente da Câmara Municipal, não podem figurar como membros natos nos registros da associação, posto que essa deve ser integrada por pessoas

físicas voluntárias. QUE a atual estrutura do prestador não é correspondente a de um hospital, correndo risco de sua extinção pela atual Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, elaborada pelo Ministério da Saúde. QUE esse prestador precisa de uma melhor identidade assistencial, haja vista que não tem condições técnicas para funcionamento como hospital geral. QUE não tem dúvidas do grave risco sanitário suportado pela população de Conceição do Mato Dentro, haja vista que o prestador sequer possui banco de sangue, nem bloco cirúrgico, para atendimento emergencial, agravada pela dificuldade de acesso da população aos serviços referenciados. QUE hoje a população conta com a própria sorte. QUE, no caso de manutenção do status (regime jurídico) de fundação, acredita que a melhor solução seja a de direito privado, afastando-se, pelas irregularidades acima apontadas, o regime público. QUE o município, juntamente com todas as lideranças, deverá buscar maior estruturação hospitalar, inclusive, com participação financeira, razoavelmente adequada, da empresa Anglo American. QUE sugere a discussão da retenção (percentual mensal) dos créditos trabalhistas com a Justiça do Trabalho, de modo que todos os processos possam ser canalizados em um único magistrado, evitando-se decisões divergentes quanto ao modo do pagamento. QUE há plausibilidade jurídica, desde que os serviços da contabilidade estejam rigorosamente em dia, no sentido da discussão judicial, com data retroativa, da condição de filantropia daquele prestador, de modo a anular o passivo fiscal da entidade, posto que desde aquela época a entidade preenche todos os requisitos para concessão da filantropia, na forma da Lei federal nº 12.101, de 2009. **HOUVE AINDA DIVERSAS MANIFESTAÇÕES**, com destaques para a Secretária Municipal de Saúde, Paula Graciano Santos; pela Fundação do Hospital Imaculada Conceição, e o próprio prestador. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, de forma a solicitar-lhe deliberação plenária quanto à publicação de uma resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. **2)** A Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), no prazo de até 60 dias, orientará o Hospital Imaculada Conceição, conveniado ao SUS, quanto à necessidade de (re)elaborar seu

Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes daquela entidade. 3) O CAO-SAUDE enviará ofício para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com remessa da presente ATA, para que possa, emergencialmente, ser elaborado detalhado estudo técnico financeiro, em razão das especificidades do caso, visando a (re) organização das ações e serviços de saúde, inclusive, se for o caso, celebração de Contrato de Metas com o Hospital Imaculada Conceição, para melhor assistência da população, nos serviços da média complexidade. 4) O Hospital Imaculada Conceição deverá informar sobre a adequação da escrituração contábil para a FEDERASSANTAS, de forma que possa avaliar a melhor estratégia para restabelecimento, administrativo ou judicial, de sua condição de filantropia, na forma da Lei federal nº 12.101, de 2009. 5) O município deverá avaliar, junto à SES/MG, quanto à proposta de modificação de sua atual natureza, passando, se for o caso, para Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), dada as especificidades locais (geografia, estradas, distâncias, etc), de modo que os recursos do teto MAC possam ser diretamente repassados, pela SES/MG e Ministério da Saúde, para o Fundo Municipal de Saúde. Essa proposta deverá ser cuidadosamente analisada, com estudos sobre os riscos e impactos dessa decisão. 6) A Secretaria Municipal de Saúde deverá qualificar sua discussão nas reuniões ordinárias da CIB-R, de modo que os serviços pactuados com outros municípios sejam integralmente atendidos pelos prestadores, sob pena de repactuação com outro (município referenciado) para garantia de acesso às ações da média e alta complexidade. 7) A Promotoria de Justiça da comarca de Conceição do Mato Dentro, a Fundação Hospital Imaculada Conceição, a Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital Imaculada Conceição, o presidente do Conselho Municipal de Saúde, o prefeito municipal e a FEDERASSANTAS deverão, em reunião especial a ser designada, sob a coordenação do Dr. Marcelo Mata Machado, Promotor de Justiça, discutir e deliberar sobre a melhor natureza jurídica da entidade. A esse respeito, deverão decidir sobre a manutenção/extinção da atual Fundação Pública; criação ou não de uma fundação de direito privado; revitalização da associação civil sem fins lucrativos. Deverão ser observadas as conseqüências legais e jurídicas para a alteração dos estatutos sociais e regimento interno. 8) Deverá ser designada uma reunião emergencial, no município de Belo Horizonte, com a participação do CAO-SAUDE, Promotoria de Justiça da comarca de Conceição do Mato Dentro, da FEDERASSANTAS, do Prefeito Municipal, Secretária Municipal de Saúde, com convite para o Diretor-presidente e Diretor-

jurídico da empresa Anglo American, para rediscussão das estratégias financeiras (compensação) na área da saúde, na forma do artigo 2º, § 2º da Lei federal nº 8.080/90. **9)** O CAO-SAUDE oficiará a Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro (SRS/SES/MG) para realização, no prazo de 60 (sessenta) dias, de um amplo diagnóstico assistencial em face das ações e serviços de saúde do município de Conceição do Mato, para melhor qualificação, dentre outras, do processo decisório sanitário, inclusive quanto à vocação do prestador hospitalar, dada sua importância, em face das especificidades, para aquela população. De posse dessas informações, oportunamente será designada uma reunião especial com o Secretário Estadual de Saúde para melhor discussão da problemática, inclusive, do incremento financeiro (Contrato de Metas), para os serviços da média e alta complexidade. **10)** O Prefeito Municipal adotará providências no sentido da retificação, junto ao IBGE, de sua população, haja vista o incremento populacional provocado pela presença dos atuais trabalhadores da empresa Anglo American, bem como, da ressonância dos critérios objetivos per capita/ano, adotados pela SES/MG e Ministério da Saúde, para os repasses financeiros dos principais blocos de atenção à saúde. **11)** O CAO-SAUDE oficiará ao SEAUD/MG/DENASUS para que possa responder ao quesito da reativação dos repasses financeiros, via convênio ou contrato, pelos diversos entes governamentais, para aquele prestador hospitalar, dada sua falta de CND, apoiado na diretriz constitucional da saúde como serviço de relevância pública e, portanto, de ações continuadas. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAUDE</p>	<p style="text-align: center;">MARCELO MATA MACHADO <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Conceição do Mato Dentro</p>
<p style="text-align: center;">REINALDO CÉSAR LIMA GUIMARÃES Prefeito Municipal de Conceição do Mato Dentro</p>	<p style="text-align: center;">PAULA GRACIANO RAMOS Secretária Municipal de Saúde de Conceição do Mato Dentro</p>

KÁTIA R. OLIVEIRA ROCHA Diretora de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG	MARIA RAQUELA PINTO AGUIAR SANTOS Fundação Hospital Imaculada Conceição
LEONARDO FERREIRA COSTA Procurador Jurídico Hospital Imaculada Conceição	BARBINA JORGE PENA Procuradora da Câmara Municipal Conceição do Mato Dentro
JULIANA TEIXEIRA DA SILVA Hospital Imaculada Conceição	ANA LETÍCIA SILVEIRA ALVES Hospital Imaculada Conceição
MATEUS DE CASTRO MARCHINI Hospital Imaculada Conceição	CARLOS EDUARDO TEIXEIRA NERY NAT – Município de Conceição do Mato Dentro
SANDRO HELENO LAGE DA SILVA Secretário Municipal de Meio Ambiente	



Telefone: 3330-9515/33308399 - e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania
Microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo
Município de Carmópolis de Minas

Aos vinte e oito dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, às 14 horas, no salão paroquial, Praça Central, município de Carmópolis de Minas, realizou-se a XXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, em face da Microrregião de Santo Antônio do Amparo e Campo Belo, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão do obrigatório planejamento regional de saúde, na forma da Lei complementar nº 101, de janeiro de 2012 e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, haja vista a elevação da respectiva microrregião em Região de Saúde, devendo, portanto, apresentar respostas satisfatórias às demandas em saúde (necessidades regionais de saúde), mediante instituição de Redes de Atenção, nos diversos níveis de complexidade (hierarquização), bem como resolutividade nas ações e serviços da média complexidade. Essas medidas visam a defesa da ordem jurídica pelo Ministério Público, com ressonância para a redução da judicialização da política. Participaram da reunião um total de 50 (cinquenta) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Promotor de Justiça da comarca de Oliveira, Alex Soares Nacif; Advogados do escritório de Advocacia “Tavares e Maulaz Advogados Associados”, Gustavo Freire, Ramon de Almeida Pereira, Orlando Pereira Júnior e Ralph Batista de Maulaz; Assessora Jurídica da Prefeitura Municipal de Passa Tempo, Janaína Coelho de Lara; Suplente de Vereador eleito do Município de Passa Tempo, Heloísa Cândida Mendes Costa; Assessor do governo de Carmo da Mata, Luigi D’Ângelo dos Santos; Prefeito Eleito do Município de Cana Verde, Jeferson de Almeida; Vereador eleito de Carmópolis de Minas, José Munir Machado; Prefeito eleito de Santo Antônio do Amparo, Jorge Otaviano Costa Lopes; Prefeita Municipal de Carmópolis de Minas, Maria do Carmo Rabelo Lara; Vereador eleito de Carmópolis de Minas, Luis Fernando Silva Freitas; Prefeito eleito de Passa Tempo, Antônio Júlio de Souza; Vereador eleito de Passa Tempo, Orides Alves dos Santos; Prefeito eleito de Carmo da Mata, Almir Resende Júnior; Imprensa de Carmópolis de Minas, Darly Lopes; Vereadora eleita de Carmo da Mata, Sílvia Sirlene Barreto; Antônio J. Costa, Prefeito Municipal de Passa Tempo; Wagner Henrique Raimundo, Conselheiro Tutelar de Carmópolis de Minas; Maria do Rosário Faleiro Barcelos, Conselheira Tutelar de Carmópolis de Minas; Vereador de Piracema, Walderci da Costa; Assessor do Prefeito de Cana Verde, Pierre de Moraes Barbosa; Representante do Prefeito eleito de Oliveira, Wellington de Souza Silva; Advogado da Federassantas, Leonardo Justino Martins; Presidente da Câmara de

São Francisco de Paula, Fued Canaan Ribeiro; Vereador de São Francisco de Paula, Cláudio Américo Ribeiro Santos; Prefeito de Santo Antônio do Amparo, Ocimar Lino; Vereador eleito de Carmópolis de Minas, Geraldo Lucas de Lima e Silva; Prefeito eleito de Cláudio, José Rodrigues B. Araújo; Advogado, Luis A. de Araújo Vasconcelos; Prefeito eleito de Ribeirão Vermelho, Célio Carlos Carvalho; Prefeito eleito de Piracema, Adilson Washington Greco; Vereador em exercício e vice-prefeito eleito de Carmópolis de Minas, Giberto Rabelo Silveira; Diretor Clínico do Hospital São Judas Tadeu do município de Oliveria, Donizetti Aparecido Pereira; Prefeito eleito de Carmópolis de Minas, Geraldo Antônio da Silva; Vereador reeleito e Presidente da Câmara de Carmópolis de Minas, Marcelo de Freitas dos Reis; Assessor Jurídico do Hospital São Judas Tadeu do município de Oliveira, Ramon Alves Gonçalves; Assessoria da Câmara Municipal de Carmópolis de Minas, Eunândia da Silva Rodrigues. **O Promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE**, fez, inicialmente, seu agradecimento pelo espaço conferido ao CAOSAÚDE naquele encontro de prefeitos municipais eleitos. Parabenizou a cada um dos municípios representados pela excelência da estratégia da reunião de prefeitos eleitos para discussão das diversas políticas públicas. Em especial, fez seu agradecimento ao Colega Alex Soares Nacif, promotor de Justiça da comarca de Oliveira, pelo seu compromisso e atuação vigorosa nas ações e serviços de saúde naquela região, contribuindo cada vez mais pela (re) organização do sistema. Observou que a política pública da saúde constitui-se hoje num dos mais graves desafios para sua operacionalização pelos entes governamentais, sobretudo pelos princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, igualdade, integralidade, regionalização, descentralização, direção única e participação da comunidade. QUE, embora os municípios possuem suas responsabilidades definidas para execução das diversas políticas públicas, portanto, integrantes do novo federalismo, sabidamente não recebem os recursos financeiros necessários, hoje concentrados na União. Ressaltou a ação institucional da Mediação Sanitária, criada por Resolução PGJ nº 77 de 18 de setembro de 2012, numa perspectiva solidária de enfrentamento da problemática da saúde, com redução dos confrontos e tensões pelos seus diversos atores, jurídicos ou não. QUE os novos tempos, sobretudo após a promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei federal nº 8.080/90), bem como a própria Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012, que regulamentou o artigo 198 da CF e 77 da ADCT, exigem a adoção de uma série de medidas na área da saúde, como, por exemplo, a elaboração do planejamento

regional da saúde. QUE a ação institucional da Mediação Sanitária tem sido integrada por diversos e importantes atores, como, por exemplo, Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde, COSEMS/MG, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Regional de Medicina, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Comissão de Saúde da OAB/MG, Ministério Público Federal, Defensoria Pública Estadual, GRAMBEL, Associação Mineira dos Municípios. QUE durante essas reuniões de Mediação Sanitária, sobretudo daquelas realizadas em municípios pólos de Regiões de Saúde Ampliadas (macrorregiões de Saúde), prefeitos municipais, secretários municipais de saúde, prestadores, dentre outros, são convidados a discutir, regionalmente, as deficiências, fragilidades, potencialidades das ações e serviços de saúde instalados, visando a construção de um planejamento regional de saúde, em face das necessidades de saúde. QUE, nessas reuniões, uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária é sempre instituída, coordenada pela Superintendência Regional de Saúde (SRS), com participação, dentre outras, do Ministério Público, SES/MG, Colegiado Regional do COSEMS/MG, Conselho Municipal de Saúde, prestadores, secretários municipais de saúde, Ministério da Saúde. QUE uma das tarefas dessa Comissão consiste em visitar cada um dos municípios integrantes da Região de Saúde, de forma a levantar, coletivamente, diagnóstico local de saúde com ressonância para toda a região. QUE a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro Oeste, sob a coordenação da Superintendente Regional de Saúde de Divinópolis, já está em campo, devendo visitar cada um dos 53 municípios a ela adscritos, com autoridade para apontar as deficiências, estruturas, fragilidades, potencialidades, em face da atenção hospitalar, atenção básica e da média complexidade. QUE se pretende com esse diagnóstico, a curto prazo, adoção de estratégias coletivas junto à SES/MG e Ministério da Saúde, de forma que, dentre outros, possamos garantir a integralidade das ações e serviços de saúde, da média complexidade, em cada Micro (Região de Saúde). QUE os municípios pólos de Regiões de Saúde ampliadas (macrorregiões), devem se organizar na perspectiva da garantia da oferta e da execução das ações e serviços de saúde da alta complexidade. QUE os municípios que não se organizarem, na forma legal recomendada, certamente terão dificuldades de investimentos financeiros em seu território, uma vez que o Ministério da Saúde adotará, preferencialmente, sua contrapartida financeira, fundo a fundo, para as Regiões de Saúde, após aprovação no COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. QUE esse novo instrumento legal exige que os municípios possam

apresentar-se nas redes de atenção, mediante oferta de ações e serviços de saúde regionalmente. QUE a estratégia da Mediação Sanitária pode ser convocada por quaisquer dos interessados e não somente por órgãos do Ministério Público. QUE nem sempre a judicialização das ações e serviços de saúde é a solução para uma problemática local ou regional, haja vista que as decisões consensuadas, compartilhadas em espaços democráticos, têm a vantagem de afastar as tensões e confrontos entre os diversos atores, com resultados práticos (coletivos) mais imediatos. QUE todos esses atores, direta ou indiretamente, em face de suas responsabilidades, integram o próprio Sistema Único de Saúde. QUE os novos prefeitos municipais devem ter a cautela de escolher seus secretários municipais de saúde com perfil adequado, dada a importância dessa política pública, bem como o fato de que eles serão, na forma da lei, ordenadores de despesas. QUE os novos prefeitos municipais serão responsáveis pela elaboração, no início do ano de 2013, de um dos mais importantes instrumentos de gestão – Plano de Saúde – exercício 2014 a 2017. QUE os novos secretários municipais de saúde precisam estar capacitados, conhecedores de todas as informações técnicas (epidemiologia) no seu território, de modo a participar, com qualidade, dos processos decisórios nas CIR – Comissões Intergestores Regional. QUE muitos dos municípios da Macro Oeste permanecem com a equivocada Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), não se responsabilizando pela governança dos seus prestadores. QUE a mudança de gestão para a Gestão Plena do Sistema Municipal não lhes acarreta responsabilidades de financiamento das ações e serviços da média e alta complexidade, uma vez que essa política de atenção tem como responsáveis (financiamento) os estados e a União. QUE o município de Oliveira, em face de sua população adscrita e, sobretudo, pela sua oferta de serviços regionalmente, pode ser considerado como referência na citada Região de Saúde, podendo, se for o caso, seu prefeito municipal ponderar, junto às instâncias técnica e política, sua integração como município pólo dessa Região de Saúde, passando a ser tripolar (Campo Belo, Oliveira e Santo Antônio do Amparo). QUE o município de Oliveira possui condições políticas e técnicas para assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal, de forma que os recursos do teto MAC – Média e Alta Complexidade, repassados, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e SES/MG, possam ser lhe diretamente transferido, mensalmente. QUE concorda com a posição sustentada pelo município de Oliveira, no sentido de sua vocação para a obstetrícia regional, sobretudo pela carência dessa oferta na Macro Oeste. QUE para isso é preciso que o município de Oliveira apresente, com urgência, projeto com planilha de

investimentos e custos, alcançando RH especializado e equipamentos, de forma que possa ser discutido junto aos municípios da Micro. QUE o Ministério Público, através do CAOSAÚDE, poderá fornecer, desde que deliberada (consenso) com os demais municípios, apoio na construção da proposta de Termo (convênio) de Cooperação Técnica entre Entes Públicos, recepcionado pela Lei complementar nº 141, na lógica tripartite de financiamento (Ministério da Saúde, SES/MG e municípios). QUE os indicadores de saúde da Região Oeste não são animadores, apresentando falhas evitáveis na gestão. QUE essa desarticulação de rede tem levado a proposição de ações judiciais para garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde. **DADA A PALAVRA AO MÉDICO DONIZETETTI A. PEREIRA, um dos interventores judicial do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Oliveira**, ressaltou, de maneira geral, sobre as condições técnicas daquele prestador, desde que deliberado pelos demais municípios integrantes da Micro, assumir a referência regional na maternidade. QUE, desde a entrada da comissão interventora junto ao prestador, importantes serviços e investimentos têm sido feitos, destacando-se a criação dos dez leitos de UTI adulto, 100% SUS. QUE concorda com a proposta da (re) organização das ações e serviços de saúde regionalmente, havendo espaços para que cada um dos municípios possa se apresentar como referência em ações e serviços de saúde. QUE a lógica da concorrência entre municípios e prestadores precisa ser afastada, conforme assinalado pelo Dr. Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE. QUE esse planejamento regional, sob a coordenação da Superintendente Regional de Saúde de Divinópolis será muito importante para que a própria macrorregião possa estar mais unida e solidária em face dos problemas de saúde. QUE no caso de haver concordância (deliberação) pela referência regional na maternidade, pelo prestador Santa Casa de Misericórdia de Oliveira, será elaborado um instrumento formal de prestação de serviços regionalmente, com plantão médico presencial, 24 horas, de obstetra e pediatra, dentre outros, à disposição dos municípios parceiros. QUE, nesse caso, haverá a possibilidade imediata de contratação de outros profissionais especializados na região. **Houve, ainda, a manifestação de vários prefeitos e secretários interessados na compreensão da proposta feita pelo prestador hospitalar de Oliveira. A esse respeito, o prefeito municipal eleito de Cana Verde, Jefferson de Almeida e o prefeito municipal eleito de Carmópolis de Minas, Geraldo Antônio da Silva. EM SEGUIDA**, o promotor de Justiça Gilmar de Assis, coordenador do CAOSAÚDE, apresentou o SISMAC – Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, do Ministério da

Saúde, disponível em www.sismac.saude.gov.br, de modo a demonstrar os valores dos repasses, mensalmente, fundo a fundo. Observou que esses repasses federais, a título de teto MAC, são repassados para o Fundo Estadual de Saúde, nos casos de municípios habilitados somente na Gestão Plena da Atenção Básica. QUE são importantes valores, mensalmente, repassados pelo Ministério da Saúde, nos seis blocos de financiamento, daí que os municípios deverão melhor avaliar eventual mudança para Gestão Plena do Sistema Municipal. QUE essa informação poderá ser acessada no site www.sismac.saude.gov.br. QUE o fato de os municípios, de GPAB, sem governança sobre os prestadores, não lhes afasta a responsabilidade do acesso (regulação), fiscalização e monitoramento das ações e serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde em seu território. QUE muitos desses prestadores de saúde não cumprem as metas físicas contratualizadas (Contrato de Metas) com a SES/MG. QUE, hoje, em face da Lei federal nº 12.527, de 2011, também conhecida como lei da transparência, exige-se a profissionalização da gestão em saúde, uma vez que cada um dos centavos de reais repassados, fundo a fundo, são de domínio (conhecimento) público. **EM RESUMO**, foram essas as principais discussões no tocante à política pública da saúde daquela região. **O prestador Hospital Santa Casa de Misericórdia de Oliveira**, entidade filantrópica e sem fins lucrativos, conveniado ao SUS, deverá, no que tange à sua pretensão de apresentar-se como referência regional nos serviços maternidade, com urgência, elaborar projeto detalhado, com planilha de custos pelos investimentos, incluindo, equipamentos e RH especializado, na forma das exigências técnicas feitas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina, visando sua discussão coletiva junto aos municípios integrantes da microrregião. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>1.</p> <p>2. MARIA DO CARMO RABELO LARA <i>Prefeita Municipal</i></p>
---	--

	Carmópolis de Minas
<p>3. MARCELO DE FREITAS REIS <i>Presidente da Câmara Municipal</i> Carmópolis de Minas</p>	<p>JEFERSON DE ALMEIDA Prefeito Eleito Município de Cana Verde</p>
<p>GERALDO ANTÔNIO DA SILVA Prefeito Eleito Carmópolis de Minas</p>	<p>DONIZETETTI A. PEREIRA 4. Diretor Clínico e Interventor Hospital Santa Casa de Misericórdia de Oliveira</p>
<p>RAMON ALVES GONÇALVES <i>Assessor Jurídico</i> <i>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Oliveira</i></p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Pará de Minas

Aos vinte e nove dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, às 13 horas, no auditório do Pronto Atendimento Municipal (PAM), com endereço na Avenida Orlando Maurício dos Santos, 222, bairro Senador Valadares, realizou-se a XXII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde, com reflexos para os usuários do sistema, notadamente em face do prestador Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS. Participaram da reunião um total de 32 (trinta e duas) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Charles Daniel França Salomão, promotor de Justiça da comarca de Pará de Minas; Maurício Botelho, Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde; Kênia Carvalho, Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Oeste; Cláudio Fernandes de Castro, Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Oeste; Maria Amália Arruda Campos Santos, Secretária Municipal de Saúde de Pará de Minas; Antônio Júlio, Deputado Estadual e prefeito eleito de Pará de Minas; Leonardo Justino Martins, Advogado – FEDERASSANTAS/MG; Rosângela Lara dos Reis, Superintendência Regional de Saúde – Divinópolis; Gláucia Sbampato Pereira, Secretária Municipal de Saúde de Nova Serrana; Raquel Cristina de Faria, Secretária Municipal de Saúde de Igaratinga; Daniel Barbosa, representando o Deputado Federal Eduardo Barbosa; Cleber de Faria Silva, assessor do Deputado Estadual Antônio Júlio; Flavio Medina Neto, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Pará de Minas; Neide Maria de Almeida, presidente do Colegiado Regional de Conselho Municipal de Saúde; Luana Duarte Medeiros, Secretária Municipal de Saúde de Pitangui; Izaías Ferreira, Secretário Municipal de Saúde de São José da Varginha; Francisco Vidal Chicata Olazabal, Diretor Técnico Médico do Hospital Nossa Senhora da Conceição; Geraldo Otávio de Melo

Ferreira, Administrador do Hospital Nossa Senhora da Conceição; Cornélio Hermes da Fonseca, provedor da Irmandade Nossa Senhora da Conceição; Dr. Eugênio Mansur, vice-prefeito municipal. **A reunião foi aberta pela Secretária Municipal de Saúde de Pará de Minas, Maria Amália Arruda Campos Santos** que ressaltou, dentre outras, seu agradecimento ao projeto de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE acredita na resolução coletiva dos problemas de saúde. QUE há sérios problemas de saúde no tocante à assistência hospitalar no município. QUE o município possui Gestão Plena da Atenção Básica, portanto, sem governança sobre os prestadores. QUE o Hospital Nossa Senhora da Conceição possui credenciamento e financiamento aprovado (depositado) para construção da UTI neonatal, contudo, na prática há verdadeira morosidade e falta de interesse em levar adiante esse relevante projeto. **DADA A PALAVRA AO PROMOTOR DE JUSTIÇA, Charles Salomão**, foi dito, dentre outros, objetivamente que os principais problemas de saúde no município se referem a falta de atendimento adequado às demandas dos usuários, notadamente quando se referem a assistência hospitalar. QUE ombreia com o posicionamento crescente no Ministério Público de que o profissional de saúde, cadastrado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), com prestação de serviços em unidades privadas, filantrópicas, conveniadas ao SUS, possui o dever de exercer suas atividades em face das demandas originadas do SUS. QUE a falta dessa prestação de serviços, mantendo-se o profissional na unidade de saúde, para realização de serviços privados ou decorrentes de planos de saúde, é irregular, podendo ser considerado até mesmo improbidade administrativa, haja vista que os recursos, insumos, equipamentos e outros similares foram adquiridos e mantidos com recursos públicos. QUE adotará providências para que essa minoria de profissionais, no caso de insistência da conduta irregular, seja convidada a retirar-se da unidade hospitalar. QUE os novos tempos no Direito Constitucional da Saúde, em face de seus princípios e diretrizes, exigem uma nova postura no exercício da medicina pública. QUE não concorda com a desativação dos serviços relevantes da neurocirurgia no município; bem como quanto às cirurgias eletivas, em especial na área da ortopedia. QUE o município, bem como o próprio prestador hospitalar, possui a obrigação legal de cumprimento das metas pactuadas, sobretudo no Contrato de Metas, celebrado com a SES/MG, para realização das ações e serviços da média e alta complexidade. QUE o Hospital Nossa Senhora da Conceição é mantido e financiado com verba pública, proveniente do SUS, seja através dos 06 (seis) blocos de financiamento, fundo a fundo, mensalmente, oriundo do Ministério da Saúde; bem como do PROHOSP, no valor de R\$ 732.207,30, mensalmente, repassados pela SES/MG, por força da Resolução SES/MG nº 3194, de 2012. QUE também esse mesmo prestador recebe, da SES/MG, mensalmente, por força da Resolução SES/MG nº 2944, de 2011 e Convênio nº 02/2012, a título de PROURGE (Programa para fortalecimento da urgência e emergência), o aporte de R\$ 37.500,00. QUE o município de Pará de Minas faz repasse, mensalmente, a título de subvenção social para esse prestador hospitalar no valor de R\$ 150.000,00. QUE todos os seis leitos de UTI existentes no referido hospital pertencem ao SUS. QUE o moderno bloco cirúrgico foi totalmente ampliado e

modernizado com verbas públicas. QUE o Hospital Nossa Senhora da Conceição, entidade filantrópica, é o único, no âmbito municipal, credenciado para prestação de serviços ao SUS, conforme cadastro verificado junto ao CNES. QUE esse prestador é referência para os demais municípios, sendo constantes (recorrentes) as reclamações de negativas de acesso. QUE deverá ser executado o projeto, já aprovado, de construção da UTI neonatal, devendo a administração do hospital diligenciar para tanto, já que a verba pública oriunda de convênio já se encontra depositada na conta do referido prestador. QUE deverão ser adequados e normalizados os plantões da pediatria e neurologia a fim de que a população possa ser efetivamente atendida e ter acesso a essas especialidades, inclusive inseridas na PPI – Programação Pactuada Integrada. QUE os profissionais médicos que apresentarem conduta incompatível com o cargo ou desrespeitarem as regras e diretrizes do hospital ou do próprio SUS poderão responder a processo administrativo objetivando sua exclusão do corpo clínico. QUE considera viável a estratégia de os municípios adscritos à microrregião sanitária (Pará de Minas) serem participantes (custeio financeiro), mediante convênio ou termo de cooperação técnica, das despesas operacionais (assistência) do prestador hospitalar, desde que, lado outro, esses serviços possam estar plenamente garantidos (continuidade e eficiência) àqueles municípios. QUE também concorda como fundamental a participação do corpo clínico, no mínimo como anuente, nas contratualizações e pactuações entre os gestores do SUS e administração hospitalar, de forma a evitar riscos e omissões nas prestações de serviços. QUE os profissionais médicos, com prestação de serviços ao SUS, deverão exercer seu múnus pelo valor da Tabela do SUS, sendo, no seu entender, ilegítimo qualquer condicionamento àquela prestação em face de uma majoração ou plus, sobretudo pelo gestor SUS municipal. QUE o déficit de cirurgias eletivas contratadas (demandas reprimidas) deverá ser equacionado e zerado pelos profissionais médicos do corpo clínico do hospital, em prazo a ser assinalado. QUE o serviço especializado em neurocirurgia desse prestador deverá ser reativado, em prazo a ser assinalado, com seu completo reaparelhamento, além da possibilidade de contratação de uma equipe de profissionais para essa especialidade, com o objetivo de diminuir essas demandas, infelizmente crescentes, resultando em pedidos de transferência de pacientes pelo SUSFacil. QUE o aparelho tomógrafo existente no hospital deverá ser credenciado e disponibilizado tanto para os pacientes do SUS que lá se encontram internados como para aqueles admitidos no pronto socorro (ambulatorial), conforme recomendação médica para o caso concreto. QUE considera importante a elaboração de um novo contrato entre os profissionais de saúde e o prestador hospitalar, devendo ser estipuladas as responsabilidades, obrigações e direitos de cada deles, em louvor ao princípio da transparência do vínculo desses profissionais e referida entidade. QUE deverá ser facilitada a entrada de novos profissionais médicos naquela unidade de saúde, desde que demonstrem capacidade, idoneidade, interesse e competência em fazer parte do corpo clínico, com prévio conhecimento dessas novas regras contratuais (ética e operacional). QUE a imagem do centenário prestador Hospital Nossa Senhora da Conceição não poderá ser maculada por uma meia dúzia de profissionais médicos à margem dessas

novas regras contratuais, que, sobretudo utilizam-se dessa estrutura diariamente para atendimentos exclusivamente particulares (planos de saúde e privados), sem qualquer prestação de serviços ao SUS, embora os insumos, equipamentos e serviços tenham sido adquiridos/manutenções com recursos públicos. QUE entende que para esses profissionais deverá ser dada (última) oportunidade para adesão às novas regras coletivas, de interesse público, contudo, caso não tenham interesse, deverão ser formalmente convidados a se retirar do corpo clínico e da própria unidade de saúde, haja vista a prática, em tese, do enriquecimento ilícito (improbidade administrativa), contribuindo para o perigo da perda da condição de filantropia pela unidade de saúde, na forma da lei federal nº 12.401, de 2009. **DADA A PALAVRA AO COORDENADOR DO CAO SAUDE, Promotor de Justiça Gilmar de Assis**, ressaltou, de maneira geral, sobre as recentes legislações na área da saúde; dos principais instrumentos de gestão; da necessidade do planejamento regional em saúde; do fortalecimento do processo regional; da existência de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para identificação de todas as necessidades em saúde, na perspectiva da (re) organização do sistema, nos 55 municípios que integram a Macro Oeste. QUE o município de Pará de Minas também será alvo do trabalho dessa Comissão, razão pela qual, deverá se esforçar, com urgência, para resolução coletiva dos problemas de saúde, notadamente no que se refere a atenção hospitalar, posto que poderá ser consideravelmente prejudicado, haja vista o diagnóstico para implantação da Rede da Atenção da Urgência e Emergência na região. QUE o município de Pará de Minas reúne plenas condições técnicas para ser referência regional, notadamente se levarmos em consideração a geografia (grandes distâncias) da atual Macro Oeste, integrada por 55 municípios. QUE o município de Pará de Minas, a persistir a atual situação fragmentada e deficitária de saúde, poderá deixar de ser considerado estratégico para a rede SUS, haja vista o formato de Região de Saúde, conforme preconizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, podendo seus usuários serem referenciados para outros municípios, ocasionando-lhe, por consequência, diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. QUE tem convicção da urgência no enfrentamento dessas causas problemas, mediante a (re) organização das ações e serviços de saúde, notadamente na atenção hospitalar. QUE o corpo clínico de qualquer entidade hospitalar não pode mais se fechar para o recebimento de novos profissionais, haja vista que pela interpretação sistemática do Código de Ética (2010), instituído pela Resolução CFM nº 1931, de 2009, notadamente do seu capítulo II (Dos Direitos dos Médicos), todo profissional médico possui o direito de atuar em hospitais públicos e privados, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico. QUE os novos tempos passaram a exigir profissionalização da saúde, com transparência de sua gestão, haja vista os repasses públicos. QUE o Ministério Público, por força da celebração de um Termo de Cooperação Técnica com a SES/MG, passou a ter acesso, após Curso de Capacitação, ao sistema SUSFÁCIL, de forma que poderá qualificar seu processo decisório, responsabilizando adequadamente a quem der causa

à falta de garantia de acesso do usuário ao sistema. QUE é possível, pela interpretação sistemática da Constituição Federal, Lei federal nº 8.080/90, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Lei Complementar federal nº 141, de janeiro de 2012, a celebração de Termo de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos, de forma que os municípios, sem investimentos próprios na atenção da média e alta complexidade possam participar, sob a forma complementar, financeiramente, observados proporcionalidade de sua utilização e cobertura, da melhoria dos serviços do prestador referência. QUE o CAO-SAUDE possui minuta desse Termo de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos, onde são observados, para efeitos de financiamento, os critérios da cobertura da atenção primária, população do município, arrecadação tributária, internação por condições sensíveis à atenção primária, percentual de utilização dos serviços do município referência. QUE o Ministério Público, nos termos de sua Resolução PGJ nº 77, de 18 de setembro de 2012, criou, com observância do PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, suas 13 (treze) Coordenadorias Regionais de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. QUE o teto MAC – média e alta complexidade do município de Pará de Minas, competência novembro/2012, é de R\$ 9.000.000,00. QUE essa informação poderá ser acessada no site www.sismac.saude.gov.br. QUE acredita ser melhor para o município de Pará de Minas a mudança de sua gestão, passando para Gestão Plena do Sistema Municipal, de forma que os recursos financeiros, repassados mensalmente, pelo Ministério da Saúde e SES/MG, a título da atenção básica, média e alta complexidade, sejam repassados diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. QUE desses R\$ 9.000.000,00, cerca de R\$8.600.000,00 são utilizados exclusivamente com a população de Pará de Minas, o que importa dizer que o município não tem dado garantia de acesso, na média e alta complexidade, às demandas dos demais municípios, embora adscritos à microrregião, cuja sede se encontra em Pará de Minas. **DADA A PALAVRA AO SUBSECRETÁRIO ESTADUAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES DE SAÚDE, Maurício Botelho**, ressaltou a ação de Mediação Sanitária, sob o patrocínio do CAO-SAUDE. QUE concorda com todos os pronunciamentos que o antecedeu, ressaltando ainda que referido hospital, além de Contrato de Metas, celebrado com a SES/MG, também recebe recursos do PROHOSP e PROURGE. QUE dos 140 hospitais de pequeno porte em toda Minas Gerais, o hospital Nossa Senhora da Conceição ocupa a infeliz posição de 111^a lugar dentre os 140 hospitais no ranking geral do PROHOSP. QUE dos 19 hospitais de mesmo porte, ranqueados no Grupo “B” do PROHOSP, o Hospital Nossa Senhora da Conceição ocupa a vergonhosa posição do 18^o lugar. QUE o Hospital Nossa Senhora da Conceição não quis participar do processo de habilitação para atenção neonatal, não obstante os recursos federais e do estado que seriam repassados, fundo a fundo, para garantia da saúde regionalizada. QUE a SES/MG, doravante, irá apoiar financeiramente apenas os municípios, prestadores, corpo clínico que querem trabalhar para o SUS. QUE tem ciência do financiamento municipal de R\$1.500.000,00 para referido hospital na construção da UTI neonatal, dinheiro esse depositado havia mais de 02 anos, sem qualquer mostra de sua construção, embora já credenciada pela rede SUS. QUE também

comunga do entendimento do Ministério Público no sentido de que o profissional médico que optar pelo seu descredenciamento ao SUS terá que recompensar, de alguma forma, a utilização dos equipamentos adquiridos por recursos públicos, como, por exemplo, PROHOSP e PROURGE. QUE as informações desse prestador junto ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) precisa ser urgentemente atualizada. QUE a unidade hospitalar local não possui até hoje sua adesão ao protocolo de Manchester. QUE o Hospital Nossa Senhora da Conceição deverá adotar as providências administrativas necessárias, visando a (re)organização das ações e serviços de saúde para que possa ser considerado hospital microrregional. QUE o hospital local é um dos piores no atendimento das demandas de saúde, conforme dados estatísticos, não obstante receber consideráveis recursos financeiros da SES/MG, no total aproximado de R\$ 900 mil/mês (PROHOSP, PROURGE, Convênios, Pactuações, etc). QUE tem ciência de que o corpo clínico não se dispõe a cumprir as metas pactuadas, deixando de atender aos pacientes do SUS, bem como não realizando as cirurgias eletivas. QUE essa postura inconveniente contribui fortemente para a péssima resolatividade desse prestador, ficando abaixo, inclusive, de outras regiões de saúde com níveis de arrecadação tributária e IDH mais baixos. **DADA A PALAVRA AO PREFEITO ELEITO, Deputado Estadual Antônio Júlio**, ressaltou que tem conhecimento detalhado dos principais problemas de saúde no município, em especial junto ao Hospital Nossa Senhora da Conceição. QUE muitos desses problemas são originados de muitos anos, sem que fosse possível uma atuação mais vigorosa, em defesa do interesse coletivo sanitário. QUE a verdade consiste no fato de que o atual hospital não tem dono, possuindo uma meia dúzia de médicos que lá permanecem e fazem de tudo para que as coisas não aconteçam. QUE o provedor, assim como o administrador do hospital, é refém do atual corpo clínico. QUE o município conta com uma boa atenção básica (primária). QUE não poupará esforços, caso a situação assim recomende, em fazer eventual intervenção naquela unidade hospitalar, para garantia do atendimento dos usuários do SUS. QUE procurará, como compromisso de sua campanha eleitoral, fazer uma saúde mais humanizada em Pará de Minas. QUE quer contar com o apoio integral do Ministério Público na discussão e resolução dos graves problemas de saúde no município. QUE sugere um prazo de até 06 meses, após sua posse em 1º de janeiro de 2013, como prefeito municipal de Pará de Minas, para melhorar, mediante forte atuação, a saúde no município. QUE tem conhecimento de que o atual corpo clínico do Hospital domina as principais decisões, não deixando que outros profissionais médicos, eventualmente interessados, possam lá exercer a medicina. **DADA A PALAVRA A Superintendente Regional de Saúde**, Kênia Carvalho, apresentou os números da produção do referido prestador, convencendo-se da baixa cobertura da atenção hospitalar e o de seu “fechamento” para as demandas referenciadas por outros municípios, não obstante os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e a própria Secretaria Estadual. QUE praticamente o município de Pará de Minas não atende as demandas dos demais municípios, portanto fechado à garantia de acesso dos demais usuários, perdendo sua credibilidade regional, bem como obrigando, nas situações de urgência e

emergência, o remanejamento de pacientes para outros municípios. QUE essa situação está em desconformidade com as normas administrativas do SUS, haja vista os compromissos assumidos (pactuados) pelo Gestor SUS local, através da então norma do SISPACTO. QUE o município de Pará de Minas não tem assumido sua condição de referência na Macro Oeste. QUE a SRS/SES/MG em Divinópolis possui todo diagnóstico das deficiências e fragilidades dos serviços de saúde no município de Pará de Minas. QUE o CNES do Hospital Nossa Senhora da Conceição está desatualizado, comprometendo particularmente o setor da Regulação Assistencial. **DADA A PALAVRA AO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, Francisco Vidal Chicata Olazabal,** informou que concorda com várias das questões levantadas pelos expositores que o antecedeu. QUE acredita na resolução coletiva dos problemas de saúde do Hospital Nossa Senhora da Conceição a partir da integração de todas as forças, aqui representadas pelos setores, em especial pelo Ministério Público. QUE há necessidade de uma reunião entre o Corpo Clínico e o CRMMG para discussão desses graves problemas. **HOUVE AINDA MANIFESTAÇÕES pelos demais presentes,** como, por exemplo, pelo provedor da Irmandade Nossa Senhora da Conceição, Cornélio Hermes da Fonseca; Administrador do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Geraldo Otávio de Melo Ferreira; Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Pará de Minas, Flávio Medina Neto; Secretários Municipais de Saúde de outros municípios presentes. **EM RESUMO,** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, de forma a reforçar sua anterior solicitação (ofício) quanto à necessidade de uma deliberação plenária para os fins de publicação de resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização/ressarcimento dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. Essa medida também tem como escopo a garantia da equidade (isonomia) e da ética nas relações de trabalho, haja vista que a maioria desses profissionais médicos opta pela prestação dos serviços ao SUS nessas específicas unidades de saúde. 2) O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará ofício para a Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), de forma que, no prazo de até 60 dias, possa orientar o Hospital Nossa Senhora da Conceição, conveniado ao SUS, bem como aos demais prestadores inseridos nessa microrregião sanitária,

quanto à necessidade de (re)elaborar seu Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes daquela entidade. Deverá, obrigatoriamente, fazer a previsão (no instrumento) da indenização/ressarcimento à entidade, pelos profissionais de saúde, que optem pela não prestação de serviços ao SUS, permanecendo, lado outro, com seus serviços privados ou decorrentes de planos de saúde, naquela entidade hospitalar. Deverá, por sua vez, comunicar ao Ministério Público local a identidade desses profissionais de saúde, com serviços privados (planos de saúde e privados), sem atendimento ao SUS, com utilização de recursos, insumos e equipamentos adquiridos por verbas públicas. Nessas situações, conforme deliberação, esses profissionais médicos poderão sofrer processo administrativo que possa resultar, se for o caso, no seu desligamento daquela unidade de saúde, haja vista a ocorrência, em tese, de enriquecimento ilícito (improbidade administrativa). Eventuais profissionais de saúde, integrados ou não ao corpo clínico daquele prestador (unidade de saúde), que se encontram nessas condições reais (sem prestação de serviços ao SUS), deverão, inicialmente, ser convocados pela administração hospitalar para regularização de seus vínculos, de tudo com ciência ao Ministério Público local. **3)** O município, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, assim como o prestador hospitalar, deverão, referentemente ao equipamento de tomógrafo, credenciá-lo e disponibilizá-lo para atendimento dos pacientes do SUS lá internados, bem como aqueles atendidos no pronto socorro hospitalar (ambulatorial), desde que com recomendação médica. **4)** O município deverá avaliar, junto à SES/MG, por ocasião da reunião da CIB-R, quanto à proposta de modificação de sua atual natureza, passando, se for o caso, para Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), dada as especificidades locais, de modo que os recursos do teto MAC possam ser diretamente repassados, pela SES/MG e Ministério da Saúde, para o Fundo Municipal de Saúde. Essa proposta deverá ser cuidadosamente analisada, com estudos sobre os riscos e impactos dessa decisão. **5)** A Secretaria Municipal de Saúde de Pará de Minas, extensiva às demais integrantes da microrregião sanitária, deverá melhor qualificar sua participação nessas reuniões ordinárias da CIB-R, de modo que, dentre outros, os serviços pactuados (PPI) com outros municípios sejam integralmente atendidos pelos prestadores, sob pena de repactuação com outro (município referenciado) para garantia de acesso às ações da média e alta complexidade. **6)** Retomada dos esforços coletivos (profissionais de saúde, prefeitura municipal, empresários, SES/MG, Ministério da Saúde, Ministério Público, Conselho de Saúde, etc.) na

agenda positiva de soerguimento operacional/financeiro do Hospital Nossa Senhora da Conceição, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS. Nesse sentido, como sugestão, deverão ser promovidas regulares reuniões entre esses atores, de forma que possam ser discutidos os problemas de saúde, bem como estratégias para execução das metas estabelecidas. 7) Alteração do regimento interno do Corpo Clínico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, no prazo de até 60 dias, ou outro que possa ser assinalado pelo Ministério Público da comarca de Pará de Minas, dispondo, dentre outros, sobre regulamentação do exercício profissional de saúde, naquela unidade, no tocante aos serviços do SUS, ou seja, sobre a eventual indenização, pelos profissionais médicos, que não participam dos serviços SUS, não obstante utilizam dos equipamentos, insumos, procedimentos, dentre outros, financiados por recursos públicos. Essa norma deverá prever, de forma democrática e criteriosa, regras quanto a admissão dos novos profissionais médicos, em sintonia com o Código de Ética Médica, para composição do corpo clínico, facilitando suas entradas a fim e melhorar a qualidade dos serviços prestados. 8) O município de Pará de Minas, assim como referido prestador hospitalar, sob as penas da lei, deverão garantir o acesso da população referenciada (municípios adscritos a essa microrregião de saúde) aos serviços hospitalares já assegurados na PPI assistencial, conforme quotas físicas pactuadas e repasses mensais, teto MAC, pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, deverá demonstrar crescimento paulatino de sua cobertura hospitalar, seja para a população própria ou referenciada, de forma que sua performance possa ser otimizada, haja vista os considerados recursos financeiros que lhe são repassados mensalmente, bem como as metas lá pactuadas. 9) Com urgência, o município de Pará de Minas e referido prestador deverão adotar providências, inclusive, se for o caso, com prazo estipulado pelo Ministério Público local, para imediata execução do Convênio referente a construção da UTI neonatal, já credenciada e autorizada pelo Ministério da Saúde e SES/MG, sobretudo pelo fato de já ter havido depósito prévio de recursos públicos na conta do prestador. Para tal, deverá ser observado rigorosamente o cronograma (atrasado) das obras. 10) O município e referido prestador deverão, com urgência, em prazo certo (consensual), inclusive, se for o caso, estipulado pelo Ministério Público local, com efetiva participação e integração do Corpo Clínico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, efetivar a realização das cirurgias eletivas (demandas reprimidas), observadas as condições técnicas do prestador, sem prejuízo do atendimento das demandas nas urgências e emergências. 11) O município e referido prestador deverão, com urgência, em

prazo certo (consensual), inclusive, se for o caso, estipulado pelo Ministério Público local, com efetiva participação e integração do Corpo Clínico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, reativar o serviço da clínica da neurocirurgia, suspensa por fragmentação do sistema, com estrutura e equipamentos necessários. Poderão, se for o caso, fazer a contratação de profissional em neurocirurgia para atendimento regional da demanda; **12)** Normalização, pelo prestador hospitalar, do serviço de pediatria, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, devendo essa medida ocorrer em prazo certo (consensual), inclusive, se for o caso, estipulado pelo Ministério Público local, com regularização de plantão médico presencial (pediatria). **13)** A unidade hospitalar, sob a supervisão do Gestor Municipal, deverá providenciar imediata atualização de seus dados junto ao CNES, de forma a permitir visão real de suas potencialidades/fragilidades, contribuindo assim para a Regulação Estadual Assistencial. **14)** Referido prestador, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Superintendência Regional de Saúde (Divinópolis), deverá implantar, em prazo certo (consensual), o obrigatório protocolo de Manchester. **15)** Doravante, por ocasião da celebração de instrumentos de contratos/convênios/pactuações entre o prestador hospitalar e os gestores SUS, em seus diferentes níveis, deverá ser assegurada a obrigatória participação, no mínimo como anuente, do corpo clínico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, já que os recursos humanos (profissionais de saúde) constituem-se no elo mais importante para a execução das ações e serviços de saúde. **16)** O município, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o prestador hospitalar, em prazo a ser assinalado pelo Ministério Público local, deverão apresentar planilha de custos operacionais (garantia da assistência), referente aos serviços especializados e plantões médicos, sobretudo pelo impacto das novas medidas aqui definidas. No caso de os recursos financeiros disponibilizados, pelos diferentes entes governamentais, serem insuficientes para cobertura dessas novas demandas, poderá haver a adoção da estratégia de complementação coletiva (regionalização), na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. De posse dessas planilhas operacionais (custos/investimentos), o CAO-SAUDE poderá auxiliar na elaboração do instrumento coletivo (articulação solidária e operacional) entre os entes públicos, visando a garantia do acesso da população própria e referenciada, a esses importantes serviços de saúde, com eficiência e continuidade. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>CHARLES DANIEL FRANÇA SALOMÃO <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Pará de Minas</p>
<p>MAURÍCIO BOTELHO <i>Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde – SES/MG</i></p>	<p>KENIA CARVALHO <i>Superintendente Regional de Saúde – Divinópolis.</i></p>
<p>ANTÔNIO JÚLIO <i>Deputado Estadual – Prefeito eleito de Pará de Minas</i></p>	<p>FRANCISCO VIDAL CHICATA OLAZABAL Diretor Técnico Médico do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Pará de Minas</p>
<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS Advogado – FEDERASSANTAS/MG</p>	<p>MARIA AMÁLIA ARRUDA CAMPOS e SANTOS Secretária Municipal de Saúde – Pará de Minas</p>
<p>GERALDO OTAVIO DE MELO FERREIRA Administrador do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Pará de Minas</p>	<p>FLAVIO MEDINA NETO Presidente do Conselho Municipal de Saúde – Pará de Minas.</p>



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Nova Serrana

Aos trinta dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, às 09 horas, no salão do Tribunal do Júri do edifício Fórum da comarca de Nova Serrana, com endereço na Avenida Coronel Pacífico Pinto, 281, bairro Fausto Pinto da Fonseca, realizou-se a XXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde, com reflexos para os usuários do sistema, notadamente em face do prestador Hospital São José, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS. Participaram da reunião um total de 20 (vinte) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: coordenador do CAO-SAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Leandro Wili, promotor de Justiça da comarca de Nova Serrana; Kênia Carvalho, Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Oeste; Alan Rodrigo da Silva, Vigilância Sanitária Estadual da SRS/SES/MG, em Divinópolis; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Leonardo Justino Martins, Advogado; Joel Pinto Martins, prefeito eleito do município de Nova Serrana; Pedro Gomes da Silva, empresário do setor calçadista (empresa Randall); Ricardo Yukio Yamada, Diretor Clínico do Hospital São José; Antônio Fernando Lacerda, Assessor Jurídico da Fundação Hospitalar São Vicente de Paula; Jacob Florentino Neto, Conselho Municipal de Saúde; Rogério do Carmo Pires, Conselho Municipal de Saúde; Gláucia Sbampato, Secretária Municipal de Saúde; Rosângela Lara dos Reis, Superintendência Regional de Saúde de

Divinópolis; Diogo Mahe Costa, Hospital São José; Blenda E. Matos M. Faria, Administradora do Hospital São José; Maurício Antônio de Lacerda, Secretário de Governo; Geraldo Magela Ferreira, Representante da Prefeitura; Caio Túlio Andrade, Diretor Técnico do Hospital São José. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Leandro Wili** que ressaltou, dentre outras, a importância da Mediação Sanitária para resolução dos problemas causas na área da saúde, de forma que possam ser resolvidos definitivamente, qualificando-se a atuação do Ministério Público. Apresentou, sob sua percepção, as principais deficiências e fragilidades da saúde no município, com destaque para a área hospitalar (Hospital São José), sobretudo pelo desinteresse de alguns profissionais médicos na prestação de serviços ao SUS, com forte influência sobre os demais, com resultados desastrosos para a garantia de acesso da população àqueles serviços e procedimentos médicos. Cientificou sobre a existência (andamento) de procedimento administrativo, instaurado pela Promotoria de Justiça, para abordagem (apuração) desses graves problemas de saúde. **O COORDENADOR DO CAO SAUDE**, Promotor de Justiça Gilmar de Assis, ressaltou, de maneira geral, sobre as recentes legislações na área da saúde; dos principais instrumentos de gestão; da necessidade do planejamento regional em saúde; do fortalecimento do processo regional; da existência de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para identificação de todas as necessidades em saúde, na perspectiva da (re) organização do sistema, nos 55 municípios que integram a Macro Oeste. QUE em face desse trabalho, a ser desenvolvido democraticamente por essa Comissão, em itinerância, caso o município de Nova Serrana não se esforce para a resolução coletiva de seus problemas na área da saúde, notadamente no que se refere a atenção hospitalar, poderá ser consideravelmente prejudicado, haja vista o diagnóstico para implantação da Rede da Atenção da Urgência e Emergência na região. QUE a persistir essa fragmentação e pouca resolubilidade dos problemas de saúde, poderá deixar de ser referência regional, não obstante seu reconhecido desenvolvimento econômico. QUE, nessas circunstâncias, o sistema não o considerará estratégico dentro do formato de Região de Saúde, conforme preconizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, podendo seus usuários serem referenciados para outros municípios, ocasionando-lhe, por consequência, diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. QUE tem convicção de que o município de Nova Serrana, pelas suas lideranças, tem condições de rever o atual quadro caótico sanitário, não podendo prescindir de uma boa saúde hospitalar, daí a necessidade

da (re) organização das ações e serviços de saúde. QUE o corpo clínico não pode se fechar para o recebimento de novos profissionais, haja vista que pela interpretação sistemática do Código de Ética (2010), instituído pela Resolução CFM nº 1931, de 2009, notadamente do seu capítulo II (Dos Direitos dos Médicos), todo profissional médico possui o direito de atuar em hospitais públicos e privados, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico. QUE o Hospital São José possui baixa taxa de ocupação, sem necessária resolubilidade para sua população própria e, principalmente para a população referenciada. QUE o CNES (cadastro nacional de estabelecimentos de saúde) do Hospital São José está desatualizado, portanto, com infração direta às normas administrativas do Ministério da Saúde e da própria legislação federal. QUE as informações constantes de seu CNES não condizem com a realidade, com grave comprometimento ao planejamento da saúde (obrigatório), bem como ao Sistema Estadual de Regulação Assistencial. QUE esse hospital precisa possuir identidade sanitária, devendo assumir seu papel de referência regional. QUE em consulta ao portal SISMAC, do Ministério da Saúde, referente aos serviços da média e alta complexidade, no período de 01/01/2012 a 30/11/2012, o município foi contemplado com os seguintes recursos financeiros: Atenção Básica: R\$ 5.886.187,56; Teto MAC (média e alta complexidade) R\$ 2.454.698,41 (população própria) e R\$ 141.822,77 (população referenciada), perfazendo um total de R\$ 3.121.536,05. **DADA A PALAVRA PARA A Superintendente Regional de Saúde**, Kênia Carvalho, apresentou os números da produção do referido prestador, convencendo-se da baixa cobertura da atenção hospitalar e o de seu “fechamento” para as demandas referenciadas por outros municípios, não obstante os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e a própria Secretaria Estadual. QUE praticamente o município de Nova Serrana não atende as demandas dos demais municípios, portanto fechado à garantia de acesso dos demais usuários, perdendo sua credibilidade regional, bem como obrigando, nas situações de urgência e emergência, o remanejamento de pacientes para outros municípios. QUE essa situação está em desconformidade com as normas administrativas do SUS, haja vista os compromissos assumidos (pactuados) pelo Gestor SUS local, através da então norma do SISPACTO. QUE o município de Nova Serrana não tem assumido sua condição de referência na Macro Oeste. QUE é descabida a decisão de o referido prestador continuar fechado seus serviços de obstetrícia para a rede SUS, embora com atendimento para o privado e plano de saúde. QUE não obstante o pagamento em dobro para as cirurgias eletivas (demandas reprimidas), conforme

programa instituído pelo Ministério da Saúde e SES/MG, o prestador (Hospital São José) não se interessou pela elaboração de qualquer contrato. QUE a SRS/SES/MG em Divinópolis possui todo diagnóstico das deficiências e fragilidades dos serviços de saúde no município de Nova Serrana. QUE o CNES do Hospital São José está desatualizado, comprometendo particularmente o setor da Regulação Assistencial. **DADA A PALAVRA AO PREFEITO ELEITO**, Joel Pinto Martins, reconheceu a gravidade da situação. Ressaltou que a maternidade deverá retomar suas atividades, não sendo razoável que parturientes de Nova Serrana tenham seus partos em outros municípios. QUE o município é parceiro da atenção hospitalar, com repasses, mensalmente, de significativa subvenção social, embora reconheça a necessidade de uma ampla rediscussão dos procedimentos internos naquele prestador.. QUE o Hospital São José tem que voltar a ser referência na região, resgatando sua credibilidade. QUE não concorda que a nova gestão (2013) tenha que assumir com o repasse, já garantido por força de lei municipal, no valor de R\$ 500.000,00 para aquele prestador, sugerindo que, ainda nesta gestão (2012), haja o devido empenho dessa verba disponibilizada pela Câmara Municipal. **DADA A PALAVRA DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL SÃO JOSÉ**, Ricardo Yukio Yamada, informou sobre a atual dívida do prestador Hospital São José com a seguridade social. QUE sem novos investimentos financeiros a situação se agrava a cada dia, próximo de sua insolvência, como medida mais plausível no aspecto jurídico. QUE falta entrada de novos profissionais de saúde, bem como de incorporação de serviços. QUE acredita ser a natureza jurídica do Hospital São José de fundação. QUE, segundo soube, a escrituração contábil da entidade não se encontra regularizada. **DADA A PALAVRA PARA A ADMINISTRADORA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ**, Blenda E. Matos M. Faria, informou que teria assumido essa função em maio de 2012, oportunidade em que constatou a situação caótica, bastante crítica, em todos os aspectos, do referido prestador. QUE essa situação de desorganização havia vários anos, através de um processo acumulado de problemas, desde sua fundação. QUE não sabe dizer quanto à natureza jurídica do próprio prestador, se associação civil sem fins lucrativos, tal qual cadastrado no CNES ou de fundação instituída nos idos do ano de 1989, ocasião em que a própria Prefeitura Municipal a teria assumido, com CNPJ próprio. QUE esse prestador possui 46 leitos, com serviços na área da ortopedia, clínica médica, maternidade, pediatria e cirúrgica. QUE o teto financeiro, mensalmente, do prestador gira em torno de R\$129.000,00, com constantes e acumulados déficits/mês. QUE a obstetrícia tem respondido por 72 partos mês, embora sem prestação desses

serviços ao SUS, por questões técnicas que precisam ser enfrentadas, notadamente na Vigilância Sanitária Estadual. **DADA A PALAVRA PARA O DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL SÃO JOSÉ**, Dr. Caio Túlio Andrade, ressaltou que o Hospital precisa definir sua natureza jurídica, se estadual, municipal, fundação ou associação filantrópica. QUE esse prestador chegou a ter 03 diferentes CNPJ. QUE não foram pagas as responsabilidades junto ao INSS (patronal/empregado). QUE também não foram pagas as obrigações com o FGTS. QUE a atual dívida (em execução) está no valor de R\$ 4.000.000,00. QUE o hospital não possui título de filantropia. QUE o hospital não faz internação em clínica médica ou cirúrgica. QUE não há plantonista no referido hospital, haja vista a insuficiência de recursos para arcar com essa necessária despesa. QUE o corpo clínico possui desinteresse em trabalhar no referido hospital, haja vista a falta de pagamento pelos serviços prestados. **DADA A PALAVRA PARA O ASSESSOR JURÍDICO DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO VICENTE DE PAULA**, Dr. Antônio Fernando Lacerda, esclareceu que, no seu entender, a natureza jurídica do hospital é de associação privada, sem fins lucrativos. QUE as condições de trabalho no referido hospital colidem com as disposições do Código de Ética Médica, não oferecendo segurança adequada para o exercício do trabalho. QUE durante o tempo em que o hospital se encontrava sob gestão municipal, com personalidade jurídica distinta, por força de um comodato que perdurou até o ano de 2005, não foram recolhidos os tributos referentes ao INSS e FGTS. QUE após o ano de 2005, o município devolveu o hospital para ser administrado pela atual gestão, com todos os déficits financeiros acumulados. QUE os atuais dirigentes da instituição estão se afastando, praticamente sem qualquer direção administrativa. QUE o hospital responde por 80% das internações SUS. QUE há necessidade urgente da reforma do bloco cirúrgico para os fins de melhoria da atenção e recebimento de mais demandas, seja pela população própria ou referenciada. **DADA A PALAVRA PARA a Diretora de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG, Dra. Kátia Rocha**, esclareceu sobre a gravidade da situação homogênea dos papéis, ou seja, a entidade possui um mix de personalidade jurídica pública e privada. QUE há verdadeiro desvio de finalidade quanto à natureza jurídica do hospital. QUE os hospitais filantrópicos, em geral, não precisam de ajuda do poder público, mas de condições contratuais sérias de trabalho, com recomposição real dos valores dos serviços prestados. QUE a FEDERASSANTAS/MG participa, em Brasília/DF, das discussões técnicas sobre a nova Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, daí sua preocupação, com urgência, no caso concreto, de forma que possam ser

encontradas soluções coletivas em face dos graves problemas de saúde. QUE esse prestador tem que efetivamente assumir sua condição de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos. QUE sugere a elaboração, com urgência, de um amplo diagnóstico de todos os problemas enfrentados pela entidade. QUE a entidade deverá requerer, com urgência, na esfera administrativa, junto ao Ministério da Saúde, sua condição (perdida) de filantropia. QUE há plausibilidade jurídica de esse pedido ser feito na esfera judicial, mediante regularização contábil, detalhamento dos requisitos enquanto entidade prestadora de serviços SUS, na forma da Lei federal nº 12.101, de 2009, uma vez que tal ato é apenas declaratório e não constitutivo. QUE é muito grave essa situação de 17 anos sem depósito do FGTS de seus funcionários. **DADA A PALAVRA PARA O EMPRESARIADO** representado, na pessoa do Sr. Pedro Gomes da Silva, foi dito que é proprietário da indústria RANDALL. QUE assumirá a presidência do Sindicato das Indústrias de Nova Serrana, a partir de 2013. QUE os empresários estão dispostos a ajudar financeiramente na reorganização das ações e serviços de saúde do Hospital São José, desde que haja sinalização positiva por parte de todos, principalmente pela categoria médica em querer trabalhar. QUE os profissionais médicos, nessas condições, deverão atender a todos os comunicados em face dos pacientes SUS ou de planos de saúde coletivo. **HOUVE AINDA MANIFESTAÇÕES pelos demais presentes**, como, por exemplo, pela Secretária Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, de forma a reforçar sua anterior solicitação (ofício) de deliberação plenária quanto à publicação de uma resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. 2) A Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), no prazo de até 60 dias, orientará o Hospital São José, conveniado ao SUS, quanto à necessidade de (re)elaborar seu Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes daquela entidade. Deverá, obrigatoriamente, fazer a previsão do ressarcimento à entidade, pelos profissionais de saúde, que optem pela não prestação de serviços ao SUS,

permanecendo, lado outro, com seus serviços privados ou decorrentes de planos de saúde, naquela entidade hospitalar. **3)** A Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis deverá, á vista de um amplo estudo de recuperação assistencial, dada a importância do município e do prestador para o sistema SUS, enviar ofício para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com remessa da presente ATA, para que possa, emergencialmente, em complementação, verificar possibilidades de celebração de Contrato de Metas com o Hospital São José, para melhor assistência da população, nos serviços da média complexidade. **4)** O Hospital São José, por sua provedoria e administradora, deverá informar sobre a adequação da escrituração contábil para a FEDERASSANTAS, de forma que possa avaliar a melhor estratégia para restabelecimento, administrativo ou judicial, de sua condição de filantropia, na forma da Lei federal nº 12.101, de 2009. **5)** O município deverá avaliar, junto à SES/MG, quanto à proposta de modificação de sua atual natureza, passando, se for o caso, para Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), dada as especificidades locais, de modo que os recursos do teto MAC possam ser diretamente repassados, pela SES/MG e Ministério da Saúde, para o Fundo Municipal de Saúde. Essa proposta deverá ser cuidadosamente analisada, com estudos sobre os riscos e impactos dessa decisão. **6)** A Secretaria Municipal de Saúde deverá qualificar sua discussão nas reuniões ordinárias da CIB-R, de modo que os serviços pactuados com outros municípios sejam integralmente atendidos pelos prestadores, sob pena de repactuação com outro (município referenciado) para garantia de acesso às ações da média e alta complexidade. **7)** A Promotoria de Justiça da comarca de Nova Serrana, a Fundação São Vicente de Paula; a provedoria e administração do Hospital São José; a Secretaria Municipal de Saúde; o presidente do Conselho Municipal de Saúde; o prefeito municipal; o Diretor do Corpo Clínico do Hospital São José e a FEDERASSANTAS deverão, em reunião especial a ser designada, sob a coordenação do Dr. Leandro Wili, Promotor de Justiça, discutir e deliberar sobre a melhor natureza jurídica da entidade. A esse respeito, deverão decidir sobre a manutenção/extinção da atual Fundação Pública; criação ou não de uma fundação de direito privado; revitalização da associação civil sem fins lucrativos. Deverão ser observadas as conseqüências legais e jurídicas para a alteração dos estatutos sociais e regimento interno. **8)** Retomada dos esforços coletivos (profissionais de saúde, prefeitura municipal, empresários, SES/MG, Ministério da Saúde, Ministério Público, Conselho de Saúde) na agenda positiva de soerguimento do Hospital São José, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS;

9) Abertura imediata dos serviços (maternidade) para os pacientes SUS, não sendo razoável a manutenção das portas fechadas para tais procedimentos, pela sua relevância pública, devendo ser adotadas as providências corretivas, de natureza sanitária, com o apoio da Vigilância Estadual da SRS/SES/MG, em Divinópolis; 10) Retomada dos repasses financeiros pelo município de Nova Serrana, a título de subvenção social, independentemente da condição de inadimplente do prestador com a seguridade social, haja vista o caráter de ações continuadas e de relevância pública; 11) No tocante à falta de CND, dada a relevância pública dos serviços de saúde e seu caráter de ação continuada, poderá o município (SMS/GESTOR SUS) providenciar, com urgência, nos moldes do contrato celebrado no município de Contagem (Hospital Santa Rita e Hospital São José), instrumento contratual, com definição das metas físicas (qualificadas e quantificadas), com amortização dos créditos da seguridade social, na forma da Lei federal nº 8.870, regulamentada pelo Decreto nº 3.048. Sugere-se, pelos precedentes e experiências exitosas, a participação da FEDERASSANTAS/MG, nesse processo de celebração de contrato com amortização de débito com a seguridade social. 12) Alteração do regimento interno do Corpo Clínico do Hospital São José, dispondo, dentre outros, sobre regulamentação do exercício profissional de saúde, naquela unidade, no tocante aos serviços do SUS, ou seja, sobre a eventual indenização, pelos profissionais médicos, que não participam dos serviços SUS, não obstante utilizam dos equipamentos, insumos, procedimentos, dentre outros, financiados por recursos públicos; 13) Garantia de acesso da população referenciada aos serviços hospitalares já assegurados na PPI assistencial, conforme quotas físicas pactuadas e repasses mensais, teto MAC, pelo Ministério da Saúde; 14) Adoção de providências, com efetiva participação do Ministério Público local, no sentido da garantia (repasses) dos recursos financeiros, aprovados pela Câmara Municipal, exercício 2012, para financiamento das ações de saúde daquele prestador, haja vista a notícia de que a municipalidade não os teria empenhado, no valor de R\$ 500.000,00. 15) O CAO-SAUDE oficiará ao SEAUD/MG/DENASUS para que possa responder ao quesito da reativação dos repasses financeiros, via convênio ou contrato, pelos diversos entes governamentais, para aquele prestador hospitalar, dada sua falta de CND, apoiado na diretriz constitucional da saúde como serviço de relevância pública e, portanto, de ações continuadas. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i></p>	<p>LEANDRO WILI <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i></p> <p>5. Comarca de Nova Serrana</p>
<p>JOEL PINTO MARTINS <i>Prefeito Municipal de Nova Serrana</i></p>	<p>KENIA CARVALHO <i>Superintendente Regional de Saúde –</i> <i>Divinópolis.</i></p>
<p>KÁTIA R. OLIVEIRA ROCHA <i>Diretora de Assuntos Jurídicos da</i> FEDERASSANTAS/MG</p>	<p>PEDRO GOMES DA SILVA <i>Empresa RANDALL – Nova Serrana</i></p>
<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS <i>Advogado da Federassantas</i></p>	<p>BLEND A. MATOS M. FARIA <i>Administradora Hospital São José –</i> <i>Nova Serrana</i></p>
<p>CAIO TÚLIO ANDRADE <i>Diretor Técnico Hospital São José</i></p>	<p>ALAN RODRIGO DA SILVA <i>Vigilância Sanitária Estadual –</i> SRS/SES/MG – Divinópolis</p>
<p>ROGÉRIO DA GAMA PIRES <i>Presidente do Conselho Municipal de</i> <i>Saúde</i></p>	<p>GLÁUCIA SBAMPATO <i>Secretária Municipal de Saúde</i></p>
<p>RICARDO YUKIO YAMADA <i>Diretor Clínico Hospital São José</i></p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Bambuí

Aos onze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e doze, às 13h, no salão do Tribunal do Júri do edifício Fórum da comarca de Bambuí, com endereço na Avenida Padre José Tipúcio, 127, 2º andar, centro, realizou-se a XXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde, dos diversos níveis de atenção, com reflexos para os usuários do sistema, bem como para a judicialização da política, notadamente em face do prestador Hospital Nossa Senhora do Brasil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS. Participaram da reunião um total de 12 (doze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Juliana Amaral Mendonça Vieira, promotora de Justiça da comarca de Bambuí; João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS/MS; Daniela de Cássia Domingues, Diretora de Regulação da SES/MG; Cássio Vinícius de Almeida Duarte, Regulação da SES/MG; Flávia Cristiane Paulino Dias, Presidente do Hospital Nossa Senhora do Brasil; Fabiana Vargas Faria, Gerente do Hospital Nossa Senhora do Brasil; Laerce Vargas Resende, Contadora do Hospital Nossa Senhora do Brasil; Camila Graziella Tavares, Enfermeira e responsável pela Gestão Estratégica da Casa de Saúde São Francisco de Assis – Rede Fhemig; Maria José de Carvalho Leite, Diretora da Casa de Saúde São Francisco de Assis – Rede Fhemig. **A reunião foi aberta pela promotora de Justiça Juliana Amaral de Mendonça Vieira** que ressaltou, dentre

outras, seu agradecimento à Mediação Sanitária, através do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE). Em seguida, informou sobre sua grande preocupação com os processos equivocados de saúde local, com ressonância direta na judicialização da saúde. QUE possui procedimentos instaurados para apuração de graves desconformidades no sistema, inclusive, com ressonância na área criminal. QUE o panorama geral do sistema de saúde local é o pior possível, com ausência de responsabilidades sanitárias pela SES/MG e município. QUE a população é a parte mais prejudicada em face dessas deficiências/omissões. QUE os processos, sobretudo de regulação assistencial, não são transparentes, conforme determinado pela legislação. QUE o município conta com o hospital Nossa Senhora do Brasil e a Casa de Caridade São Francisco de Assis, ambos sob gestão estadual, esse último integrante da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. QUE tem conhecimento de que o prestador privado filantrópico (HNSB) não recebe recursos da SES/MG, a título de PROHOSP ou PROURGE. Que o município encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), portanto, não recebe diretamente, fundo a fundo, os recursos federais encaminhados, mensalmente, a título de teto MAC – Média e Alta Complexidade. QUE o prestador recebe subvenção social do município local, no valor de R\$ 36.000,00, em função da atuação vigorosa do Ministério Público local, através de um TAC – Termo de Ajustamento de Conduta. Que esse recurso financeiro está destinado para o pagamento do sobreaviso médico nas 04 clínicas básicas. QUE um dos principais entraves para a adequada prestação de serviços consiste no fato de número limitado (reduzido) de profissional da saúde. QUE esses prestadores não tem atingido as metas físicas contratualizadas (produção assistencial). QUE o prestador HNSB não consegue gerar recursos pela pouca produção de AIH – Autorização para Internação Hospitalar. **Em seguida o Coordenador do CAOSAÚDE**, Promotor de Justiça Gilmar de Assis, ressaltou, de maneira geral, sobre as recentes legislações na área da saúde, em especial da Lei complementar nº 141, de janeiro de 2012 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que modificaram o processo de gestão em saúde pelos diversos entes governamentais, exigindo-se, agora, dentre outros, transparência e eficiência, de modo a atingir os ideais dos princípios e diretrizes do SUS. Informou que, segundo levantamentos no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o prestador Casa de Saúde São Francisco de Assis, razão social Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, CNPJ nº 19.843.929/000.968, integra a administração indireta do Estado de Minas Gerais, portanto, sob gestão estadual. QUE essa

unidade de saúde, hospital geral, possui 301 leitos, sendo: 07 cirurgia geral, 05 ginecologia, 07 ortopedia/traumatologia, 37 clínica geral, 10 hansenologia e 235 crônicos. QUE, por sua vez, o Hospital Nossa Senhora do Brasil (HNSB), filantrópico, sem fins lucrativos, CNPJ nº 17.032.293/0001-91, sob gestão estadual, possui, segundo CNES, possui 60 leitos, sendo destes 44 destinados para o SUS, nos seguintes termos: 07 cirurgia geral, 22 clínica geral, 06 obstetrícia cirurgia e 09 pediatria clínica. QUE o município de Bambuí, segundo informações oficiais extraídas do portal saúde, www.saude.gov.br, no período de 01/01/2012 a 11/12/2012, por força das transferências obrigatórias, recebeu, fundo a fundo, do Ministério da Saúde os seguintes recursos: Atenção Básica – R\$ 1.038,080,03, Média e Alta Complexidade (específica) – R\$ 56.810,00, Vigilância em Saúde – R\$ 82.701,43, Assistência Farmacêutica – R\$ 105.757,85, totalizando R\$ 2.083,149,31. QUE, devido encontrar-se sob gestão estadual, os recursos (macro) do teto MAC – Média e Alta Complexidade, repassados, mensalmente, pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Estadual de Saúde, destinados para o município de Bambuí, competência outubro/2012, foi de R\$ 1.547.937,53. QUE há necessidade de observância, pelo Gestor local, dos principais instrumentos de gestão; da necessidade do planejamento regional em saúde e do fortalecimento do processo regional. QUE há instituída uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para a Região Macro Oeste, sob a coordenação da Superintendente Regional de Saúde da SES/MG, com presença do Ministério Público, dentre outros atores, visando a identificação de todas as necessidades em saúde, deficiências, fragilidades e potencialidades, na perspectiva da elaboração de proposta real de (re) organização do sistema, nos 55 municípios que integram a Macro Oeste. QUE em face desse trabalho itinerante (em andamento), compartilhado e democrático, o município de Bambuí e cada um de seus prestadores serão oportunamente visitados. QUE, no caso de o município de Bambuí, bem como seus prestadores, não se esforçarem para a resolução coletiva de seus problemas na área da saúde, notadamente no que se refere a atenção hospitalar, poderá ser consideravelmente prejudicado, haja vista o diagnóstico para implantação da Rede da Atenção da Urgência e Emergência na região. QUE a persistir essa fragmentação, ineficiência, baixa ocupação hospitalar, ausência de definição (identidade) do prestador e baixa resolutividade dos problemas de saúde, poderá deixar de ser estratégico para o SUS, não obstante a importância do município para a região (Macro Oeste). QUE, nessas circunstâncias, poderá o sistema não o considerar estratégico dentro do formato de Região de Saúde, conforme preconizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE a

imediate consequência é a transferência dos usuários para outros municípios próximos, através da regulação assistencial, ocasionando-lhe, por consequência, diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. QUE o fato de o prestador encontrar-se sob gestão estadual não desobriga o município, na forma da Constituição Federal e da legislação ordinária, da responsabilidade sanitária no processo da implementação, fiscalização, monitoramento da boa execução da saúde no seu território, haja vista seu dever legal de garantia do acesso dos munícipes às ações e serviços de saúde, com qualidade, eficiência e integralidade. QUE, hoje, o Ministério Público tem tido um entendimento uniforme na questão da responsabilidade dos profissionais de saúde, prestadores de serviços em espaços hospitalares filantrópicos, sem fins lucrativos, principalmente pela interpretação sistemática da Lei federal nº 12.101, de 2009 e seu Decreto nº 7.237, de 2010. QUE esses profissionais não podem exercer a medicina junto a esses específicos prestadores, financiados por recursos públicos, com equipamentos/insumos públicos, adquiridos por força de convênio ou contratos, de transferências obrigatórias ou voluntárias, apenas para a atividade privada ou decorrente de plano de saúde. QUE, nesses casos, o entendimento é o da ocorrência, em tese, de improbidade administrativa pelo enriquecimento sem causa, haja vista a falta da regulamentação do pagamento (ressarcimento/indenização) pela utilização daqueles procedimentos SUS. QUE, lado outro, o corpo clínico não pode se fechar para o recebimento de novos profissionais, haja vista que pela interpretação sistemática do Código de Ética (2010), instituído pela Resolução CFM nº 1931, de 2009, notadamente do seu capítulo II (Dos Direitos dos Médicos), todo profissional médico possui o direito de atuar em hospitais públicos e privados, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico. QUE o Hospital Nossa Senhora do Brasil possui baixa taxa de ocupação, prestando, ainda, seus serviços sem eficiência e pouca resolutividade, embora continue cadastrado como unidade de saúde suporte/retaguarda para as urgências e emergências no Sistema de Regulação Assistencial da SES/MG, conforme SUSFácil. QUE o CNES - cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do Hospital Nossa Senhora do Brasil está desatualizado, portanto, com infração direta às normas administrativas do Ministério da Saúde e da própria legislação federal. QUE as informações constantes de seu CNES não condizem com a realidade, com grave comprometimento ao planejamento da saúde (obrigatório), bem como ao Sistema Estadual de Regulação Assistencial. QUE esse hospital precisa possuir identidade

sanitária, devendo assumir seu papel de referência local. **Dada a palavra para o Chefe do SEAUD/MG/DENASUS, João Batista da Silva**, ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária no processo coletivo da apresentação de proposta da (re) organização das ações e serviços de saúde, bem como na redução da judicialização da saúde. QUE concorda com as observações anteriormente feitas pelo Coordenador do CAOSAÚDE. QUE considera equivocado eventual processo que confirme a informação de que o prestador local, sob gestão estadual, não possua com a SES/MG algum Contrato de Metas (quantitativas e qualificativas). QUE justifica esse seu entendimento pelo fato de os repasses federais, mensalmente, a título de teto MAC, destinados para o município de Bambuí, estarem sendo repassados para o Fundo Estadual de Saúde, conforme se observa, dentre outros, pelo SISMAC. QUE não é possível a hipótese de TODOS os serviços da média e alta complexidade (necessidades em saúde da população própria e referenciada) estarem sendo pactuados com outros prestadores/municípios, permanecendo, lado outro, a situação do prestador sob gestão estadual, inclusive para os fins de ser retaguarda para o Sistema de Regulação Assistencial da SES/MG. QUE a existência de outro prestador no município, como, no caso da Casa de Saúde São Francisco de Assis, razão social Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) exige que os processos de regulação, com necessária definição de papéis, sejam transparentes. **Dada a palavra para a Presidente do Hospital Nossa Senhora do Brasil (HNSB), Flavia Cristiane Paulino Dias** ressaltou que se encontra há um ano na gestão hospitalar, passando por sérias dificuldades na sua organização administrativa. QUE seu prestador é de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, sob gestão estadual. QUE a unidade possui um acumulado de desorganização, em decorrência de equivocadas administrações e processos regulatórios, com reflexos imediatos para sua sustentabilidade econômica. QUE o município não possui contrato com o Hospital Nossa Senhora do Brasil e com a Casa de Saúde São Francisco de Assis, sob gestão estadual, razão social Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). QUE confirma a informação de que o Hospital Nossa Senhora do Brasil não possua contrato de metas com a SES/MG para execução das ações e serviços da média e alta complexidade, embora sob gestão estadual. QUE o HNSB tem realizado, com maior ênfase, os serviços de obstetrícia, recebendo pela produção assistencial. QUE tem conhecimento de que a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, em Bambuí, não faz serviços da alta complexidade, não possuindo seus profissionais, no seu entender, capacidade técnica para tal. QUE a unidade de saúde, sob sua

gestão, tem feito atendimentos de urgência, enquanto que o da FHEMIG apenas procedimentos eletivos. QUE é muito comum o envio de pacientes da unidade da rede FHEMIG, assim como os “internados” na policlínica municipal, nas situações de urgência, para serem atendidos no HNSB. QUE seu prestador tem condições de realizar atendimentos na clínica ortopedia, contudo, hoje não possui pactuação/credenciamento com os gestores. QUE a unidade da rede FHEMIG tentou se habilitar, através de consórcio, no atendimento em ortopedia, o que não deu certo. QUE considera extremamente grave o fato de que o Diretor Clínico Ramon José de Oliveira Dias possa acumular essas funções não somente no Hospital Nossa Senhora do Brasil como também no da rede FHEMIG local, além do exercício de cargo estadual comissionado nessa última unidade de saúde. QUE há fortes interferências negativas desse profissional Diretor Clínico no processo de construção do soerguimento/reconhecimento do prestador Nossa Senhora do Brasil. QUE sua produção AIH, mês outubro/2012, foi de apenas R\$ 68 mil, não sendo suficiente para arcar com os diversos compromissos próprios de uma unidade de saúde hospitalar. QUE muitos dos procedimentos realizados pela sua unidade de saúde, notadamente nas urgências, quando do encaminhamento de pacientes da Policlínica municipal ou do prestador FHEMIG, não são remunerados pelo sistema, ocasionando-lhe, por conseqüência, um considerável déficit mensal financeiro. QUE tem conhecimento de que determinado profissional de saúde tem tido conduta incompatível com as diretrizes e normas do SUS, uma vez que utiliza o equipamento de colonoscopia, adquirido em 2007 pelo SUS, para atendimentos de seus pacientes privados, sem contrapartida para os pacientes SUS. QUE esse profissional cobra dos pacientes do SUS, notadamente dos que lá se encontram internados, em especial nos horários noturnos, fragilizados, pela utilização do equipamento de colonoscopia, chegando a um valor próximo de R\$ 1000,00. QUE essas denúncias já foram feitas ao Ministério Público local que, no caso, instaurou procedimento investigatório para os fins de direito (em andamento). QUE sua unidade de saúde possui boa estrutura física e bons equipamentos, contudo, desacreditada pela administração pública local, pelos descompassos nos processos regulatórios e pela ausência de profissionais de saúde. **Dada a palavra para a Diretora de Regulação da SES/MG, Daniela C. Domingues**, ressaltou sua grande surpresa em constatar, pessoalmente, a desorganização administrativa local, com reflexos, para o péssimo atendimento dos usuários e, evidentemente, no incremento da judicialização. QUE a Central de Regulação Assistencial da SES/MG, com sede em Divinópolis, tem tido grandes dificuldades de acesso aos leitos desses

prestadores, o que a obriga, quase sempre, a ter que recorrer para outros municípios/prestadores, como, por exemplo, Divinópolis e Formiga. QUE há necessidade urgente de que os processos, sobretudo o regulatório, sejam saneados. Há necessidade de o Gestor SUS local e os prestadores se associarem para melhor definição dessas estratégias. QUE há necessidade de os prestadores definirem seus papéis, de forma a eliminar a política concorrencial, promovendo-se, por conseguinte, os investimentos necessários para respostas às demandas (necessidades de saúde). QUE não é razoável aceitar que os repasses financeiros, mensalmente, de recursos enviados pelos entes governamentais possam continuar a ocorrer sem que, antes, possa definir e exigir o cumprimento dessas contrapartidas (metas físicas) pelos prestadores. QUE considera necessário repensar a estratégia da dupla porta dos serviços de urgência/emergência ambulatorial, uma vez que há no município uma policlínica para realização dos mesmos serviços executados no pronto atendimento do Hospital Nossa Senhora do Brasil. QUE essa medida, caso seja aprovada político e tecnicamente, potencializa o quadro do RH especializado, racionaliza despesas e otimiza a atenção. QUE não é razoável a aceitação da ausência de plantões médicos, nas diferentes clínicas, pelos dois prestadores (hospitais). QUE esses dois prestadores encontram-se em situação irregular no que diz respeito a ausência do operador 24 horas em face da Regulação Estadual Assistencial, descumprindo, portanto, diretrizes da Rede de urgência e emergência. QUE há ausência de protocolos assistenciais (operacionais) entre esses prestadores, o que dificulta a transparência dos processos e a redução de danos para o paciente. QUE não é compreensível que a policlínica municipal não esteja integrada à Regulação Assistencial Estadual (SUSFácil), haja vista exigência dessa condicionante legal para recebimento/produção de serviços ao SUS. QUE é absolutamente irregular a práxis de os municípios vizinhos enviarem seus pacientes diretamente para a urgência/emergência desses dois prestadores. QUE não faz sentido a preterição do hospital público (FHEMIG) pelo Gestor SUS local, ao fazer a contratação exclusiva de serviços privados de reabilitação com clínicas privadas, fora de seu território. QUE o prestador FHEMIG, apesar de não possuir contrato/convênio com o município, para essa atenção em reabilitação, segundo soube, semanalmente envia um veículo Kombi com seus pacientes para aquele prestador, visando atendimento. QUE há uma alta taxa de permanência nesses dois prestadores, inclusive, com recusa de pacientes, por parte do prestador público, através do regular processo de regulação, para cuidados/reabilitação. **Dada a palavra para a Diretora do prestador FHEMIG, Maria José de Carvalho**

Leita esclareceu que concorda que haja por parte de todos, inclusive, do Gestor SUS local, um movimento sanitário que possa levar à clareza dos processos (fluxos operacionais). QUE a cultura local, regional e até mesmo nacional é a de que a unidade de saúde é entidade de abrigo de pessoas com hanseníase. QUE há necessidade de a unidade melhor se qualificar como hospital geral, agregando serviços e responsabilidades, integrando-se ao processo regionalizado do SUS. QUE a unidade quer se mostrar ao SUS, qualificando-se para novos atendimentos/credenciamentos. QUE não há definição (transparência) dos fluxos operacionais (assistenciais) entre o prestador, município e HNSB. QUE sua unidade de saúde trabalha com a AIH 5, melhor remunerada, haja vista a existência de muitos pacientes naquelas 03 vilas, agregadas/integradas à própria unidade assistencial. QUE praticamente os recursos repassados pelo SUS são utilizados para assistência social das pessoas com hanseníase. QUE há um grande número de pacientes ou mesmo de moradores em uma das vilas, sem referência, acometidos por doença mental. QUE essas moradias, espalhadas pelas 03 vilas, pertencem ao Estado de Minas Gerais, cuja destinação específica originária foi para habitação das pessoas/famílias com hanseníase. QUE, hoje, muitas dessas moradias, pelo decurso do tempo, estão sendo habitadas por parentes-netos daqueles pacientes, muitos deles já falecidos. QUE a maioria desses “pacientes” circulam-se livremente pela cidade, integrados até mesmo ao trabalho, retornando apenas para habitação em uma daquelas moradias. QUE a unidade de saúde, no quesito do controle de circulação (segurança) é totalmente fragilizada, uma vez que os pacientes ou seus parentes circulam livremente. QUE há um estudo técnico, em processo de análise/aprovação, que visa ampliação dos serviços eletivos na área da ortopedia pelo referido prestador. **EM RESUMO, foram essas as principais abordagens. EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** O CAO-SAUDE e a Promotoria de Justiça da comarca de Bambuí oficiarão o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Superintendência Regional de Saúde, com remessa de cópia desta Ata, para prestação das seguintes informações: a) ausência do instrumento de Contrato de Metas, para realização dos serviços de média e alta complexidade, pelo prestador Hospital Nossa Senhora do Brasil, de natureza filantrópica e sem fins lucrativos, sob gestão estadual; b) Ausência de cadastramento da Policlínica Municipal, da administração direta, sob gestão dupla, na Central de Regulação Estadual Assistencial; c) Ausência do operador 24 horas, junto a cada uma das unidades hospitalares, para atendimento das solicitações originadas da Central de Regulação Estadual Assistencial; d) Ausência de

instrumento contratual/convenial, entre o município de Bambuí e prestador local Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais para realização dos diversos atendimentos, em particular dos pacientes encaminhados em veículo próprio para os fins de reabilitação; e) Existência de contrato municipal, celebrado com clínicas privadas de reabilitação, em detrimento da expertise de prestador público estadual, na base territorial; f) utilização das verbas do SUS, pelo prestador local Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, para assistência social das pessoas com hanseníase, em confronto com o artigo 4º, VIII da Lei complementar nº 141, de janeiro de 2012; g) deliberação/aprovação projeto de expansão do prestador Casa de Saúde São Francisco de Assis para os procedimentos eletivos na ortopedia; g) acumulação dos cargos de Diretor Clínico de duas unidades hospitalares e de outro cargo público comissionado pelo profissional Ramon José de Oliveira Dias. 2) Os prestadores Casa de Saúde São Francisco de Assis, o Hospital Nossa Senhora do Brasil e o município de Bambuí deverão, no prazo de até 30 dias, contados do efetivo recebimento desta ata de reunião, devido ao princípio da eficiência, da atenção à saúde e da transparência, (re) organizar os processos de fluxos operacionais (referência/contrarreferência) de seus pacientes, mediante a elaboração, se for o caso, de Protocolo conjunto assistencial, sob as penas da lei. 3) O Auditor chefe do SEAUD/MG/DENASUS deverá, independentemente das providências afetas ao Ministério Público local, adotar imediata atuação auditora em face das denúncias de que determinado profissional médico de saúde, no Hospital Nossa Senhora do Brasil, estaria cobrando dos pacientes SUS, lá internados (fragilizados) pela utilização dos procedimentos de colonoscopia (equipamento público). 4) Remessa de cópia dessa ata de reunião para presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais para que informe quanto à regularidade ou não de acumulação de dois cargos de Diretor Clínico, em unidades de saúde distinta, pelo mesmo profissional. 5) Remessa de cópia dessa ata de reunião para o ilustre Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Região Macro Oeste para ciência e, se for o caso, apoio técnico jurídico-institucional àquela Promotoria de Justiça da comarca de Bambuí. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<i>GILMAR DE ASSIS</i>	<i>JULIANA AMARAL DE MENDONÇA</i>
------------------------	-----------------------------------

<i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE	<i>VIEIRA</i> <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Bambuí
<i>JOÃO BATISTA DA SILVA</i> Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS/MS	<i>FLÁVIA CRISTIANE PAULINO DIAS</i> Presidente do Hospital Nossa Senhora do Brasil
<i>DANIELA DE CÁSSIA DOMINGUES</i> Diretora de Regulação SES/MG	<i>CÁSSIO VINÍCIUS DE ALMEIDA DUARTE</i> Diretoria de Regulação SES/MG
<i>LAERCE VARGAS RESENDE</i> Contadora do Hospital Nossa Senhora do Brasil	<i>FABIANA VARGAS FARIA</i> Gerente do Hospital Nossa Senhora do Brasil
<i>CAMILA GRAZIELLA TAVARES</i> Enfermeira e responsável pela Gestão Estratégica da Casa de Saúde São Francisco de Assis – Rede Fhemig	<i>MARIA JOSÉ DE CARVALHO LEITE</i> Diretora da Casa de Saúde São Francisco de Assis – Rede Fhemig.



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Macrorregião Uberaba

Aos doze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e doze, às 13 horas, no auditório da Universidade de Uberaba – UNIUBE, Campus II, com endereço na Avenida Nenê Sabino, 1801, sala 103, 1º Piso, bairro Universitário, Uberaba/MG, realizou-se a XXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos principais problemas coletivos de saúde da Região de Uberaba, notadamente quanto à (re) organização das ações e serviços de saúde, com ressonância para o exigido acesso dos usuários aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade, em níveis de complexidade crescente, dada as recorrentes tensões e conflitos entre seus atores, jurídicos ou não, inclusive, com proposta de ação judicial pelo Ministério Público. Participaram da reunião, no total de 25 (vinte e cinco) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, os seguintes: Gilmar de Assis (coordenador do CAO-SAÚDE), Cláudia Alfredo Marques Carvalho, (14ª Promotoria de Justiça da comarca de Uberaba), Mara Lúcia Silva Dourado (Promotora de Justiça da comarca de Araxá), Wagner Coltrim Volpe Silva (Promotor de Justiça da comarca de Conquista); Iraci José de Souza Neto (Superintendente Regional de Saúde de Uberaba); Valdemar Hial (Secretário Municipal de Saúde de Uberaba); João Batista da Silva (chefe do SEAUD/MG/DENASUS, representando o Ministério da Saúde), Kátia R. Oliveira Rocha (Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais –

FEDERASSANTAS); Lourdes Paiva (Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais – FEDERASSANTAS); Luiz Antônio Pertili Resende (Superintendente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro); Fernando de Sousa Duarte (Equipe de Transição do prefeito eleito Paulo Piau); Ederson Santo Bisimoto (Assessor Jurídico); Carolina Amâncio Valente Gomes (Vigilância Sanitária da SMS Uberaba); Rita de Cássia Zara Faria (Conselheira de Saúde); Silvio Artur Daiola (Setor Contábil Prefeitura de Conquista); Lúcia Helena Crosara Roncolato (Administradora da Santa Casa de Uberaba); José Carlos de Almeida (Gestor do Hospital do Câncer Hélio Angotti); Roberto Leandro Alves (Setor Faturamento do Hospital da Criança); Sílvia Lúcia Tormin Cunha (Presidente do Hospital da Criança); Jurandir Ferreira (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais); Carlos Andrade de Oliveira (Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia) e José Veridiano de Oliveira (Secretário do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia). A reunião foi aberta pela Promotora de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de Uberaba, Cláudia Alfredo Marques Carvalho que esclareceu sobre os principais problemas de saúde em toda a Macrorregião Sanitária do Triângulo do Sul, em especial para o município de Uberaba, por ser sede dessa Região de Saúde. Enfatizou sobre os problemas do Hospital Universitário que não tem garantido, com eficiência, os atendimentos em cirurgias oftalmológicas; demandas reprimidas em cirurgias e exames eletivos; falta de programação (real) nas compras de medicamentos pelo gestor municipal, valendo-se este quase sempre da epidemiologia pela série histórica; falta de consenso quanto à abertura (inauguração) do Hospital Regional, uma vez que o Ministério Público e a Superintendência Regional de Saúde posicionaram-se quanto à inviabilidade dessa inauguração açodada, pendente de conclusão das obras; definição da natureza operacional do futuro Hospital Regional que, no seu entender, deverá ser para atendimentos da média e alta complexidade. Em resumo, apresentou panorama dos problemas causas de saúde da Região Triângulo do Sul, ressaltando que esses devem ser enfrentados coletivamente, daí a excelência da proposta da Mediação Sanitária, inclusive, com definição, pela Administração Superior, da designação de Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, nos moldes da Resolução PGJ nº 77, de 17 de julho de 2012. **EM SEGUIDA, foi dada palavra ao Coordenador do CAO-SAUDE, Promotor de Justiça Gilmar de Assis** que fez, em nome da Administração Superior do Ministério Público, os agradecimentos pelo atendimento ao convite, particularmente da Secretaria Estadual de Saúde,

Ministério da Saúde, Prefeitos Municipais, Secretários Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais, FEDERASSANTAS, Conselheiros Municipais de Saúde e prestadores. Esclareceu sobre os objetivos da ação institucional da Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, criada pela Resolução PGJ nº 78, de 17 de julho de 2012. Ressaltou o novo momento histórico-social do direito fundamental à saúde, na perspectiva de sua adequada operacionalização, reafirmando que todos nós fazemos parte desse momento de engenharia coletiva sanitária. Salientou que nesse modelo de intersetorialidade é possível a superação da atuação sanitária fragmentada e solitária, de forma que a articulação dos saberes e vontades possam permitir um modelo menos tensionado (conflitos) e com resolução coletiva dos problemas em saúde. Destacou os principais atos normativos vigentes que apontam para essa operacionalização, transparência, regionalização e planejamento das ações e serviços de saúde. Salientou que, pela primeira vez, conforme Decreto presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as necessidades coletivas em saúde, que deverão ser identificadas (real) pela epidemiologia, através do planejamento da saúde, vem antes do componente orçamentário. Desta forma, o planejamento da saúde é obrigatório não apenas na perspectiva municipal como também na regional. QUE em face da exigida transparência – lei federal 12.527, de 18 de novembro de 2011 – agora regulamentada pelo Decreto presidencial nº 7.724, de 16 de maio de 2012, as ações dos Gestores SUS serão acompanhadas efetivamente pelo Controle Social, dada a publicidade, inclusive, financeira, das políticas públicas de saúde. QUE o Ministério Público, a par de receber do legislador constitucional, dentre outras, a missão da defesa da ordem jurídica, dos interesses individuais indisponíveis, recebeu, ainda, nos termos do artigo 129, inciso II, a competência para zelar pelos serviços de relevância pública (ações e serviços de saúde), devendo adotar as medidas necessárias para sua promoção e eficácia. QUE em respeito a essa ordem jurídico constitucional vigente, cabe ao Ministério Público uma atuação resolutiva própria do “fazer fazer”, contudo, com efetiva participação desse processo criativo, como, por exemplo, na exigência da (re)organização das ações e serviços de saúde, na perspectiva do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE o Ministério Público não pretende ser substituto do executivo nesse processo (obrigatório) da implementação das ações e serviços de saúde, mas detém obrigação legal no sentido de exigir-lhe que essa implementação ocorra em face das Políticas Públicas já existentes, respaldadas por norma de direito. QUE reconhece a importância das instâncias colegiadas, recentemente

regulamentadas pela lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, tendo essas Comissões Intergestores um grande papel nos foros de negociação e pactuação entre gestores. QUE, nesse sentido, a atuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem por objetivo, dentre outros, a fixação de diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. QUE não há mais “campo” para participação de gestores SUS nessas reuniões de CIB’s, sobretudo as Regionais, sem o empoderamento técnico dessas informações em saúde, de forma a qualificar o debate e o próprio processo democrático. QUE é preciso que os gestores, sobretudo os dissociados do perfil sanitário, possam melhor se capacitar e apreender a temática sanitária, de forma que suas opiniões/sugestões/críticas sejam ouvidas coletivamente naquela instância. QUE o Ministério da Saúde disponibiliza, no seu portal transparência, os indicadores de saúde de cada um dos municípios brasileiros, de forma que é possível saber o nível de atuação de cada deles, em face da atenção primária, secundária e terciária. QUE o Ministério Público, Tribunal de Contas, Auditoria do DENASUS e da SES/MG, dentre outros, possuem acesso a todas essas informações, daí a necessidade de que os gestores possam melhor desincumbir-se do grave papel de regulador e prestador das ações e serviços de saúde. QUE são exemplos de indicadores/ferramentas de domínio público, dentre outros, a Sala de Situação em Saúde, SIOPS, PPI Assistencial, Repasses fundo a fundo, SISMAC, GAIA. QUE o município de Uberaba, agora sede de Região de Saúde ampliada (micro e macrorregião), denominada Triângulo do Sul, precisa assumir de vez seu papel de Gestor, sobretudo da regulação e adequada governança dos prestadores (hospitais). QUE a Região de Saúde ampliada de Uberaba, denominada Triângulo do Sul, conforme Deliberação CIB-MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012 e, nos termos do PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, tem sob sua adscrição 27(vinte e sete) municípios, com uma população de 706.088 (estimativa populacional de 2011). QUE essa Região de Saúde possui os seguintes municípios pólos de Microrregião Sanitária, também denominados de Regiões de Saúde, pela referida Deliberação CIB MG, a saber: Uberaba (com 08 municípios); Araxá (08 municípios); Frutal/Iturama (com 11 municípios). QUE as Regiões de Saúde, nos termos do artigo 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, deverão conter, no mínimo, ações e serviços de saúde organizados de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de

recursos entre os entes federativos. QUE os entes federativos deverão definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e; respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. QUE o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. QUE a atenção primária é a ordenadora desses serviços de saúde. QUE o planejamento da saúde deve ser feito na forma ascendente e integrada, do nível local até o federal, ouvidos os Conselhos de Saúde, compatibilizando-se, nessa ordem, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade dos recursos financeiros. QUE o planejamento da saúde (local e regional) é obrigatório para os entes públicos. QUE o município de Uberaba, sede da Região de Saúde (ampliada), encontra-se habilitado para a gestão plena do sistema municipal (GPSM), portanto, exerce diretamente o exercício da governança/liderança dos seus prestadores, públicos ou privados conveniados ao SUS, assim como os municípios pólos, sede de microrregião de saúde, de Frutal e Iturama. QUE em razão dessa especial habilitação, esses municípios recebem, através de seu Fundo Municipal de Saúde, os recursos do teto MAC (média e alta complexidade), repassados fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e SES/MG. QUE, em consulta ao site eletrônico do Ministério da Saúde, no portal transparência, Sala de Situação em Saúde, verifica-se que os repasses feitos pelo Ministério da Saúde, fundo a fundo, ressaltados outros recursos financeiros, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, para o município de Uberaba, no período de 01/01/2012 a 12/12/2012, assim discriminados: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 17.181.010,76); MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 40.557.838,71); VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 1.875.369,13); ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (R\$ 1.620.931,16); GESTÃO DO SUS (R\$628.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 10.996.083,09), perfazendo um total de R\$ 72.859.232,85. QUE, com relação ao município de Araxá, no mesmo período acima, ressaltados outros recursos financeiros, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, foram os seguintes repasses: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 4.203.927,25), MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 525.172,50), VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 476.916,79), ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (R\$ 473.927,76), GESTÃO DO SUS (R\$ 50.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 260.000,00), perfazendo um total de R\$ 5.989.944,30. QUE, com relação ao município de Frutal, ressaltados outros recursos, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, foram os seguintes

repasses: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 2.445.513,53), MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 4.024.470,40), VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$ 447.511,94), ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (R\$ 279.576,96), GESTÃO DO SUS (R\$ 4.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 100.000,00), perfazendo um total de R\$ 7.301.072,83. QUE, com relação ao município de Iturama, ressalvado outros recursos financeiros, a título de convênio, contrato, FAEC, consórcio, foram os seguintes repasses: ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 2.177.357,50), MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (R\$ 2.036.183,05), VIGILÂNCIA EM SAÚDE (R\$123.924,22), ASSISTENCIA FARMACÊUTICA (R\$ 169.478,16), GESTÃO DO SUS (R\$ 20.000,00) e INVESTIMENTOS (R\$ 950.000,00), perfazendo um total de R\$ 5.476.942,93. QUE a SES/MG ainda não dispõe de um sistema informatizado, tal qual o Ministério da Saúde, de transparência dos repasses de recursos financeiros, da atenção básica, média e alta complexidade, convênio, contrato, programas, consórcio, sob sua obrigação, disponibilizados a cada um dos municípios mineiros. QUE o CAO-SAUDE vem mantendo articulação com a SES/MG visando a elaboração desse específico portal, de forma a dar publicidade e transparência nos repasses, fundo a fundo, para as ações e serviços de saúde dos municípios. QUE também vem sendo feita articulação para que as demandas (solicitações/requisições), originadas das Promotorias de Justiça, com atuação na defesa da saúde, possam ser respondidas, em tempo e modo, no nível descentralizado, junto às Gerências Regionais de Saúde e/ou Superintendências Regionais de Saúde. QUE os demais municípios, integrantes da Região de Saúde (ampliada) do Triângulo do Sul, sem governança dos prestadores, ou seja, habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, recebem seus recursos do teto MAC, através do Fundo Estadual de Saúde, conforme PPI Assistencial, para sua população própria e da referenciada, podendo ser consultado esses valores financeiros diretamente do portal SISMAC do Ministério da Saúde ou através de contato com este CAO-SAUDE, no endereço caosaude@mp.mg.gov.br. QUE no portal eletrônico do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br/saladesituacao, é possível verificar o percentual de cobertura da atenção básica de cada município integrante da Região de Saúde Triângulo do Sul, particularmente das Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. QUE o Ministério da Saúde, conforme informações passadas para o Ministério Público, através do GT Saúde/CNMP, passará a ser mais exigente quanto à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, ou seja, aqueles com menos de 50 leitos, de forma que o SUS passará a financiá-los (repasses) desde que venham a aderir a essa específica política, adotando uma das vocações ali regulamentadas,

constituindo-se, doravante, em estratégias de saúde para a Região. QUE o Ministério Público com atuação na Defesa da Saúde, particularmente deste CAO-SAUDE, aplaude essa medida, considerando-a necessária e corajosa, de forma que, doravante, serão injustificados os repasses financeiros, mensalmente, para funcionamento de unidades de saúde que não estejam aderidas a essa específica política nacional. QUE a maioria dessas unidades de saúde atuam como hospitais gerais, sem resolutividade para o sistema e em concorrência com outros prestadores. QUE no ano de 2013 o Estado de Minas Gerais, a exemplo dos demais no País, por força da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, deverá aplicar, no mínimo, 12% de seus recursos nas ações e serviços de saúde, na forma da lei, daí a necessidade, com urgência, de os municípios integrados à Região de Saúde melhor se organizarem para criação das Redes de Atenção, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE estamos em um novo tempo de se fazer saúde, a partir desses marcos legais, em especial da exigida transparência das ações e serviços de saúde, conforme lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, bem como seu Decreto nº 7724, de 16 de maio de 2012. QUE, a exemplo de outras Regiões de Saúde ampliadas, há necessidade de que a Região de Saúde Triângulo do Sul também possa se mobilizar e planejar, a partir das suas necessidades em saúde, no campo assistencial e hospitalar, daí a importância da elaboração de um urgente diagnóstico regional em cada um dos municípios adscritos a essa Região. QUE o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais tem sido um importante ator nesse processo de Mediação Sanitária, notadamente na definição dos papéis dos prestadores (hospitais) e profissionais de saúde. QUE considera a atuação descentralizada e regionalizada, solidária e articulada, do Ministério Público com atuação na Defesa da Saúde, fundamental para o êxito da implementação dessas políticas públicas e redução da Judicialização da Saúde. QUE ressalta a importância da criação da ação institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, bem como da criação das Coordenadorias Regionais de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. **DADA A PALAVRA ao Secretário Municipal de Saúde de Uberaba, Valdemar Hial**, foi ressaltada a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, como o marco para a resolução dos problemas coletivos de saúde. QUE lamenta poder conhecer essa nova atuação do Ministério Público, democrática e solidária, apenas agora no final de seu mandato administrativo. QUE o maior problema de saúde em Uberaba ainda é o da urgência e emergência, mas que deverá ser adequadamente solucionado quando da instalação da Rede de Atenção da Urgência e Emergência,

pelo Ministério da Saúde e SES/MG, no ano de 2013. QUE considera importante a discussão do SAMU Regional com os prefeitos municipais, dentro da ação de Mediação Sanitária, de forma que possam aderir ao consórcio que poderá administrá-lo. QUE com mais leitos para urgência e emergência, devidamente regulados pelo SUS, inclusive para a atenção da alta complexidade, a população será melhor atendida, com redução dos conflitos e tensões pela dificuldade do acesso. QUE há grandes problemas (causas) de saúde em toda a região que dependem de serem resolvidos no nível estadual ou federal. QUE há falta de procedimentos, notadamente de alto custo, na Região Triângulo do Sul. **DADA A PALAVRA ao Superintendente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Luiz Antônio Pertili Resende**, foi dito que referido hospital possui cerca de 300 leitos, todos eles 100% SUS, sendo que desses 73% de atendimentos da média e alta complexidade. QUE destaca como uma das prioridades, médio prazo, que seja construído um Centro de Traumas, regulado pelo Hospital das Clínicas da UFTM, visando desafogar o intenso fluxo de pacientes no centro cirúrgico e ambulatorial que, atualmente gira em torno de 8000 (oito mil) cirurgias, sendo 4.000 (quatro mil) apenas para as urgências. QUE referido Centro de Traumas poderia ser criado a partir da Rede de Atendimento ao Trauma do Ministério da Saúde. QUE esse Centro deveria ser anexo ao Hospital das Clínicas da UFTM. QUE outra alternativa seria a criação desse Centro de Traumas a partir da criação da Rede Estadual de Atenção Urgência e Emergência para o ano de 2013. QUE o Hospital Escola situa-se em uma área horizontal de 14 mil metros quadrados. QUE atualmente a UTI Neurologia encontra-se desativada (10 leitos UTI), pendente de aprovação pela Vigilância Sanitária. QUE há proposta (projeto técnico) de ampliação de leitos UTI adulto e neonatal para melhor absorção da demanda regional. QUE os atuais recursos financeiros disponibilizados pelo SUS são insuficientes para o atendimento real das demandas na região, sendo que mensalmente seu déficit gira em torno de 20% (realizado X recursos recebidos). QUE o PROHOSP/SES/MG é de suma importância para a estruturação do Hospital das Clínicas, daí seu reconhecimento no recebimento desses recursos. QUE pondera, se for o caso, para que a SES/MG possa analisar a ampliação, mensalmente, desses recursos do PROHOSP para o Hospital das Clínicas. QUE recebe recursos do REHUF – Plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, no valor de R\$ 5 milhões, para complementação de custeio e investimentos, pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. QUE recebe do SUS o teto MAC no valor mensal de R\$ 3.800 milhões, porém tem um

gasto de 5.000 milhões. QUE há considerável demanda reprimida regional, por falta de profissional médico, para os procedimentos de vitrectomia (cirurgia da retina), o que permitiria maior qualidade de vida para os pacientes diabetes/hipertensão. QUE há necessidade regional de instalação dos serviços de Câmara Hiperbárica, contudo, tem notícias de que o SUS não remunera esses serviços. QUE no referido hospital há apenas programa para o pé diabético. QUE esses serviços (Câmara Hiperbárica) exigem a criação de protocolos clínicos. QUE o Hospital das Clínicas poderá assumir a realização desses serviços (Câmara Hiperbárica), desde que com cooperação financeira pela SES/MG e Ministério da Saúde. **DADA A PALAVRA para o gestor do Hospital do Câncer de Uberaba, Dr. José Carlos de Almeida**, foi dito que a unidade de saúde teria realizado, apenas no exercício de 2012, 127 mil procedimentos, 4.707 internações, 23.460 consultas médicas, portanto 80% de pacientes de toda a Macrorregião. QUE o município de Uberaba é responsável pelo percentual de 50% dos atendimentos. QUE a unidade possui 128 leitos, sendo 90 destinados para o SUS. QUE nos próximos dias o Ministério da Saúde fará a ampliação (inauguração) para 150 leitos, sendo 22 leitos a mais para o SUS. QUE possui 29 leitos destinados para a urgência clínica ambulatorial, sendo 92% de atendimentos SUS, o que contribui para desafogar a demanda da UPA local. QUE a Região perdeu cerca de 226 leitos, uma vez que foram fechados 05 hospitais. QUE possui 08 leitos UTI, devendo passar para 10 (dez) até julho de 2013. QUE possui o equipamento de radioterapia eclipse, no valor de R\$ 150 mil, importante para os pacientes SUS, adquiridos exclusivamente com recursos do PROHOSP. QUE possui o equipamento de cintilografia para câncer, sendo que em Minas Gerais apenas 03 unidades de saúde o possui e o Brasil apenas 06 (seis) deles. QUE participaram do projeto nacional “Novembro Rosa”, em atendimentos na urologia, com mais de 100 horas trabalhadas, com encaminhamento de 900 pacientes. **DADA A PALAVRA ao Superintendente Regional de Saúde de Uberaba, Iraci José de Souza Neto**, foi dito, dentre outros, o seguinte: QUE também reconhece a importância da ação de Mediação Sanitária como forma de enfrentamento coletivo dos problemas de saúde, podendo resultar na redução da judicialização e resolução desses problemas específicos de saúde. QUE tem ciência de que a microrregião sanitária de Uberaba encontra-se sobrecarregada, com demandas reprimidas, uma vez que as demais microrregiões de saúde, integrantes da Região de Saúde Triângulo do Sul, tem sido insuficientes na resolução dos problemas de saúde sobretudo da média complexidade. QUE muitos dos municípios da Região Triângulo do Sul não aderiram ao Plano Diretor

da Atenção Primária, daí a compressão pelos serviços da média e alta complexidade, eletiva ou de urgência/emergência, como resultantes das condições sensíveis da atenção primária. QUE há necessidade do fortalecimento da atenção primária em cada um desses municípios. QUE o município de Araxá, sede de uma microrregião de saúde, possui dois hospitais contratualizados, com fortes problemas para garantia do acesso dos pacientes SUS aos seus serviços, sobretudo para a Urgência e Emergência. QUE sugere a realização de uma reunião de Mediação Sanitária no município de Araxá, em apoio à solicitação feita pela ilustre Promotora de Justiça Mara Lúcia Silva Dourado, daquela comarca. QUE há perspectivas de mais leitos UTI adulto, inclusive com recursos estaduais disponibilizados, para o município de Frutal; bem como de mais 10 leitos UTI neonatal para o município de Araxá. QUE há considerável complicador para a saúde da população de Iturama, uma vez que possui hospital privado, sem interesse na boa relação com o SUS, embora esteja contratualizado no valor de R\$ 150 mil. QUE há policlínica no município de Iturama com uma estrutura muito boa para se tornar um hospital municipal que, no caso, receberia maior atenção da SES/MG, Ministério da Saúde e municípios, de forma a reduzir a dependência com aquele hospital privado, desinteressado na ampliação da cobertura dos serviços. QUE considera importante a participação dos prestadores (hospitais), bem como da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Uberaba nas reuniões da CIB-R. Ressaltou a importância do compromisso/comprometimento na gestão do SUS em toda a Região do Triângulo do Sul, infelizmente hoje deficitária. QUE o município de Sacramento, conforme deliberação da CIB-R, de Gestão Plena recebe recursos do PROHOSP Microrregional, não obstante possui menos de 50% de ocupação hospitalar, dificultando o acesso da população para aqueles atendimentos, sobretudo da média complexidade. QUE encontra-se em andamento processo de construção UPA nos municípios de Iturama, Frutal e Araxá. QUE reconhece a grande demanda de serviços da média complexidade, originadas de outros municípios, para os hospitais em Uberaba. **DADA A PALAVRA para a Coordenadora de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS, Kátia R. Oliveira Rocha** fez apresentação da entidade como parceira das unidades de saúde, bem como da (re) organização das ações e serviços de saúde do SUS. QUE também considera esdrúxula e desmotivante o atual modelo relacional do SUS e as unidades de saúde, tal qual fundamentado pelo Secretário Municipal de Saúde de Uberaba, haja vista que o sistema exige, à exaustão, a adoção de vários investimentos pelas unidades de saúde para somente depois, esgotados rigoroso

processo, permitir seu credenciamento. QUE há considerável déficit de financiamento geral em saúde. QUE a atual tabela SUS consegue remunerar apenas 50 a 60% dos custos reais dos procedimentos. QUE considera, em parte, acertada a proposta nacional em face dos hospitais de pequeno porte, contudo, reconhece a necessidade de uma rede de atenção mais resolutiva e regionalizada, de forma que possam ser alocados os suficientes recursos, sem dispersão, para as demandas. **DADA A PALAVRA para o representante do Conselho Estadual de Saúde, Jurandir Ferreira**, foi dito que há completa ausência de regulação no SUS Uberaba. QUE não obstante os repasses mensais de recursos, por força da PPI, da população referenciada, não há qualquer garantia de acesso desses pacientes junto às ações e serviços de saúde de Uberaba. QUE o atual contrato nº 001/2009 do Hospital Escola e o Ministério da Saúde encontra-se vencido, sem renovação, sem realização de um plano anual operativo. QUE o município de Uberaba foi o único responsável pelo fechamento do Hospital da Criança para os pacientes SUS, uma vez que deixou de repassar as subvenções sociais (recursos financeiros) previamente pactuados. QUE o município de Uberaba é inadimplente/omisso quanto às ações e serviços de saúde do Hospital Escola. **DADA A PALAVRA para o representante do futuro prefeito de Uberaba (equipe de transição), Sr. Fernando de Sousa Duarte**, foi dito que, em nome do prefeito Paulo Piau, já manifesta seu cabal interesse na ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. QUE considera fundamental a construção dessa agenda positiva, dentro da ação de Mediação Sanitária, de forma que possam transformar em um pacto solidário, com maior legitimação social. QUE considera equivocada a pretensão do atual prefeito municipal na inauguração de uma ala do Hospital Regional, haja vista, dentre outras, a questão da vigilância sanitária. QUE o município, a partir de janeiro de 2013, data da posse e exercício do prefeito Paulo Piau, se coloca à disposição para integração da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária na Região Triângulo do Sul. **DADA A PALAVRA AO CHEFE DO SEAUD/MG/DENASUS, João Batista da Silva**, foi ressaltado, dentre outros, o seguinte: QUE a Região de Saúde Triângulo do Sul, a exemplo das demais, deverá priorizar seu planejamento, execução, regulação, monitoramento das ações e serviços de saúde. QUE tem conhecimento de alguns graves problemas de saúde na região, inclusive, em razão de recente auditoria/visitas técnicas procedidas, solicitadas pelo Ministério Público Federal e Estadual. QUE o DENASUS vem construindo nacionalmente o Mapa da Saúde, que será disponibilizado, oportunamente, como ferramenta de gestão, para os gestores e domínio público.

QUE esses novos tempos exigem profissionalização da gestão da saúde, com transparência e qualificação, de forma a preservar o princípio constitucional da continuidade dos serviços. QUE o planejamento da saúde é obrigatório para todos os entes federativos, devendo ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. QUE não há discricionariedade absoluta para o ente governamental, em face da ordem jurídica posta, quanto à observância da criação das regiões e redes de atenção à saúde. QUE o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é inevitável e visa à organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. QUE o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução. QUE os municípios que integram essa Região de Saúde do Triângulo Sul precisam, com urgência, elaborar amplo diagnóstico das necessidades de saúde locais e regionais. QUE considera a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAO-SAUDE, modelo para ser seguido nacionalmente, pois, dentre outras, de forma democrática e articulada, procura a (re)organização das ações e serviços de saúde na perspectiva dos marcos legais, reduzindo, por obviedade, a judicialização da saúde. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** O MPMG, através do CAO-SAUDE, providenciará remessa da presente Ata para a presidência do CRMMG, bem como solicitar-lhe sua juntada no eventual processo administrativo, haja vista a reclamada deliberação plenária quanto à publicação de uma resolução regulamentando a obrigatoriedade da prestação dos serviços SUS pelos profissionais de saúde, lotados nos hospitais privados filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, salvo se os mesmos, desvinculados do corpo clínico, optem pela indenização dos insumos/equipamentos da unidade hospitalar, adquiridos com recursos públicos. **2)** O MPMG, através do CAO-SAUDE, solicitará do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais expedição de ofício (orientação), junto aos profissionais médicos do corpo clínico desses hospitais, adscritos na Região do Triângulo do Sul, com prazo de até 60 dias, quanto à (re)elaboração do seu Regimento Interno, em cada deles, de forma clara e precisa, com observância das seguintes diretrizes: **a)** o profissional médico responsável por cada uma das clínicas, no ambiente hospitalar, deverá apresentar ao seu Diretor

Clínico escala de serviços de seus profissionais, no regime de plantão; **b)** na ausência dessa escala de serviços pelo responsável da clínica, o Diretor Clínico, em face de sua autonomia administrativa, será o responsável pela sua elaboração; **c)** assegurar a cada um dos pacientes/usuários, internados na respectiva unidade hospitalar, seu direito ao médico assistente, conforme normas do Conselho Federal de Medicina e Código de Ética Médica; **d)** assegurar a prestação de serviços ao SUS pelo profissional de saúde, cadastrado no CNES, integrante do corpo clínico da unidade hospitalar, de natureza filantrópica, desde que faça atendimentos privados e/ou planos de saúde; **e)** convencionar a possibilidade de indenização (ressarcimento) financeira pelo profissional médico, não integrado ao corpo clínico, com atuação nos atendimentos particulares e/ou planos de saúde, sem atendimento ao SUS, no ambiente hospitalar filantrópico, haja vista a origem dos insumos/equipamentos adquiridos com recursos públicos, o que consubstancia, em tese, enriquecimento ilícito (improbidade administrativa). **3)** O MPMG, através do CAO-SAUDE, solicitará da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), no prazo de até 60 dias, expedição de ofício a cada um dos prestadores (hospitais) filantrópicos, conveniados ao SUS, da Região Triângulo do Sul, orientando-os a (re)elaborar seu Regimento Interno, de forma clara e precisa, preferencialmente harmônico com o Regimento Interno do Corpo Clínico, observando, no que couber, as mesmas diretrizes constantes do item acima. **4)** Os gestores SUS (federal e estadual) quando da celebração de contratos/convênios/pactuações, em face dos municípios do Triângulo do Sul, específicos ou genéricos, com repasses de recursos financeiros para as ações e serviços de saúde, tendo como beneficiários os prestadores (hospitais filantrópicos conveniados ao SUS) deverão assegurar, sempre que possível, no mínimo como anuentes, a participação do corpo clínico da unidade de saúde. **5)** O CAO-SAUDE deverá programar, em conjunto com a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Araxá, conforme solicitação e deliberação, reunião de Mediação Sanitária naquele município, com participação ampla dos municípios da microrregião e dentre outros, Ministério Público, Secretários Municipais de Saúde, COSEMS/MG, SRS/SES/Uberaba, Ministério da Saúde, PROHOSP/MG, Conselho Estadual de Saúde, Federassantas para discussão específica dos problemas de saúde daquela microrregião de saúde, hoje guindada à condição de Região de Saúde. **6)** O Coordenador do CAO-SAUDE, em conjunto com os promotores de justiça, com atuação na Defesa da Saúde da Região do Triângulo do Sul, deverá

oficiar ao Ministério da Saúde, bem como a SES/MG, conforme o caso, com remessa da presente ata de reunião, para que se manifestem quanto às seguintes propostas: **a)** criação do Centro de Traumas, anexo ao Hospital das Clínicas da UFTM, dentro da Rede Nacional de Atendimento ao Trauma e/ou da Rede de Atenção Estadual das Urgências e Emergências; **b)** informações sobre a inauguração e definição da natureza jurídica (gestão) do Hospital Regional de Uberaba; **c)** SAMU Regional para as urgências e emergências em face dos municípios da Região de Saúde do Triângulo do Sul; **d)** aprovação pela vigilância sanitária da UTI em neurologia de trauma junto ao prestador Hospital das Clínicas da UFTM; **e)** ampliação dos recursos financeiros do PROHOSP Macro para atendimento das necessidades dos prestadores do município de Uberaba; **e)** informações (relação) dos municípios adscritos à Região de Saúde do Triângulo do Sul que não aderiram ao Plano Diretor da Atenção Primária; **f)** informações sobre ampliação de leitos UTI adulto para o município de Frutal e de UTI neonatal para o município de Araxá; **g)** estratégias de fortalecimento das ações e serviços de saúde junto ao prestador público do município de Iturama, haja vista as informações da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba no tocante ao fato do desinteresse do prestador privado (melhor estruturado) no atendimento das demandas do SUS; **h)** estudos sobre a resolutividade do prestador do município de Sacramento, beneficiado com recursos do PROHOSP micro, de forma a melhor qualificar-se no acolhimento das demandas de saúde, particularmente da média complexidade, haja vista, em tese, sua baixa ocupação hospitalar; **i)** fortalecimento da política de descentralização administrativa da SES/MG, particularmente do processo decisório pelas Superintendências Regionais de Saúde/Gerências Regionais de Saúde, em cada uma das 13 (treze) Macrorregiões Sanitárias, hoje denominadas Regiões de Saúde ampliadas, de forma que possam contar com, no mínimo, um servidor apoiador institucional e um bacharel em direito. De forma regulamentada, a SRS/GRS/SES/MG, em face desses novos profissionais integrados, deverá possuir autonomia administrativa (descentralização) para, dentre outras, responder, em tempo e modo, preferencialmente através dos Coordenadores Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, as demandas originadas Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, naquela região. **7)** Considerando a necessidade da implementação e re)organização das ações e serviços de saúde na Macro Triângulo do Sul, integrada por 27 (vinte e sete)

municípios, constituída de uma população de 706.088 habitantes, conforme PDR-MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, que resulte no fortalecimento da regionalização, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, com garantia do acesso qualificado dos usuários às ações e serviços de saúde, respeitadas as competências da instância colegiada da CIB-R, fica criada Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada pelos seguintes órgãos: a) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Uberaba – Dra. Cláudia Alfredo Marques Carvalho; b) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Araxá – Dra. Mara Lúcia Silva Dourado; c) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Frutal – Dr. Alam Baena Bertolla dos Santos; d) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Iturama – Dra. Silvana de Oliveira Franchi; e) Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Conquista – Wagner Coltrim Volpe Silva; f) Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – Sr. Iraci de Souza Neto; g) COSEMS Regional de Uberaba – Valdemar Hial; h) presidente do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba – Sr. Jurandir Ferreira; i) Secretário Municipal de Saúde de Uberaba; j) Delegado Regional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; k) Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; l) Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Triângulo do Sul; m) representante do Ministério Público Federal em Uberaba; n) Dr. Luís Antônio Pertili Resente – Hospital Escola da UFTM; o) Dr. José Carlos de Almeida – Gestor do Hospital do Câncer de Uberaba;

8) Referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá reunir-se, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da presente ata, para os fins de elaboração da metodologia e organização dos trabalhos, para os fins de otimização dos trabalhos de diagnóstico em campo, tudo com registro em ata. **9)** A partir da realização dessa reunião de organização dos trabalhos, referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá percorrer cada um dos municípios da Região Triângulo do Sul, para os fins de elaboração do detalhado relatório/diagnóstico, preliminar, com identificação, dentre outras, das necessidades de saúde na região, suas fragilidades/potencialidades, densidade tecnológica operacional instalada, definição de vocações/identidades dos prestadores hospitalares, inclusive os considerados de pequeno porte (máximo 50 leitos), qualificação dos leitos hospitalares, qualificação da atenção primária (resolutividade), internações por condições sensíveis à atenção primária, protocolo de Manchester e implantação das redes de atenção, visando a (re)organização das ações e serviços de saúde na região, em níveis de complexidade crescente.

Eventuais levantamentos/diagnósticos porventura existentes poderão ser aproveitados pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **10)** O prazo para realização desse detalhado relatório/diagnóstico (no campo) é de 60 (sessenta) dias, contados depois da reunião preliminar sugerida no item seis. **11)** A coordenação dos trabalhos dessa Comissão ficará afeta ao Superintendente Regional de Saúde de Uberaba, Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Uberaba e da representante do COSEMS Regional de Uberaba. **12)** Referido relatório/diagnóstico, de natureza preliminar, sem prejuízo das competências da CIB-R, será apresentado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, posteriormente, em reunião a ser designada pelo Coordenador do CAO-SAUDE, ao Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ao Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, a presidência do COSEMS/MG e Conselho Estadual de Saúde, através de especial reunião de Mediação Sanitária, em desdobramento, preferencialmente em um dos municípios da Região. **13)** O Coordenador do CAO-SAUDE fará convite a cada um dos designados para atuação nessa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, não presentes na reunião. **14)** O Coordenador do CAO-SAUDE providenciará, desde que solicitado, suporte motorizado (veículo), com motorista, à disposição da referida Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para a execução dos trabalhos. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i></p>	<p>CLAUDIA ALFREDO MARQUES CARVALHO <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> <i>Comarca de Uberaba</i></p>
<p>MARA LUCIA SILVA DOURADO–<i>Promotora de Justiça – MP/MG Comarca de Araxá</i></p>	<p>WAGNER COLTRIM VOLPE SILVA <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> <i>Comarca de Conquista</i></p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Chefe do SEAUD/MG/DENASUS</i></p>	<p>VALDEMAR HIAL <i>Secretário Municipal de Saúde de Uberaba</i></p>
<p>LUIZ ANTÔNIO PERTILI RESENDE <i>Superintendente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM</i></p>	<p>DR. JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA <i>Gestor do Hospital do Câncer de Uberaba</i></p>
<p>6. 7. IRACI JOSÉ DE SOUZA NETO <i>Superintendente Regional de Saúde de Uberaba</i></p>	<p>KÁTIA R. OLIVEIRA ROCHA <i>Coordenadora de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS</i></p>
<p>8. 9. JURANDIR FERREIRA 10. <i>Representante do Conselho Estadual de Saúde</i></p>	<p>SR. FERNANDO DE SOUSA DUARTE <i>Representante do futuro prefeito de Uberaba (equipe de transição)</i></p>



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Matozinhos

Aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e doze, às 14 horas, no salão do Tribunal do Júri do Fórum da comarca de Matozinhos, com endereço na Praça do Rosário, 61, bairro centro, realizou-se a XXX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde, com afetação diretamente para os usuários do SUS, notadamente em face do prestador Hospital Wanda Andrade Drumond, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, mantido pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos, CNPJ nº 20.984.258/0001-87, Inscrição Estadual Isenta, Inscrição Municipal nº 0.952, com sede na Avenida Caio Martins, nº 210. Participaram da reunião um total de 26 (vinte e seis) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Tatiana Pereira, promotora de Justiça da comarca de Matozinhos; Antônio Divino de Souza, prefeito municipal de Matozinhos; João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Lincoln Porto de Queiroz, Conselheiro do CRMMG e presidente do Departamento de Fiscalização do CRMMG; Kátia R. Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG; Marsileidy Siqueira Leandro da Silva, secretária municipal de saúde de Matozinhos; Zelia Alves Pezzini, vereadora municipal; Maria Aparecida M. Gonzaga, presidente do Conselho Municipal de Saúde; Fernando Andrade da Silva

Lemos, procurador geral do município; José Raimundo Teixeira, vereador municipal; José das Dores Big, vereador municipal; Sidirley Anderson Dias Bento, vereador municipal; Marcos Wesley Faria, Diretor Técnico do Hospital Wanda Andrade Drumond; Eliane Paula Barbosa (Associação); Andressa de Oliveira Soares (Associação); José de Oliveira Costa (Associação); Geraldo de Paula Martins, ex-vice presidente da entidade Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos; Gildasio Esteves Lima (Associação); Cláudio Alexandre C. Drumond, Administrador do Hospital Wanda Andrade Drummond; Margareth E. Corrêa, responsável pela setor financeiro do Hospital Wanda Andrade Drummond (Associação); Alessandra M. Menezes (Associação); Maria da Piedade de Lima Júnior (Associação); André Barbosa Moreira (Associação) e Marília de Fátima Martins (Associação). **A reunião foi aberta pela Promotora de Justiça Tatiana Pereira** que ressaltou, dentre outras, seu agradecimento ao projeto de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE o Hospital Wanda Andrade Drumond, conveniado ao SUS, filantrópico, sem fins lucrativos, encontra-se fechado para o atendimento aos munícipes, embora continue a receber, mensalmente, os recursos do teto MAC (média e alta complexidade), fundo a fundo, do governo federal. QUE há sérios problemas de saúde no tocante à assistência hospitalar no município. QUE tem conhecimento da suspensão dos recursos municipais, a título de subvenção, ao referido prestador, desde outubro de 2012. QUE passadas as eleições municipais de outubro de 2012, o então prefeito municipal suspendeu vários dos serviços públicos no município, inclusive, os repasses financeiros (subvenção) para o prestador hospitalar, contribuindo com isso para o incremento da crise. QUE tem conhecimento de que referido prestador passa por séria crise financeira, embora também considere a falta da qualificação da gerência como fator preponderante para essa situação. QUE o Ministério Público adotou, em tempo e modo, as providências judiciais, inclusive por responsabilização por improbidade administrativa, o então prefeito municipal pela suspensão dos serviços públicos básicos no município. **DADA A PALAVRA AO COORDENADOR DO CAO SAUDE, Promotor de Justiça Gilmar de Assis**, ressaltou, de maneira geral, sobre a importância dos vários parceiros dessa ação institucional de Mediação Sanitária, como, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, o SEAUD/MG/DENASUS, a Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais. Afirmou que somente através dessas ações solidárias, compartilhadas, com envolvimento de todos os setores responsáveis na área da saúde pública, jurídicos ou não, é possível encontrar um

consenso, de modo que esse reflita na melhor (re) organização das ações e serviços de saúde, no ideário coletivo. Apontou para os novos tempos na área da saúde, em face, sobretudo, das recentes legislações sanitárias, de forma que não há mais espaços para o amadorismo e as improvisações, devendo esses ser substituídos pela profissionalização da gestão com transparência. QUE o fato de a unidade de saúde ser filantrópica, sem fins lucrativos, não lhe isenta dessa profissionalização da gestão. Que hoje é obrigatório o planejamento da saúde, inclusive, no seu aspecto regional, de modo a apontar as necessidades em saúde (epidemiologia), ascendente, do nível local até o federal. QUE a participação dos Gestores SUS, sobretudo nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), deve ser com profissionalismo. QUE o fato de o prestador local encontrar-se fechado para o atendimento público, sendo ele o único de natureza hospitalar, agrava não somente o quadro assistencial, como também sua imagem em face dos demais municípios adscritos, de modo a deixar de ser referência para produção de serviços. QUE o município de Matozinhos possui Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), o que vale dizer, possui a obrigação legal da governança sobre seus prestadores, devendo exercer sobre eles monitoramento, fiscalização, auditoria, dentre outros. QUE o município de Matozinhos possui a responsabilidade pela definição da referência de seus serviços de saúde, ou seja, da indicação dos prestadores que deverão ser contratados para produção assistencial, conforme pactuação programada (PPI). QUE o município de Matozinhos, a persistir a atual situação fragmentada e deficitária de saúde, na área hospitalar, poderá deixar de ser considerado estratégico para a rede SUS, haja vista o formato de Região de Saúde, conforme preconizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, podendo seus usuários ser referenciados para outros municípios, ocasionando-lhe, por consequência, diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. QUE o corpo clínico de qualquer entidade hospitalar não pode mais se fechar para o recebimento de novos profissionais, haja vista que pela interpretação sistemática do Código de Ética (2010), instituído pela Resolução CFM nº 1931, de 2009, notadamente do seu capítulo II (Dos Direitos dos Médicos), todo profissional médico possui o direito de atuar em hospitais públicos e privados, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico. QUE os novos tempos passaram a exigir profissionalização da saúde, com transparência de sua gestão, haja vista os repasses públicos. QUE o teto MAC – média e alta complexidade do município de Matozinhos, competência janeiro a dezembro de 2012, repassados pelo Ministério

da Saúde, fundo a fundo, foi de R\$ 1.629.473,88. QUE o valor da PPI Assistencial (programação pactuada integrada) do município de Matozinhos, para as ações da média e alta complexidade, é de **R\$ 1.938.725,59** QUE essa informação poderá ser acessada no site www.sismac.saude.gov.br. QUE desses **R\$ 1.938.725,59**, , **cerca de R\$ 1.411.013,72** são utilizados exclusivamente com a população de Matozinhos, o que importa dizer que o município não tem dado garantia de acesso, na média e alta complexidade, às demandas dos demais municípios a ele adscritos. QUE tem conhecimento do fato de o referido prestador hospitalar não atingir as metas contratadas (produção assistencial), embora continue a receber pela sua totalidade contratada (100%). QUE a contratualização com o Ministério da Saúde, para atendimento dos serviços da média e alta complexidade, estão assim discriminados: Internações clínica cirúrgica (42 procedimentos/mês), clínica médica (62 procedimentos/mês), obstétrica (43 procedimentos/mês) e pediatria (20 procedimentos/mês), totalizando 167 procedimentos/mês, perfazendo um total mensal de R\$ 112.956,18, repassados, mensalmente, fundo a fundo, para referido prestador. QUE considera prejudicial, em face das circunstâncias (problemática), a manutenção da dupla porta para atendimento das urgências e emergências, nível ambulatorial, de forma concorrente entre o PAM – Pronto Atendimento Municipal e o Pronto Socorro do prestador hospitalar, principalmente porque há contratualização, pelo Ministério da Saúde, de procedimentos ambulatoriais junto àquele prestador (hospital), tais como: laboratório clínico (2500 procedimentos), laboratório anal (45 procedimentos), raio x (574 procedimentos), ultrassom (15 procedimentos), consultas (606 procedimentos), pequena cirurgia (34 procedimentos), cirurgia no aparelho geniturinário (12 procedimentos) e tratamento clínico outras especialidades (04 procedimentos). QUE, embora considere fundamental, a manutenção do plantão médico presencial em cada uma das quatro clínicas contratadas, em face das especificidades e grave situação financeira do referido prestador, poderia se avaliar quais delas no regime de sobreaviso médico. QUE o município de Matozinhos, assim como todo município brasileiro, não possui responsabilidade (obrigação legal) de financiamento das ações e serviços de saúde da média e alta complexidade, sendo essa tarefa afeta aos estados, Distrito Federal e União, conforme Lei federal nº 8.080/90. QUE os municípios, em face de sua responsabilidade política, não estão impedidos de firmar convênios com os prestadores (hospitais), para repasses de subsídios, como forma de complementação do teto MAC, sob responsabilidade, fundo a fundo, dos estados, Distrito Federal e União. QUE o hospital local, conforme dados extraídos

dos sistemas oficiais, não possui resolutividade, com baixa densidade operacional, sem identidade na tipologia da atenção. **DADA A PALAVRA AO CHEFE DO SEAUD/MG/DENASUS, João Batista da Silva**, ressaltou que não é possível a manutenção do fechamento do Hospital Wanda Andrade Drumond aos usuários, sobretudo porque não houve suspensão dos repasses federais, mensalmente, fundo a fundo, para execução do que fora contratado. QUE é importante o resgate da credibilidade do prestador hospitalar. QUE o hospital não pode fechar seu atendimento público pelo fato de passar por uma situação mais difícil. QUE ele precisa mudar, com urgência, sua percepção gerencial. QUE hoje a saúde não pode ser tratada com amadorismo, uma vez que tudo é percebido, sobretudo através do Mapa da Saúde. QUE, nessa situação, os municípios/prestadores devem atender não somente sua população local, mas também a regional, em face dos municípios adscritos, por força da PPI Assistencial. QUE referido prestador deverá, se for o caso, reconhecer sua insuficiência da capacidade operacional contratada, de forma a assumir (contratualização) com os Gestores SUS apenas o que está no seu limite de atendimento (produção assistencial). QUE o hospital precisa, com urgência, proceder diagnóstico de sua situação financeira, sobretudo para se conhecer os reais motivos pelos quais o levaram para essa crise. QUE o controle social é muito importante para a fiscalização desse processo. QUE se coloca à disposição para ajudar referido prestador hospitalar. QUE a assinatura do Convênio (repasso da subvenção social no valor mensal de R\$ 72 mil) não resolverá o problema enfrentado pela unidade, devendo, necessariamente, passar pela qualificação gerencial. **DADA A PALAVRA AO PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO DO CRMMG, Conselheiro Lincoln Porto de Queiroz**, fez agradecimentos ao projeto de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público. QUE o CRMMG deverá publicar, nos próximos dias, através de seu presidente Conselheiro João Batista Gomes, as novas estratégias da autarquia com vistas à contribuição da (re) organização das ações e serviços de saúde, nas diferentes Regiões de Saúde, nível micro e macrorregião sanitária. QUE o CRMMG fará detalhado levantamento dessa eventual fragmentação/insuficiência dos serviços de saúde, com propostas de sua (re) organização, identificando, dentre outras, os descompassos nas redes de atenção. **DADA A PALAVRA AO PREFEITO MUNICIPAL DE MATOZINHOS, Antônio Divino de Souza**, também, ressaltou a importância da reunião, com os diversos representantes, em busca da solução do problema com o prestador hospitalar. Ressaltou que melhor fosse que o encontro não tivesse por escopo a tentativa de

resolução desse grave problema, desde que encontrado, no foro local, os entendimentos necessários pelas partes envolvidas. QUE esses encontros, como o da ação institucional da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, agrega em muito para o município de Matozinhos. QUE nesse seu primeiro ano de mandato administrativo terá que conviver com o orçamento planejado pela gestão anterior, que, no seu entender foi superestimado, trazendo-lhe conseqüências desastrosas para a atual administração, o que será corrigido em face do PPA 2014/2017. QUE foi o único candidato a prefeito municipal que deixou de ser convidado pela administração do hospital local para discussão de projeto de governo. QUE somente depois de eleito foi procurado por aquela administração. QUE um de seus primeiros compromissos, ao tomar posse em janeiro de 2013, como prefeito municipal, foi de retomar a discussão com aquele prestador (hospital) com vista a auxiliá-lo na sua grave crise financeira. QUE tomou a decisão de majorar de R\$ 60 mil/mês para R\$ 72 mil/mês, os recursos municipais, a título de subvenção, para referido prestador, embora, até a presente data, não houvesse a assinatura (concordância) por parte daquela administração, agravando, ainda mais, sua crise financeira. QUE as exigências municipais para esse repasse financeiro são as mesmas já constantes do instrumento de contratualização (teto MAC), celebrado com o Ministério da Saúde, ou seja, esse aporte financeiro de R\$ 72 mil/mês apenas complementa o valor mensal repassado, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, no valor de R\$ 112 mi. QUE pessoalmente fez a exigência (condicionante) de que esse repasse municipal, com respaldo em lei municipal autorizativa, fosse feito desde que referido prestador retomasse a produção das 43 internações na clínica obstétrica, ou seja, de que os partos fossem, doravante, feitos pelo prestador. QUE nega a informação de que o município, a partir de sua gestão político-administrativa, teria suspenso os repasses municipais, a título de subvenção, para aquele prestador. QUE o instrumento do Convênio, inclusive, com cópia repassada para o prestador, já se encontra pronto desde o início do mês de fevereiro. QUE não concorda que tenha que assumir a dívida (trabalhista/fornecedores) da entidade hospitalar, hoje próxima de R\$ 3 milhões, por se tratar de entidade de natureza privada, sendo essa dívida fruto do acumulado de maus administradores passados. QUE o município possui seu próprio PAM – Pronto Atendimento Municipal, embora reconheça o desafio, durante sua gestão, na elaboração dos investimentos sociais X diminuição da arrecadação tributária. QUE o gasto mensal com seu PAM é próximo de R\$ 200 mil/mensal. QUE a população de Matozinhos, portanto, não se encontra

desassistida com os serviços da urgência e emergência, nível ambulatorial. QUE a média de atendimento dia no PAM é de 100 pacientes. QUE caso não haja uma solução, com urgência, na reabertura do hospital local, decidirá pelo remanejamento dos valores do teto MAC, atualmente repassados para esse hospital, mesmo sem produção assistencial contratada, para prestadores de municípios vizinhos, de forma a salvaguardar a proteção da saúde de seus munícipes. **DADA A PALAVRA PARA A PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ASSUNTOS JURÍDICOS DA FEDERASSANTAS/MG, Kátia R. Oliveira Rocha,** também, ressaltou a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. Ressaltou sua tranqüilidade em face do prefeito municipal que, de fato, conhece a realidade nacional da filantropia, por ter sido dirigente hospitalar por mais de 25 anos. QUE o hospital local atende próximo de 90% os pacientes SUS. QUE considera um absurdo o valor de R\$ 543,25 o unitário do procedimento pelo atendimento da clínica cirúrgica. QUE infelizmente a lógica adotada pelo Ministério da Saúde ofende diretamente o artigo 26 da Lei federal nº 8.080/90. QUE afirma categoricamente que a tabela nacional do SUS não é suficiente para sequer equilibrar o binômio produção X custos. QUE deveria, no caso, com muita seriedade e responsabilidade, se discutir o preço de cada um dos serviços, em face dos procedimentos contratados, a título de média e alta complexidade. QUE reconhece como positiva a decisão municipal na complementação dos serviços contratados (teto MAC), através de subvenção social, mensalmente, no valor atualizado de R\$ 72 mil, embora, por outro lado, não pode deixar de externar, pelas circunstâncias, sua grave preocupação com a manutenção da abertura do prestador hospitalar para o sistema. QUE o valor repassado é insuficiente para garantia do plantão médico presencial para as quatro clínicas contratadas. QUE o próprio Ministério da Saúde reconhece a insuficiência da tabela SUS, razão pela qual tem criado estratégias de incentivos/complementação financeira para esses hospitais, como, por exemplo a Rede Resposta para hospitais retaguarda da urgência e emergência. QUE, em Minas Gerais, o Ministério da Saúde contemplou apenas os municípios do colar metropolitano com esses incentivos da Rede Resposta, deixando, lado outro, o município de Matozinhos de ser contemplado, embora, de fato, pratique a atenção da retaguarda da urgência e emergência (Portaria MS nº 2395). QUE concorda com a liquidação da entidade hospitalar caso não se chegue a uma solução consensual de sua sobrevida operacional. QUE a dívida do hospital é de R\$ 1.300.000,00 (trabalhista/fornecedores), podendo chegar até ao final de 2013 próxima de R\$

3.000.000,00. Que o hospital local possui convênios com a operadora UNIMED e atendimento particular para os fins de recomposição de seu déficit, em face da tabela SUS. QUE os profissionais médicos ficaram sem receber pelos seus atendimentos até 04 meses, principalmente a partir da suspensão dos recursos (subvenção), em outubro de 2012. QUE a FEDERASSANTAS/MG deverá fazer provocação ao Ministério da Saúde e a SES/MG no sentido de que possam explicitar quais critérios técnicos (objetivos) utilizados para escolha dos municípios contemplados com a Rede Resposta (retaguarda das urgências e emergências). QUE o hospital durante muito tempo fez atendimentos que, em tese, deveriam ser suportados na atenção básica municipal, haja vista que essa, até presente data, acha-se fragmentada e insuficiente para o atendimento da prevenção e promoção da saúde. QUE o hospital passa por sérias crises, não possuindo estoque de materiais (insumos) e sem o profissional da saúde. QUE a unidade de saúde está acéfala em face da renúncia da presidente da Associação de Proteção à Maternidade e à Infância, entidade fundante e mantenedora do Hospital Wanda Drumond. QUE a situação agora se agrava, com a notícia, nessa reunião, pessoalmente pelo seu vice-presidente, que também renunciou ao cargo. QUE, nessas condições, o atual administrador hospitalar não possui autonomia e poderes para tomada de decisões. QUE dos 22 (vinte e dois) associados, conforme informações, 08 (oito) deles já se desligaram. QUE quando da reforma do PAM foi o hospital local quem praticamente absorveu toda a demanda (necessidades de saúde). QUE os associados estão se desligando da entidade, conforme informações, por temerem que a atual dívida (trabalhista/fornecedores), crescente, não consiga corresponder ao valor dos bens (patrimônio) da entidade. QUE, segundo informações do atual Administrador, Geraldo de Paula Martins, o hospital possui bons aparelhos, possui bloco cirúrgico bem equipado e com boa capacidade técnica. QUE o maior problema tem sido a falta do profissional médico da saúde, que migraram para outros municípios, como, por exemplo, Pedro Leopoldo. QUE o hospital não conta com recebimentos (incentivos/programas) pela SES/MG, como, por exemplo, PROHOSP e PROURGE. **HOUVE AINDA MANIFESTAÇÕES pelos demais presentes**, como, por exemplo, pelo Administrador do Hospital Wanda Andrade Drumond; pelo Conselho Municipal de Saúde; pelos Associados da entidade Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos; e, pelos Vereadores Municipais. **EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** Impossibilidade da assinatura do Termo de Convênio,

elaborado pelo município, a título de repasse mensal (subvenção social), no valor de R\$ 72 mil/mês, pela diretoria da Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos, bem como pela Administração do hospital Wanda Andrade Drumond, pela renúncia da presidente e vice-presidente da Associação, bem como de outros associados, em face da grave crise gerencial e financeira daquele prestador, publicamente reconhecida. **2)** A Secretaria Municipal de Saúde de Matozinhos, com urgência, deverá, em face do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, proceder planejamento detalhado de suas necessidades em saúde, de forma a permitir sua discussão nas reuniões da CIR, inclusive, com otimização dos recursos financeiros de sua PPI Assistencial. **3)** Retomada dos esforços coletivos (profissionais de saúde, prefeitura municipal, empresários, SES/MG, Ministério da Saúde, Ministério Público, Conselho de Saúde, etc.), de forma suprapartidária, na agenda positiva de soerguimento operacional/financeiro do Hospital Wanda Andrade Drumond, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, conveniado ao SUS. Nesse sentido, como sugestão, deverão ser promovidas regulares reuniões entre esses atores, de forma que possam ser discutidos os problemas de saúde, bem como estratégias para execução das metas estabelecidas. **4)** O município de Matozinhos, assim como referido prestador hospitalar, sob as penas da lei, deverão garantir o acesso da população referenciada na PPI assistencial, conforme quotas físicas pactuadas e repasses mensais, teto MAC, pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, deverá demonstrar crescimento paulatino de sua cobertura hospitalar, seja para a população própria ou referenciada, de forma que sua performance possa ser otimizada, haja vista os recursos financeiros que lhe são repassados mensalmente, bem como as metas lá pactuadas. **5)** A unidade hospitalar deverá levantar os motivos e, se for o caso, recorrer administrativamente, junto à CIR e SES/MG, pelos descompassos de sua produção assistencial e, efetivamente glosada no sistema oficial, diminuindo seus créditos financeiros por glosas, em tese, injustificadas. **6)** O prestador hospitalar, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro, deverá implantar, em prazo certo (consensual), o obrigatório protocolo de Manchester. **7)** Doravante, por ocasião da celebração de instrumentos de contratos/convênios/pactuações entre o prestador hospitalar e os gestores SUS, em seus diferentes níveis, deverá ser assegurada a obrigatória participação, no mínimo como anuente, do corpo clínico do Hospital Wanda Andrade Drummond, já que os recursos humanos (profissionais de saúde) constituem-se no elo mais importante para a execução das

ações e serviços de saúde. 8) O município de Matozinhos deverá engendrar esforços, junto à SES/MG, como medida reparatória pela sua exclusão de beneficiado com a Rede Resposta (retaguarda hospitalar das urgências e emergências), no colar metropolitano, no acesso ao PROHOSP e ao PROURGE, para os fins de sua destinação, com exclusividade, ao prestador hospitalar local. 9) O município de Matozinhos e o prestador hospitalar local, coadjuvado pela equipe de profissionais da Subsecretaria Estadual de Políticas e Ações de Saúde, nos moldes do precedente utilizado no município de Lagoa da Prata, deverá avaliar, sob o ponto de vista da viabilidade técnica, assistencial, financeira e operacional, a eliminação da dupla porta dos serviços de atendimento da urgência e emergência, nível ambulatorial, haja vista a existência do PAM – Pronto Atendimento Municipal e do Pronto Socorro do hospital local. Essa medida visa a otimização e racionalização dos recursos finitos em saúde pública, com garantia do acesso do usuário ao sistema, com redução de danos. 10) A Promotoria de Justiça da comarca de Matozinhos receberá, em 24 horas, cópia da presente ata, de forma que possa adotar as providências necessárias para a garantia da proteção da saúde e da vida dos munícipes de Matozinhos, conforme seu mister constitucional, haja vista as constatadas ocorrências (internas e externas) que contribuem para o fechamento (manutenção) do hospital Wanda Andrade Drummond, tais como, a renúncia da presidência da atual Associação mantenedora; a grave crise financeira da entidade com seus fornecedores e Justiça do Trabalho; a falta de insumos básicos para estoque hospitalar; a ausência dos profissionais de saúde com sua migração para outros municípios; a impossibilidade da assinatura do termo de convênio, elaborado pelo município, para complementação dos recursos federais, em razão da entidade encontrar-se acéfala (sem representatividade legal); o não cumprimento da produção assistencial pactuada entre o Ministério da Saúde e referida unidade de saúde, não obstante os repasses repassados (mensalmente), fundo a fundo, no valor de R\$ 112 mil; a não garantia do acesso da população de Matozinhos e dos municípios adscritos aos serviços de saúde de natureza hospitalar, colocando-a em fundado risco de morte. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

--	--

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>TATIANA PEREIRA <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Comarca de Matozinhos</p>
<p>ANTONIO DIVINO DE SOUZA <i>Prefeito Municipal de Matozinhos</i></p>	<p>JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe do</i> SEAUD/MG/DENASUS</p>
<p>LINCOLN PORTO DE QUEIROZ <i>Presidente do Departamento de</i> Fiscalização - CRMMG</p>	<p>KATIA R. OLIVEIRA ROCHA Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG</p>
<p>MARSILEIDY SIQUEIRA LENDRO DA SILVA Secretária Municipal de Saúde</p>	<p>FERNANDO ANDRADE DA SILVA LEMOS Procurador Geral do Município</p>
<p>CLÁUDIO ALEXANDRE C. DRUMOND Administrador do Hospital Wanda Andrade Drummond</p>	<p>ZELIA PEZZINI Vereadora Câmara Municipal de Matozinhos</p>
<p>GERALDO DE PAULA MARTINS Ex vice-presidente da entidade Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos</p>	<p>MARIA APARECIDA M. GONZAGA Presidente do Conselho Municipal de Saúde – Matozinhos.</p>
<p>MARCOS WESLEY FARIA Diretor Técnico do Hospital Wanda Andrade Drummond</p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Capitão Enéas

Aos vinte dias do mês de março do ano de dois mil e treze, às 15 horas, na Sala Minas Gerais, 3º andar, do edifício da Procuradoria Geral de Justiça, com endereço na Avenida Álvares Cabral, nº 1.740, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte, realizou-se a XXXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde, com afetação diretamente para os usuários do SUS, notadamente em face do prestador Hospital Nossa Senhora da Guia, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, cadastrado CNES nº 2205890, sob gestão dupla (estadual e municipal), caracterizado como hospital de pequeno porte, 100% SUS, mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Participaram da reunião um total de 13 (treze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Cesar Emílio Lopes Oliveira, prefeito municipal de Capitão Enéas; João Batista F. Soares, presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; Alder Antônio Martins, secretário municipal de saúde de Capitão Enéas; Erika Daniella R. O. Rabello, procuradora municipal de Capitão Enéas; Tadahiro Tsubouchi, presidente da Comissão de Saúde da OAB/MG; Kátia R. Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Bruno Barcala Reis, Defensoria Pública Estadual de Minas Gerais; Leandro José Barros Lélis, representante da Subsecretaria Estadual de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde; João Batista da Silva, Auditor Chefe

do Serviço de Auditoria do Departamento Nacional de Saúde em Minas Gerais; Geovane Bueno Guerra, Federassantas; Leonardo Justino Martins, Federassantas e Lourdes Paiva, Federassantas. **Ausente justificadamente** o promotor de Justiça da comarca de Francisco Sá, André Salles Dias Pinto. **Ausências injustificadas, embora regularmente notificados para comparecimento**, Cícero Rodrigues Gouveia, Provedor do Hospital Nossa Senhora da Guia e José Raimundo Barbosa, Administrador do Hospital Nossa Senhora da Guia. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE** que ressaltou, dentre outras, a estratégia da Mediação Sanitária como real ferramenta, democrática, que visa a resolução dos graves problemas de saúde mediante a agregação, em espaços compartilhados, de todos os atores, jurídicos ou não, com responsabilidade direta ou indireta, na saúde pública. Informou sobre a solicitação do promotor de Justiça André Salles Dias Pinto no sentido da impossibilidade de seu comparecimento, haja vista sua participação em um processo do Tribunal do Júri, naquela comarca de Francisco Sá, previsto para o mesmo dia. QUE o município de Capitão Enéas, no período de 01/01/2012 a 31/12/2012, conforme informações levantadas no site do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br, no portal Sala de Situação em Saúde, recebeu os seguintes aportes financeiros, do Ministério da Saúde, fundo a fundo: Atenção Básica – R\$ 2.220.277,80; Vigilância em Saúde – R\$ 73.434,57; Assistência Farmacêutica – R\$ 75.633,00; Investimentos – R\$ 51.000,00; Média e Alta Complexidade (especial) – R\$ 84.915,00, totalizando R\$ 2.505.260,37. QUE o município de Capitão Enéas conta com o direito de realização de 56.060 procedimentos na área da saúde, conforme PPI Assistencial – Programação Pactuada Integrada, competência mês março de 2013, assim discriminados: Ações de promoção e prevenção em saúde (30); procedimentos com finalidade diagnóstica (30.891); procedimentos com finalidade diagnóstico – outros (4.763); procedimentos com finalidade diagnóstica – F (260); procedimentos clínicos (18.530); procedimentos cirúrgicos (349); órteses, próteses e materiais especiais (15) e Outras programações (1.222), totalizando um valor de R\$ 938.268,18. QUE os novos marcos legais impuseram a todos, sobretudo gestores e prestadores (hospitais) uma gestão mais qualificada, com garantia de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, com transparência e eficiência. QUE a lei federal nº 12.101, de 2009 impõe uma série de requisitos objetivos aos diversos prestadores hospitalares, sem fins lucrativos, para manutenção do CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social. QUE um desses requisitos, de natureza obrigatória, consiste na oferta de no mínimo 60% de seus

serviços para o SUS, mediante elaboração de contratualização, onde deverá cumprir as metas físicas (quantitativas e qualitativas) impostas pelo Gestor SUS. QUE o Hospital Nossa Senhora da Guia de Capitão Enéas não conta com recursos financeiros extras, além do contrato com Ministério da Saúde. QUE os recursos federais são repassados para garantia do pagamento da produção assistencial, conforme pactuação (PPI), através do Fundo Estadual de Saúde, haja vista que o município não possui Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). QUE o hospital não conta com recursos do PROHOSP e PROURGE, repassados pela SES/MG. QUE o município de Capitão Enéas precisa, com urgência, (re) organizar suas ações e serviços de saúde, inclusive de natureza hospitalar, haja vista as disposições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que impôs o processo da regionalização, com serviços, no mínimo, na atenção básica, urgência e emergência, psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE o município de Capitão Enéas faz parte da Região de Saúde, com sede em Francisco Sá, devendo essa microrregião sanitária, na forma da lei, melhor se organizar, de forma a buscar sua suficiência (garantia de acesso) às ações e serviços de saúde da atenção primária e da média complexidade. QUE o município deverá providenciar, com urgência, seu adequado planejamento em saúde (Plano de Saúde), refletindo as necessidades reais de saúde de sua população. QUE o componente hospitalar, ainda que de pequeno porte, nessas circunstâncias, torna-se fator importante para a qualificação da atenção à saúde da população, haja vista que, nos termos do artigo 10 do referido Decreto, é referenciado pelas portas de entrada. **DADA A PALAVRA AO PREFEITO MUNICIPAL DE CAPITÃO ENÉAS, César Emílio Lopes Oliveira,** informou que fez seu programa de governo, dentre outras, na (re) organização das ações e serviços de saúde. QUE tinha desde antes conhecimento dos graves problemas enfrentados pelo prestador hospitalar, verdadeira crise na área financeira e de gestão, com reflexos diretamente para a saúde da população. QUE sua intenção, ainda no primeiro dia de governo, era no sentido de promover a desapropriação daquela unidade de saúde, de forma a imprimir-me gestão qualificada e resgate de sua credibilidade operacional na região. QUE tem conhecimento de que o prestador possui pendências com a Receita Federal e Justiça do Trabalho. QUE o município possui convênio de subvenção social com aquele prestador, mas que, nessas circunstâncias, os repasses tem sido bloqueados/penhorados pela Justiça do Trabalho para garantia dos vários processos trabalhistas, razão pela qual esses recursos não têm chegado para a atenção à saúde. QUE o prestador encontra-se com sérias dificuldades com seus

fornecedores, com atraso de pagamento de salários dos profissionais de saúde, como, por exemplo, a categoria médica e de enfermeiros. QUE há falta até mesmo de insumos básicos, como, i.e, medicamentos, situação que obriga o município a praticamente fazer sua gestão de fato. QUE possui interesse em emprestar verdadeira gestão qualificada àquele prestador, devendo, nesse caso, na forma da lei, promover sua intervenção c/c requisição administrativa. **DADA A PALAVRA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, Alder Antônio Martins, ressaltou que o hospital encontra-se praticamente abandonado, sem resolutividade e em completo estado de insolvência, com reflexos diretamente para a população. QUE o hospital possui capacidade instalada para 28 leitos, contudo, na prática, apenas 20 deles encontram-se na situação ativo. QUE esse prestador encontra-se cadastrado pela SES/MG como unidade retaguarda para as urgências e emergências, contudo, não dá garantia de acesso ao SUSFácil, uma vez que o sistema (computador) fica fechado na sala do administrador, sobretudo, nos finais de semana e feriados. QUE o município possui uma base do SAMU básico, sendo que o complexo fica situado na cidade de Montes Claros. QUE o hospital não possui equipe de profissionais para o atendimento da urgência e emergência. QUE a unidade de saúde sequer possui alvará sanitário. QUE, também, não possui a obrigatória CND – Certidão Negativa de Débitos, indispensável para realização de atos como repasses de subvenções ou elaboração de contratos assistenciais. QUE tem conhecimento de que as referências de Capitão Enéas, sobretudo Francisco Sá e Montes Claros, para realização de determinados procedimentos médicos não existentes no território local, também não os tem realizado, conforme pactuação. QUE tem experiência suficiente para convencer-se de que aquele hospital deverá buscar melhor identidade (vocação), de forma a não concorrer como hospital geral naquela região. QUE a unidade não possui serviços terceirizados. QUE o Diretor Clínico do hospital sequer é conhecido dos demais profissionais de saúde. QUE não há protocolos clínicos assistenciais elaborados pela unidade. QUE há apenas 08 profissionais médicos ainda trabalhando naquela unidade hospitalar. QUE infelizmente a atenção hospitalar tem se permitido atuar como verdadeiro “pronto atendimento” e, ainda, de forma bastante precária. QUE não concorda com a desapropriação da unidade, uma vez que o município não possui condições financeiras para assumir o passivo trabalhista e fiscal. QUE concorda, lado outro, para imediata proteção dos interesses coletivos sanitário, com a entrada do município naquela unidade hospitalar, sob a forma de intervenção/requisição administrativa, de modo a imprimir uma gestão qualificada, com instituição de

processos (protocolos clínicos, auditoria, etc). QUE o fato de a unidade de saúde ser filantrópica, sem fins lucrativos, não lhe isenta dessa profissionalização da gestão. QUE, de fato, o prestador está “quebrado”. QUE seu prédio já foi levado a leilão em hasta pública, no ano de 2010, tendo a prefeitura o adquirido mas não pago, razão pela qual poderá haver um novo processo nos próximos dias, comprometendo ainda mais a situação assistencial (atenção hospitalar) para seus usuários. QUE têm sido constantes as ordens de bloqueio de recursos financeiros pela Justiça do Trabalho. QUE o hospital sequer possui uma linha telefônica para comunicação com o SAMU, nas situações de urgência e emergência. **DADA A PALAVRA PARA O CHEFE DO SERVIÇO DE AUDITORIA DO DENASUS EM MINAS GERAIS**, João Batista da Silva, ressaltou, dentre outros, que hoje é obrigatório o planejamento da saúde, inclusive, no seu aspecto regional, de modo a apontar as necessidades em saúde (epidemiologia), ascendente, do nível local até o federal. QUE a participação dos Gestores SUS, sobretudo nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), deve ser com profissionalismo. QUE o fato de o prestador local encontrar-se praticamente fechado para o atendimento público, sendo ele o único de natureza hospitalar, agrava não somente o quadro assistencial, como também sua imagem em face dos demais municípios adscritos. QUE o município de Capitão Enéas possui gestão, ao lado da SES/MG, sobre referido prestador hospitalar, daí sua responsabilidade na garantia de acesso da população à atenção hospitalar. QUE o município de Capitão Enéas possui a responsabilidade pela definição da referência de seus serviços de saúde, ou seja, da indicação dos prestadores que deverão ser contratados para produção assistencial, conforme pactuação programada (PPI). QUE o município de Capitão Enéas, a persistir a atual situação fragmentada e deficitária de saúde, na área hospitalar, poderá deixar de ser considerado estratégico para a rede SUS, haja vista o formato de Região de Saúde, conforme preconizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, podendo seus usuários ser referenciados para outros municípios, ocasionando-lhe, por conseqüência, diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. QUE considera grave o fato de o prestador (hospital) encontrar-se naquela situação de verdadeira insolvência, com reflexos para a saúde da população. QUE o prestador, embora não esteja cumprindo com as metas físicas (quantidade/qualidade) avençadas por meio de contrato, celebrado com o Ministério da Saúde/SES-MG, continua a receber, mensalmente, os valores pactuados. QUE não é possível o fechamento daquela unidade hospitalar para os usuários, sobretudo porque não houve

suspensão dos repasses federais, mensalmente, fundo a fundo, para execução do que fora contratado. QUE é importante o resgate da credibilidade do prestador hospitalar. QUE o hospital não pode fechar seu atendimento público pelo fato de passar por uma situação mais difícil. QUE ele precisa mudar, com urgência, sua percepção gerencial. QUE hoje a saúde não pode ser tratada com amadorismo, uma vez que tudo é percebido, sobretudo através do Mapa da Saúde. QUE, nessa situação, os municípios/prestadores devem atender não somente sua população local, mas também a regional, em face dos municípios adscritos, por força da PPI Assistencial. QUE referido prestador deverá, se for o caso, reconhecer sua insuficiência da capacidade operacional contratada, de forma a assumir (contratualização) com os Gestores SUS apenas o que está no seu limite de atendimento (produção assistencial). QUE o hospital precisa, com urgência, proceder diagnóstico de sua situação financeira, sobretudo para se conhecer os reais motivos pelos quais o levaram para essa crise. QUE o controle social é muito importante para a fiscalização desse processo. QUE se coloca à disposição para ajudar referido prestador hospitalar. QUE tem conhecimento de que há fortes suspeitas de fraude com aquele prestador, conforme apontados no CARTA SUS, o que levou a abertura de Inquérito Policial Federal (em andamento) para apuração dos fatos. **DADA A PALAVRA AO PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS**, João Batista Gomes, fez elogios ao projeto de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público. QUE o CRMMG iniciou um grande projeto de fiscalização em cada unidade de saúde no estado de Minas Gerais, com o objetivo, dentre outros, de verificar as condições de trabalho de seus profissionais, bem como sugestões para a (re) organização das ações e serviços de saúde. QUE esses trabalhos já se iniciaram pela Região de Saúde da Micro Santo Antônio do Amparo/Campo Belo. QUE o corpo clínico, qualquer que seja a unidade hospitalar, não pode mais se fechar para o recebimento de novos profissionais, haja vista que pela interpretação sistemática do Código de Ética (2010), instituído pela Resolução CFM nº 1931, de 2009, notadamente do seu capítulo II (Dos Direitos dos Médicos), todo profissional médico possui o direito de atuar em hospitais públicos e privados, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico. QUE é preciso avaliar bem a situação do prestador do município de Capitão Enéas, principalmente quanto à decisão de ser ou não mantido como unidade hospitalar, haja vista tratar-se de unidade de pequeno porte. QUE considera importante avaliar quanto à mudança de sua estratégia (vocação), de forma que não venha a

praticar assistência à saúde de forma concorrencial, contudo, sem escala e sem densidade operacional. QUE é preciso que se faça uma boa discussão no tema da urgência e emergência. QUE, talvez, o mais importante seria o município investir adequadamente em sua atenção primária. QUE se coloca à disposição para, com urgência, proceder detalhada fiscalização naquela unidade hospitalar. **DADA A PALAVRA AOS REPRESENTANTES DA FEDERASSANTAS**, presentes na reunião, também destacaram a preocupação com a situação caótica e próxima da insolvência daquele prestador (hospital). QUE desconhecem a situação da filantropia daquela unidade, colocando-se à disposição para, em caráter de diligência, levantar quanto à regularidade ou não do CEBAS daquele hospital. QUE entendem que alguma medida precisa ser adotada, ainda que mais vigorosa, com o objetivo de tentar garantir a sobrevivência operacional do prestador. **DADA A PALAVRA AO DEFENSOR PÚBLICO ESTADUAL**, Bruno Barcala, responsável pelo Núcleo de Direito Sanitário da Defensoria Pública Estadual, também ressaltou sua preocupação com a vida operacional da entidade, o que, certamente irá provocar efeito cascata junto aos municípios da região e, por consequência, aumento da judicialização da política pública. QUE concorda com a possibilidade da intervenção/requisição administrativa pelo município, de modo a garantir, na forma da lei, uma gestão qualificada, com transparência e prestação de contas. **DADA A PALAVRA PARA A SUBSECRETARIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DA SES/MG**, fez apresentação power-point sobre indicadores de saúde do hospital Nossa Senhora da Guia. QUE 33% dos usuários daquela microrregião sanitária, com sede em Francisco Sá, tiveram que recorrer em busca de serviços em outras regiões. QUE apenas o município de Francisco Sá possui PROHOSP, dentre os municípios abrangidos pela Região. QUE esse PROHOSP não é regional. QUE há grande percentual de internações de paciente por condições sensíveis à atenção primária, daí a necessidade premente de que os gestores possam fazer seus investimentos nessa política de atenção. QUE a taxa de ocupação do prestador em questão é muito baixa, haja vista que a SES/MG preconiza um percentual em torno de 55%. **DADA A PALAVRA PARA O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE SAÚDE DA OAB/MG**, Tadahiro Tsubouchi, elogiou a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE, pela sua experiência, vê essa ação institucional como excelente alternativa para o enfrentamento dos complexos problemas de saúde e da própria judicialização. QUE concorda com os apontamentos que foram feitos, ressaltando que a intervenção/requisição administrativa deverá, também, alcançar a própria entidade, de modo a garantir a

transparência dos processos e a garantia de gestão qualificada, em face dos contratos, convênio e responsabilidades. QUE há de fato grave perigo iminente para a saúde da população de Capitão Enéas, de forma que os usuários não podem ser privados da atenção hospitalar, sobretudo dos serviços de urgência e emergência, correndo risco de morte. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** A FEDERASSANTAS, com urgência, sem prejuízo de outras informações que entender relevantes, irá levantar a situação daquela unidade de saúde junto ao CEBAS, haja vista seu comprometimento financeiro com fornecedores, receita federal e Justiça do Trabalho. **2)** O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, por seu Departamento de Fiscalização, irá proceder, com urgência, detalhado relatório (conclusivo) das atividades do prestador, apresentando cada uma das eventuais desconformidades, em face da literatura médica nacional e protocolos clínicos do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina. **3)** O SEAUD/MG/DEANSUS, por seu presidente, elaborará Parecer Técnico que demonstre sobre a natureza específica das verbas (repasse) de subvenção, não alcançados por bloqueio/penhora da Justiça e, ainda, sobre requisitos obrigatórios para abertura de conta por eventual interventor, judicial ou administrativo. **4)** O município de Capitão Enéas, em face das graves desconformidades praticadas pelo prestador hospitalar, com imediata ressonância para a população, no caso privada da qualificada atenção hospitalar, sobretudo de urgência e emergência, poderá, no uso de suas atribuições legais, bem como na sua responsabilidade legal sanitária pela fiscalização, regulação, auditoria e monitoramento dos serviços de saúde do Hospital Nossa Senhora da Guia, sob gestão dupla (municipal e estadual) promover as medidas necessárias, observadas formalidades legais, no sentido da intervenção/requisição administrativa do prestador, por prazo certo, de modo a imprimir-lhe gestão qualificada. Nesse caso, decidida pela intervenção, deverá informar imediatamente ao Ministério Público da comarca de Francisco Sá, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Câmara Municipal de Vereadores, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Justiça do Trabalho, dentre outros, devendo, ainda, informar ao SEAUD/MG/DENASUS, para efeitos de abertura de conta especial pelo interventor, nº da conta, agência e banco. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i></p>	<p>CESAR EMILIO LOPES OLIVEIRA <i>Prefeito Municipal</i></p> <p>11. Capitão Enéas</p>
<p>JOÃO BATISTA F. SOARES <i>Presidente do CRMMG</i></p>	<p>JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe do</i> <i>SEAUD/MG/DENASUS</i></p>
<p>LEANDRO JOSÉ BARROS LÉLIS <i>Subsecretária Estadual de Regulação</i> <i>da SES/MG</i></p>	<p>KATIA R. OLIVEIRA ROCHA <i>Presidente da Comissão de Assuntos</i> <i>Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG</i></p>
<p>ALDER ANTÔNIO MARTINS <i>Secretário Municipal de Saúde</i> <i>Capitão Enéas</i></p>	<p>ERIKA DANIELLA R. O. RABELO <i>Procuradora do Município</i> <i>Capitão Enéas</i></p>
<p>BRUNO BARCALA REIS <i>Defensoria Pública Estadual</i> <i>Coordenador do Núcleo de Direito em</i> <i>Saúde Pública</i></p>	<p>TADAHIRO TSOUBOUCHI <i>Presidente da Comissão de Saúde</i> <i>OAB/MG</i></p>
<p>GEOVANE BUENO GUERRA <i>Federação das Santas Casas e</i> <i>Entidades Filantrópicas de Minas</i> <i>Gerais</i></p>	<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS <i>Federação das Santas Casas e</i> <i>Entidades Filantrópicas de Minas</i> <i>Gerais</i></p>
<p>LOURDES PAIVA <i>Federação das Santas Casas e</i> <i>Entidades Filantrópicas de Minas</i> <i>Gerais</i></p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Capitão Enéas

Aos vinte dias do mês de março do ano de dois mil e treze, às 15 horas, na Sala Minas Gerais, 3º andar, do edifício da Procuradoria Geral de Justiça, com endereço na Avenida Álvares Cabral, nº 1.740, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte, realizou-se a XXXI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas de saúde, com afetação diretamente para os usuários do SUS, notadamente em face do prestador Hospital Nossa Senhora da Guia, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, cadastrado CNES nº 2205890, sob gestão dupla (estadual e municipal), caracterizado como hospital de pequeno porte, 100% SUS, mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Participaram da reunião um total de 13 (treze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Cesar Emílio Lopes Oliveira, prefeito municipal de Capitão Enéas; João Batista F. Soares, presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; Alder Antônio Martins, secretário municipal de saúde de Capitão Enéas; Erika Daniella R. O. Rabello, procuradora municipal de Capitão Enéas; Tadahiro Tsubouchi, presidente da Comissão de Saúde da OAB/MG; Kátia R. Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Bruno Barcala Reis, Defensoria Pública Estadual de Minas Gerais; Leandro José Barros Lélis, representante da Subsecretaria Estadual de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde; João Batista da Silva, Auditor Chefe

do Serviço de Auditoria do Departamento Nacional de Saúde em Minas Gerais; Geovane Bueno Guerra, Federassantas; Leonardo Justino Martins, Federassantas e Lourdes Paiva, Federassantas. **Ausente justificadamente** o promotor de Justiça da comarca de Francisco Sá, André Salles Dias Pinto. **Ausências injustificadas, embora regularmente notificados para comparecimento**, Cícero Rodrigues Gouveia, Provedor do Hospital Nossa Senhora da Guia e José Raimundo Barbosa, Administrador do Hospital Nossa Senhora da Guia. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE** que ressaltou, dentre outras, a estratégia da Mediação Sanitária como real ferramenta, democrática, que visa a resolução dos graves problemas de saúde mediante a agregação, em espaços compartilhados, de todos os atores, jurídicos ou não, com responsabilidade direta ou indireta, na saúde pública. Informou sobre a solicitação do promotor de Justiça André Salles Dias Pinto no sentido da impossibilidade de seu comparecimento, haja vista sua participação em um processo do Tribunal do Júri, naquela comarca de Francisco Sá, previsto para o mesmo dia. QUE o município de Capitão Enéas, no período de 01/01/2012 a 31/12/2012, conforme informações levantadas no site do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br, no portal Sala de Situação em Saúde, recebeu os seguintes aportes financeiros, do Ministério da Saúde, fundo a fundo: Atenção Básica – R\$ 2.220.277,80; Vigilância em Saúde – R\$ 73.434,57; Assistência Farmacêutica – R\$ 75.633,00; Investimentos – R\$ 51.000,00; Média e Alta Complexidade (especial) – R\$ 84.915,00, totalizando R\$ 2.505.260,37. QUE o município de Capitão Enéas conta com o direito de realização de 56.060 procedimentos na área da saúde, conforme PPI Assistencial – Programação Pactuada Integrada, competência mês março de 2013, assim discriminados: Ações de promoção e prevenção em saúde (30); procedimentos com finalidade diagnóstica (30.891); procedimentos com finalidade diagnóstico – outros (4.763); procedimentos com finalidade diagnóstica – F (260); procedimentos clínicos (18.530); procedimentos cirúrgicos (349); órteses, próteses e materiais especiais (15) e Outras programações (1.222), totalizando um valor de R\$ 938.268,18. QUE os novos marcos legais impuseram a todos, sobretudo gestores e prestadores (hospitais) uma gestão mais qualificada, com garantia de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, com transparência e eficiência. QUE a lei federal nº 12.101, de 2009 impõe uma série de requisitos objetivos aos diversos prestadores hospitalares, sem fins lucrativos, para manutenção do CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social. QUE um desses requisitos, de natureza obrigatória, consiste na oferta de no mínimo 60% de seus

serviços para o SUS, mediante elaboração de contratualização, onde deverá cumprir as metas físicas (quantitativas e qualitativas) impostas pelo Gestor SUS. QUE o Hospital Nossa Senhora da Guia de Capitão Enéas não conta com recursos financeiros extras, além do contrato com Ministério da Saúde. QUE os recursos federais são repassados para garantia do pagamento da produção assistencial, conforme pactuação (PPI), através do Fundo Estadual de Saúde, haja vista que o município não possui Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). QUE o hospital não conta com recursos do PROHOSP e PROURGE, repassados pela SES/MG. QUE o município de Capitão Enéas precisa, com urgência, (re) organizar suas ações e serviços de saúde, inclusive de natureza hospitalar, haja vista as disposições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que impôs o processo da regionalização, com serviços, no mínimo, na atenção básica, urgência e emergência, psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. QUE o município de Capitão Enéas faz parte da Região de Saúde, com sede em Francisco Sá, devendo essa microrregião sanitária, na forma da lei, melhor se organizar, de forma a buscar sua suficiência (garantia de acesso) às ações e serviços de saúde da atenção primária e da média complexidade. QUE o município deverá providenciar, com urgência, seu adequado planejamento em saúde (Plano de Saúde), refletindo as necessidades reais de saúde de sua população. QUE o componente hospitalar, ainda que de pequeno porte, nessas circunstâncias, torna-se fator importante para a qualificação da atenção à saúde da população, haja vista que, nos termos do artigo 10 do referido Decreto, é referenciado pelas portas de entrada. **DADA A PALAVRA AO PREFEITO MUNICIPAL DE CAPITÃO ENÉAS, César Emílio Lopes Oliveira,** informou que fez seu programa de governo, dentre outras, na (re) organização das ações e serviços de saúde. QUE tinha desde antes conhecimento dos graves problemas enfrentados pelo prestador hospitalar, verdadeira crise na área financeira e de gestão, com reflexos diretamente para a saúde da população. QUE sua intenção, ainda no primeiro dia de governo, era no sentido de promover a desapropriação daquela unidade de saúde, de forma a imprimir-me gestão qualificada e resgate de sua credibilidade operacional na região. QUE tem conhecimento de que o prestador possui pendências com a Receita Federal e Justiça do Trabalho. QUE o município possui convênio de subvenção social com aquele prestador, mas que, nessas circunstâncias, os repasses tem sido bloqueados/penhorados pela Justiça do Trabalho para garantia dos vários processos trabalhistas, razão pela qual esses recursos não têm chegado para a atenção à saúde. QUE o prestador encontra-se com sérias dificuldades com seus

fornecedores, com atraso de pagamento de salários dos profissionais de saúde, como, por exemplo, a categoria médica e de enfermeiros. QUE há falta até mesmo de insumos básicos, como, i.e, medicamentos, situação que obriga o município a praticamente fazer sua gestão de fato. QUE possui interesse em emprestar verdadeira gestão qualificada àquele prestador, devendo, nesse caso, na forma da lei, promover sua intervenção c/c requisição administrativa. **DADA A PALAVRA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, Alder Antônio Martins, ressaltou que o hospital encontra-se praticamente abandonado, sem resolutividade e em completo estado de insolvência, com reflexos diretamente para a população. QUE o hospital possui capacidade instalada para 28 leitos, contudo, na prática, apenas 20 deles encontram-se na situação ativo. QUE esse prestador encontra-se cadastrado pela SES/MG como unidade retaguarda para as urgências e emergências, contudo, não dá garantia de acesso ao SUSFácil, uma vez que o sistema (computador) fica fechado na sala do administrador, sobretudo, nos finais de semana e feriados. QUE o município possui uma base do SAMU básico, sendo que o complexo fica situado na cidade de Montes Claros. QUE o hospital não possui equipe de profissionais para o atendimento da urgência e emergência. QUE a unidade de saúde sequer possui alvará sanitário. QUE, também, não possui a obrigatória CND – Certidão Negativa de Débitos, indispensável para realização de atos como repasses de subvenções ou elaboração de contratos assistenciais. QUE tem conhecimento de que as referências de Capitão Enéas, sobretudo Francisco Sá e Montes Claros, para realização de determinados procedimentos médicos não existentes no território local, também não os tem realizado, conforme pactuação. QUE tem experiência suficiente para convencer-se de que aquele hospital deverá buscar melhor identidade (vocação), de forma a não concorrer como hospital geral naquela região. QUE a unidade não possui serviços terceirizados. QUE o Diretor Clínico do hospital sequer é conhecido dos demais profissionais de saúde. QUE não há protocolos clínicos assistenciais elaborados pela unidade. QUE há apenas 08 profissionais médicos ainda trabalhando naquela unidade hospitalar. QUE infelizmente a atenção hospitalar tem se permitido atuar como verdadeiro “pronto atendimento” e, ainda, de forma bastante precária. QUE não concorda com a desapropriação da unidade, uma vez que o município não possui condições financeiras para assumir o passivo trabalhista e fiscal. QUE concorda, lado outro, para imediata proteção dos interesses coletivos sanitário, com a entrada do município naquela unidade hospitalar, sob a forma de intervenção/requisição administrativa, de modo a imprimir uma gestão qualificada, com instituição de

processos (protocolos clínicos, auditoria, etc). QUE o fato de a unidade de saúde ser filantrópica, sem fins lucrativos, não lhe isenta dessa profissionalização da gestão. QUE, de fato, o prestador está “quebrado”. QUE seu prédio já foi levado a leilão em hasta pública, no ano de 2010, tendo a prefeitura o adquirido mas não pago, razão pela qual poderá haver um novo processo nos próximos dias, comprometendo ainda mais a situação assistencial (atenção hospitalar) para seus usuários. QUE têm sido constantes as ordens de bloqueio de recursos financeiros pela Justiça do Trabalho. QUE o hospital sequer possui uma linha telefônica para comunicação com o SAMU, nas situações de urgência e emergência. **DADA A PALAVRA PARA O CHEFE DO SERVIÇO DE AUDITORIA DO DENASUS EM MINAS GERAIS**, João Batista da Silva, ressaltou, dentre outros, que hoje é obrigatório o planejamento da saúde, inclusive, no seu aspecto regional, de modo a apontar as necessidades em saúde (epidemiologia), ascendente, do nível local até o federal. QUE a participação dos Gestores SUS, sobretudo nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), deve ser com profissionalismo. QUE o fato de o prestador local encontrar-se praticamente fechado para o atendimento público, sendo ele o único de natureza hospitalar, agrava não somente o quadro assistencial, como também sua imagem em face dos demais municípios adscritos. QUE o município de Capitão Enéas possui gestão, ao lado da SES/MG, sobre referido prestador hospitalar, daí sua responsabilidade na garantia de acesso da população à atenção hospitalar. QUE o município de Capitão Enéas possui a responsabilidade pela definição da referência de seus serviços de saúde, ou seja, da indicação dos prestadores que deverão ser contratados para produção assistencial, conforme pactuação programada (PPI). QUE o município de Capitão Enéas, a persistir a atual situação fragmentada e deficitária de saúde, na área hospitalar, poderá deixar de ser considerado estratégico para a rede SUS, haja vista o formato de Região de Saúde, conforme preconizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, podendo seus usuários ser referenciados para outros municípios, ocasionando-lhe, por consequência, diminuição/redução dos repasses financeiros, fundo a fundo, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG. QUE considera grave o fato de o prestador (hospital) encontrar-se naquela situação de verdadeira insolvência, com reflexos para a saúde da população. QUE o prestador, embora não esteja cumprindo com as metas físicas (quantidade/qualidade) avençadas por meio de contrato, celebrado com o Ministério da Saúde/SES-MG, continua a receber, mensalmente, os valores pactuados. QUE não é possível o fechamento daquela unidade hospitalar para os usuários, sobretudo porque não houve

suspensão dos repasses federais, mensalmente, fundo a fundo, para execução do que fora contratado. QUE é importante o resgate da credibilidade do prestador hospitalar. QUE o hospital não pode fechar seu atendimento público pelo fato de passar por uma situação mais difícil. QUE ele precisa mudar, com urgência, sua percepção gerencial. QUE hoje a saúde não pode ser tratada com amadorismo, uma vez que tudo é percebido, sobretudo através do Mapa da Saúde. QUE, nessa situação, os municípios/prestadores devem atender não somente sua população local, mas também a regional, em face dos municípios adscritos, por força da PPI Assistencial. QUE referido prestador deverá, se for o caso, reconhecer sua insuficiência da capacidade operacional contratada, de forma a assumir (contratualização) com os Gestores SUS apenas o que está no seu limite de atendimento (produção assistencial). QUE o hospital precisa, com urgência, proceder diagnóstico de sua situação financeira, sobretudo para se conhecer os reais motivos pelos quais o levaram para essa crise. QUE o controle social é muito importante para a fiscalização desse processo. QUE se coloca à disposição para ajudar referido prestador hospitalar. QUE tem conhecimento de que há fortes suspeitas de fraude com aquele prestador, conforme apontados no CARTA SUS, o que levou a abertura de Inquérito Policial Federal (em andamento) para apuração dos fatos. **DADA A PALAVRA AO PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS**, João Batista Gomes, fez elogios ao projeto de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público. QUE o CRMMG iniciou um grande projeto de fiscalização em cada unidade de saúde no estado de Minas Gerais, com o objetivo, dentre outros, de verificar as condições de trabalho de seus profissionais, bem como sugestões para a (re) organização das ações e serviços de saúde. QUE esses trabalhos já se iniciaram pela Região de Saúde da Micro Santo Antônio do Amparo/Campo Belo. QUE o corpo clínico, qualquer que seja a unidade hospitalar, não pode mais se fechar para o recebimento de novos profissionais, haja vista que pela interpretação sistemática do Código de Ética (2010), instituído pela Resolução CFM nº 1931, de 2009, notadamente do seu capítulo II (Dos Direitos dos Médicos), todo profissional médico possui o direito de atuar em hospitais públicos e privados, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico. QUE é preciso avaliar bem a situação do prestador do município de Capitão Enéas, principalmente quanto à decisão de ser ou não mantido como unidade hospitalar, haja vista tratar-se de unidade de pequeno porte. QUE considera importante avaliar quanto à mudança de sua estratégia (vocação), de forma que não venha a

praticar assistência à saúde de forma concorrencial, contudo, sem escala e sem densidade operacional. QUE é preciso que se faça uma boa discussão no tema da urgência e emergência. QUE, talvez, o mais importante seria o município investir adequadamente em sua atenção primária. QUE se coloca à disposição para, com urgência, proceder detalhada fiscalização naquela unidade hospitalar. **DADA A PALAVRA AOS REPRESENTANTES DA FEDERASSANTAS**, presentes na reunião, também destacaram a preocupação com a situação caótica e próxima da insolvência daquele prestador (hospital). QUE desconhecem a situação da filantropia daquela unidade, colocando-se à disposição para, em caráter de diligência, levantar quanto à regularidade ou não do CEBAS daquele hospital. QUE entendem que alguma medida precisa ser adotada, ainda que mais vigorosa, com o objetivo de tentar garantir a sobrevivência operacional do prestador. **DADA A PALAVRA AO DEFENSOR PÚBLICO ESTADUAL**, Bruno Barcala, responsável pelo Núcleo de Direito Sanitário da Defensoria Pública Estadual, também ressaltou sua preocupação com a vida operacional da entidade, o que, certamente irá provocar efeito cascata junto aos municípios da região e, por consequência, aumento da judicialização da política pública. QUE concorda com a possibilidade da intervenção/requisição administrativa pelo município, de modo a garantir, na forma da lei, uma gestão qualificada, com transparência e prestação de contas. **DADA A PALAVRA PARA A SUBSECRETARIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DA SES/MG**, fez apresentação power-point sobre indicadores de saúde do hospital Nossa Senhora da Guia. QUE 33% dos usuários daquela microrregião sanitária, com sede em Francisco Sá, tiveram que recorrer em busca de serviços em outras regiões. QUE apenas o município de Francisco Sá possui PROHOSP, dentre os municípios abrangidos pela Região. QUE esse PROHOSP não é regional. QUE há grande percentual de internações de paciente por condições sensíveis à atenção primária, daí a necessidade premente de que os gestores possam fazer seus investimentos nessa política de atenção. QUE a taxa de ocupação do prestador em questão é muito baixa, haja vista que a SES/MG preconiza um percentual em torno de 55%. **DADA A PALAVRA PARA O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE SAÚDE DA OAB/MG**, Tadahiro Tsubouchi, elogiou a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE, pela sua experiência, vê essa ação institucional como excelente alternativa para o enfrentamento dos complexos problemas de saúde e da própria judicialização. QUE concorda com os apontamentos que foram feitos, ressaltando que a intervenção/requisição administrativa deverá, também, alcançar a própria entidade, de modo a garantir a

transparência dos processos e a garantia de gestão qualificada, em face dos contratos, convênio e responsabilidades. QUE há de fato grave perigo iminente para a saúde da população de Capitão Enéas, de forma que os usuários não podem ser privados da atenção hospitalar, sobretudo dos serviços de urgência e emergência, correndo risco de morte. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** A FEDERASSANTAS, com urgência, sem prejuízo de outras informações que entender relevantes, irá levantar a situação daquela unidade de saúde junto ao CEBAS, haja vista seu comprometimento financeiro com fornecedores, receita federal e Justiça do Trabalho. **2)** O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, por seu Departamento de Fiscalização, irá proceder, com urgência, detalhado relatório (conclusivo) das atividades do prestador, apresentando cada uma das eventuais desconformidades, em face da literatura médica nacional e protocolos clínicos do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina. **3)** O SEAUD/MG/DEANSUS, por seu presidente, elaborará Parecer Técnico que demonstre sobre a natureza específica das verbas (repasse) de subvenção, não alcançados por bloqueio/penhora da Justiça e, ainda, sobre requisitos obrigatórios para abertura de conta por eventual interventor, judicial ou administrativo. **4)** O município de Capitão Enéas, em face das graves desconformidades praticadas pelo prestador hospitalar, com imediata ressonância para a população, no caso privada da qualificada atenção hospitalar, sobretudo de urgência e emergência, poderá, no uso de suas atribuições legais, bem como na sua responsabilidade legal sanitária pela fiscalização, regulação, auditoria e monitoramento dos serviços de saúde do Hospital Nossa Senhora da Guia, sob gestão dupla (municipal e estadual) promover as medidas necessárias, observadas formalidades legais, no sentido da intervenção/requisição administrativa do prestador, por prazo certo, de modo a imprimir-lhe gestão qualificada. Nesse caso, decidida pela intervenção, deverá informar imediatamente ao Ministério Público da comarca de Francisco Sá, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Câmara Municipal de Vereadores, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Justiça do Trabalho, dentre outros, devendo, ainda, informar ao SEAUD/MG/DENASUS, para efeitos de abertura de conta especial pelo interventor, nº da conta, agência e banco. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i></p>	<p>CESAR EMILIO LOPES OLIVEIRA <i>Prefeito Municipal</i></p> <p>12. Capitão Enéas</p>
<p>JOÃO BATISTA F. SOARES <i>Presidente do CRMMG</i></p>	<p>JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe do</i> <i>SEAUD/MG/DENASUS</i></p>
<p>LEANDRO JOSÉ BARROS LÉLIS <i>Subsecretária Estadual de Regulação</i> <i>da SES/MG</i></p>	<p>KATIA R. OLIVEIRA ROCHA <i>Presidente da Comissão de Assuntos</i> <i>Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG</i></p>
<p>ALDER ANTÔNIO MARTINS <i>Secretário Municipal de Saúde</i> <i>Capitão Enéas</i></p>	<p>ERIKA DANIELLA R. O. RABELO <i>Procuradora do Município</i> <i>Capitão Enéas</i></p>
<p>BRUNO BARCALA REIS <i>Defensoria Pública Estadual</i> <i>Coordenador do Núcleo de Direito em</i> <i>Saúde Pública</i></p>	<p>TADAHIRO TSOUBOUCHI <i>Presidente da Comissão de Saúde</i> <i>OAB/MG</i></p>
<p>GEOVANE BUENO GUERRA <i>Federação das Santas Casas e</i> <i>Entidades Filantrópicas de Minas</i> <i>Gerais</i></p>	<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS <i>Federação das Santas Casas e</i> <i>Entidades Filantrópicas de Minas</i> <i>Gerais</i></p>
<p>LOURDES PAIVA <i>Federação das Santas Casas e</i> <i>Entidades Filantrópicas de Minas</i> <i>Gerais</i></p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião de Saúde de Mantena

Aos onze dias do mês de abril do ano de dois mil e treze, às 14 horas, no auditório da Associação dos Municípios da Microrregião do Leste de Minas – ASSOLESTE, com endereço na Avenida Sete de Setembro, 312, centro, Mantena/MG, realizou-se a XXXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos graves problemas coletivos de saúde, no âmbito microrregional, bem como local (município pólo de Mantena), com afetação diretamente para os usuários do SUS, com reflexos para a judicialização, em especial quanto às ações e serviços de saúde da urgência e emergência. Participaram da reunião um total de 25 (quinze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Evandro Ventura da Silva, promotor de Justiça da comarca de Mantena/MG; Wanderson Elizeu Coelho, prefeito municipal de Mantena; Roberto Jório Filho, Secretário Municipal de Saúde de Mantena; Sheila Aparecida Ribeiro Furbino, Superintendente Regional da Saúde de Governador Valadares; Jupiaci S. Ramalho, Secretário Executivo da Assoleste; Edson Mendes da Silva, Secretário Municipal de Saúde de Mendes Pimentel/MG; Lúcia Feliciano Reis Alves, Secretária Municipal de Saúde de Itabirinha/MG; Edson Alves de Oliveira, Presidente do COSEMS Regional; Rosiléia Cunha de Souza, Coordenadora da Central de Regulação da Macro Leste; Enéas Gonçalves Mendes, Vice-prefeito de Mantena/MG; Jones Marques Fidelles de Souza, Secretário Municipal de Saúde de São Félix de Minas; Isla Duque Coelho, Secretária

Municipal de Saúde De São João do Manteninha; Max Willian Batista Siqueira, assessor da secretaria municipal de saúde de São João do Manteninha; José Antônio Bonifácio, Hospital Evangélico; Maria Batista de Freitas Cardoso, Hospital Evangélico; Neli Oliveira de Bsittes, Hospital Evangélico; Rogério Vicente Mendes, Secretário Executivo do CONSONORTE; Juraci Alves de Souza, vereador municipal de Mantena/MG; Onofre F. Cardoso, Hospital São Vicente de Paulo; Lusmar da Silva Araújo, Diretor do Hospital Evangélico; Alane Santos Pardino, Diretora Administrativa do Hospital Evangélico. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Evandro Ventura da Silva** que agradeceu a presença de todos, em especial dos municípios representados, prestadores (hospitais), vereadores, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) e do CAOSAÚDE, pela sua coordenação na ação institucional de Mediação Sanitária. Em seguida, fez um panorama geral dos principais problemas coletivos de saúde, local e microrregional, com repercussão na Promotoria de Justiça, em especial quanto às ações e serviços de saúde da urgência e emergência, ambulatorial e hospitalar. QUE reconhece como uma das causas da fragmentação dos serviços de saúde naquela microrregião o fato de que o componente da regulação não tem sido forte, com imediatos reflexos para a gestão pública da saúde. QUE o gestor SUS precisa exercer seu papel de regulador dos serviços de saúde, inclusive, no tocante ao prestador hospitalar. QUE os municípios que integram essa microrregião de saúde são pouco resolutivos, com alta dependência quanto ao município pólo de Governador Valadares, sobretudo de ações e serviços da média complexidade. QUE esse processo vicioso, fragmentado, mostra-se pouco resolutivo, com afetação ao direito de acesso à saúde pela população. QUE boa parte de usuários da Microrregião tem buscado ações e serviços de saúde ou mesmo encaminhados fora do sistema oficial da regulação, para o município vizinho de Barra do São Francisco/ES. QUE muitos desses encaminhamentos são feitos por profissionais médicos ou mesmo gestores, contudo fora da adequada regulação assistencial. QUE a Macro Leste, com municípios pólos em Governador Valadares e Ipatinga, ainda não conta com a Rede Estadual de Urgência e Emergência. QUE em razão desse vazio, um dos principais problemas coletivos de saúde reside no fato de que o acesso da população aos serviços, em tempo e modo, a essas especialidades, tem sido agravado pela geografia da região. QUE o município de Mantena, pólo da microrregião sanitária, não conta com prestador (hospital) de natureza pública, portanto, fica na dependência de prestadores privados, sem fins lucrativos, com

contratualização com o Gestor SUS Estadual. QUE providenciou elaboração de um Termo de Ajustamento de Conduta, celebrado, em 1º de março de 2013, com o Hospital Evangélico de Mantena e o Hospital São Vicente de Paulo, tendo como objeto a reorganização dos serviços de plantão médico presencial, em regime de disponibilidade das clínicas e especialidades médicas. QUE, por esse ajustamento, o município de Mantena garantirá, em regime de disponibilidade médica presencial, os serviços de clínica médica do Pronto Atendimento Municipal. QUE esse Pronto Atendimento Municipal, após realização de classificação de risco (protocolo de Manchester) fará o encaminhamento dos usuários, nos casos de urgência e emergência em traumatologia e cirurgia geral, com exclusividade, para o Hospital Evangélico. QUE, nos casos de usuários, em situação de urgência e emergência, para as clínicas médica, pediatria e ginecologia obstétrica, o Pronto Atendimento Municipal deverá fazer o encaminhamento, de forma alternada (semanal), para o Hospital São Vicente de Paulo e Hospital Evangélico. QUE houve ajustamento também em outros pontos, como, exemplos, responsabilidade pela remoção de pacientes e, escala do plantão médico presencial. QUE considera importante que sejam respondidas as seguintes indagações nessa reunião: a) O município de Mantena vai continuar a repassar os recursos financeiros para garantia da contratualização com seu prestador (hospital)? b) os municípios que integram essa microrregião sanitária participarão financeiramente do fortalecimento das portas de entrada desses prestadores (hospitais)? **Em seguida, a palavra foi passada para o promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE** que ressaltou a atuação vigorosa do promotor de Justiça Evandro Ventura da Silva nas ações e serviços de saúde naquela microrregião de saúde. Explicou para todos os presentes os objetivos da ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, através do CAOSAÚDE. QUE essa Microrregião Sanitária atualmente é considerada, pela SES/MG e Ministério da Saúde, como Região de Saúde, por força do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Deliberação CIB-MG. QUE essa Região de Saúde é integrada por 09 (nove) municípios, todos eles sob Gestão Estadual, o que vale dizer, sem autonomia na governança de seus prestadores. QUE em face dessa gestão, esses municípios não recebem diretamente, fundo a fundo, os recursos do teto MAC – média e alta complexidade, repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde. QUE esses recursos são transferidos, fundo a fundo, do Ministério da Saúde para o Fundo Estadual de Saúde (FES) que, por sua vez, se for o caso, faz a contratação dos serviços da média e alta complexidade diretamente aos prestadores, respeitada a

PPI assistencial. QUE considera fundamental, por força do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que, no mínimo, todos os municípios pólos de micro ou macrorregião de saúde possam ter a governança dos prestadores naquela região, ou seja, com assunção da denominada Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). QUE há um grande equívoco, mesmo cultural, por parte dos prefeitos municipais e gestores, no sentido de que essa avocação (GPSM) lhes acarrete a responsabilidade pelo financiamento da média e alta complexidade, o que não é verdadeiro. QUE a responsabilidade pelo financiamento das ações da média e alta complexidade continua sendo do Ministério da Saúde e da SES/MG. QUE é fundamental que esses municípios, sob a liderança do Gestor SUS de Mantena, possam se organizar, com fortalecimento regional, de modo que os investimentos em saúde possam ser alocados, visando, no mínimo, a suficiência da atenção da média complexidade. QUE são os seguintes municípios integrantes dessa Região de Saúde: MANTENA (27.536 habitantes), CENTRAL DE MINAS (6.801 habitantes), CUPARAQUE (4.547 habitantes), DIVINO DAS LARANJEIRAS (5.084 habitantes), ITABIRINHA (10.734 habitantes), MENDES PIMENTEL (6.652 habitantes), NOVA BELÉM (3.625 habitantes), SÃO FELIX DE MINAS (3.484 habitantes) e, SÃO JOÃO DO MANTENINHA (5.068 habitantes). QUE essa Região de Saúde (microrregião) faz parte da Região de Saúde ampliada (macrorregional), com sede no município de Governador Valadares. QUE essa Região de Saúde Leste possui, ainda, o município pólo de Ipatinga como sua sede. QUE, de fato, expressiva quantidade de procedimentos de saúde, da média complexidade, que deveriam ser realizados dentro do território microrregional, conforme proposta inserida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, está sendo realizada (executada), dentre outros, pelo município de Governador Valadares. QUE o município de Mantena fica 141 Km do município de Governador Valadares. QUE, por sua vez, o município de Mantena fica 10,9 Km do município de Barra do São Francisco/ES. QUE esse município capixaba possui uma razoável estrutura de saúde, sendo que, na prática, sem qualquer regulação assistencial, muitos dos procedimentos de saúde já são feitos por aquele município em face da população dessa microrregião de saúde. QUE esses encaminhamentos têm sido feito por profissionais médicos e mesmo gestores. QUE concorda com a discussão de uma proposta que contemple a construção de uma PPI interestadual, conforme autorizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em razão da singularidade, entre os gestores SUS de MG e ES, de modo a beneficiar diretamente a população daquela região. QUE o CAOSAÚDE, no seu Parecer Técnico Jurídico nº 009/2012, disponível no portal www.mp.mg.gov.br

(clicar “Saude”, em seguida “Material de Apoio Área Jurídica”), já havia se posicionado pela elaboração dessa PPI interestadual, haja vista que na prática essa “regulação” tem sido recorrente. QUE os indicadores de saúde, obtidos pelos principais programas oficiais (federal e estadual), de regulação, fiscalização, monitoramento e auditoria, demonstram a fragmentação técnica dessa microrregião sanitária, com serviços desorganizados, pouco resolutivos, com comprometimento imediato para a garantia de acesso da população. QUE o modelo solitário instituído pelos municípios (visão política) que integram essa microrregião, sem uma visão sistêmica do necessário fortalecimento regional e da necessidade desse planejamento global da saúde, compromete a assistência à saúde para sua população. QUE é bastante fraca ou mesmo inexistente a indispensável regulação das ações e serviços de saúde na região. QUE o município de Mantena não tem assumido sua condição de pólo de uma microrregião sanitária (Região de Saúde), razão pela qual não agrega os necessários serviços de saúde em seu território, seja pelo comportamento dos prestadores de serviços ou pela realocação da demanda em outros centros, nos termos da PPI assistencial. QUE há necessidade de que o município de Mantena venha a resgatar esse seu papel, inclusive de credibilidade sanitária, sobretudo nas ações e serviços da média complexidade. QUE o município de Mantena, conforme PPI Assistencial, mês março/2013, possui direito a 105.647 (quantitativo) procedimentos de média complexidade, no valor de R\$ 1.637.001,24, sendo que desses 6.525 (quantitativo) encontram-se referenciados para o município de Governador Valadares. QUE esse modelo fragmentado traz conseqüências inevitáveis para a população local e da região, sobretudo pelos gastos com deslocamentos, estadias, diárias e riscos desnecessários. QUE os usuários são fortemente penalizados com essas grandes viagens para acesso às ações e serviços de saúde que, em tese, deveriam existir dentro da Microrregião Sanitária. QUE há necessidade de que o município de Mantena, através do Gestor SUS e do próprio prefeito municipal assumam seu papel de liderança naquela região de saúde, de modo a promover verdadeira mobilização técnica e política na reorganização das ações e serviços de saúde. QUE essa reorganização das ações e serviços de saúde dentro da Microrregião é fundamental para que esteja preparado quando da inauguração da Rede Estadual da Urgência e Emergência e da Rede Cegonha. QUE o teto MAC (média e alta complexidade), repassado pelo Ministério da Saúde, para o Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais, com relação a esses municípios, competência MARÇO/2013, conforme sistema www.sismac.gov.br: Central de Minas (R\$

240.470,62), Cupuraque (R\$ 31.187,33), Divino das Laranjeiras (156.888,30), Itabirinha de Mantena (R\$ 567.327,71), Mantena (R\$ 1.962.573,15), Mendes Pimentel (R\$ 428.636,62), Nova Belém (R\$ 34.139,85), São Félix de Minas (R\$ 405.426,48) e São João do Mantenhina (R\$ 81.598,35). QUE esses dados são de domínio público, agora determinados pela Lei federal 12.257, de 18 de novembro de 2011, razão pela qual se impõe (a todos) uma gestão qualificada, sob permanente fiscalização, interna e externa. QUE a Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012, apontou, expressamente, o Ministério Público como um dos órgãos responsáveis pela fiscalização da gestão pública de saúde. QUE o Ministério Público tem se estruturado cada vez mais para uma atuação coletiva uniforme, a partir desses indicadores e diagnósticos, visando a implementação dessa relevante política pública pelos gestores. QUE um dos objetivos dessa Ação Institucional de Mediação Sanitária consiste no “fazer fazer”, haja vista sua responsabilidade na defesa da ordem jurídica, bem como de zelar pelos serviços de relevância pública (saúde), promovendo as medidas necessárias para sua eficácia (CF, art. 129, II). QUE a principal responsabilidade sanitária dos municípios brasileiros, independentemente de sua gestão ou qualquer outro componente de ordem político, social, demográfico, cultural e econômico, consiste na adequada implantação quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde da atenção primária (atenção básica). QUE essa atenção primária não pode ser medida exclusivamente pela quantidade dos equipamentos implantados, mas também na avaliação de sua qualidade (eficiência) nas respostas às demandas. QUE o município de Mantena, conforme registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, possui dois prestadores (hospitais) em sua base territorial. QUE o Hospital Evangélico de Mantena, CNPJ nº 22.324.693/0001-00, CNES nº 2099217, é uma entidade privada beneficente sem fins lucrativos, sob gestão estadual, tipo hospital geral, com 44 leitos cadastrados, sendo 10 (cirurgia geral), 15 (clínica geral), 01 (unidade isolamento), 08 (obstetrícia cirúrgica) e 10 (pediatria clínica). QUE do total de leitos existentes 35 são cadastrados como leitos SUS. QUE esse hospital recebe recursos PROHOSP, bem como PROURGE, esse no valor mensal de R\$ 37.500,00, recursos esses repassados pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. QUE Hospital São Vicente de Paulo de Mantena, CNPJ nº 22.323.976/0001-38, CNES nº 2099209, é uma entidade privada beneficente sem fins lucrativos, sob gestão estadual, tipo hospital geral, com 44 leitos cadastrados, sendo 14 (cirurgia geral), 17 (clínica geral), 10 (obstetrícia cirúrgica) e 03 (pediatria clínica). QUE do total de leitos existentes 38 são cadastrado como leitos SUS. QUE esse prestador

NÃO recebe recursos a título de PROHOSP ou PROURGE. QUE ambos prestadores são concorrentes, sem necessária identidade, tipo hospital geral, o que compromete ainda mais a regulação e gestão dos serviços. QUE o Gestor SUS de Mantena possui a responsabilidade de regular com esses prestadores, inclusive, de discussão sobre sua vocação (identidade operacional), de forma que não sejam concorrentes. QUE a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, nos termos da Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004, considera que esses estabelecimentos de saúde, em tese, não são resolutivos e consumidores de importantes recursos (finitos) financeiros, razão pela qual, no redesenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deveriam assumir uma daquelas linhas de cuidado propostas pelo Ministério da Saúde, sob pena de suspensão dos recursos financeiros. QUE, lado outro, essa decisão político-sanitária deverá ser feita coletivamente, com participação de outros atores, caso a caso (singular), haja vista que muitos desses pequenos prestadores (hospitais) são importantes e referências para dada região, em razão das especificidades loco-regionais. QUE não há mais campo para que esses prestadores permaneçam culturalmente como unidades meramente assistenciais (caridosas), exigindo-se delas, sobretudo, a partir das exigências da Lei federal nº 12.101, de 2009, uma atuação com gestão mais profissionalizada. QUE, em tese, esses prestadores (hospitais), localizados no município de Mantena, pelas especificidades multifatoriais, reconhecidos como unidades de pequeno porte, podem ser considerados como essenciais para o sistema e para a população microrregional. QUE os municípios brasileiros são responsáveis pela garantia do atendimento de urgência e emergência, no âmbito ambulatorial (pré-hospitalar). QUE os custos de manutenção de uma boa unidade pré-hospitalar (ambulatorial) na urgência e emergência não é inferior a R\$ 600.000,00 mensais. QUE, em razão disso, é importante que os municípios da região possam melhor avaliar a estratégia solidária da adesão do fortalecimento dessa específica política, uma vez que essa obrigação (política pública) lhes é afeta. QUE esse ajustamento poderia ser feito através da rede de consórcio público ou de convênio de cooperação técnica entre entes públicos, ambos institutos recepcionados pela Lei Complementar nº 141, de janeiro e 2012. QUE o próprio Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, impõe a cada um dos municípios sua oferta de ações e serviços de saúde, ou, se for o caso, financiamento, no âmbito regional. QUE, no caso, esse fortalecimento regional da urgência e emergência poderia resultar da participação solidária (financiamento) de cada um dos municípios da Microrregião, numa lógica isonômica (equidade), com participação

financeira maior do Ministério da Saúde e da SES/MG. QUE há necessidade de atualização do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, haja vista que, por exemplo, o Pronto Atendimento local não está lá cadastrado. **Dada a palavra para a Superintendente Regional de Saúde da Macro Leste (pólo de Governador Valadares), Sheila Aparecida Ribeiro Furbino** ressaltou, dentre outras, a importância desses encontros, sob forma de mediação sanitária, coordenada pelo Ministério Público. QUE a SRS tem feito um trabalho mais próximo de cada um dos gestores e municípios, com reuniões mensais, no âmbito micro e macrorregional, qualificando-se os debates travados na CIR (comissão intergestores regional) e CIRA (comissão intergestores regional ampliada). QUE o Ministério Público da comarca de Mantena, na pessoa do seu promotor de Justiça Evandro Ventura da Silva, desde já fica convidado a integrar as reuniões e discussões travadas nessa região de saúde. QUE, embora não possa descartar a estratégia da elaboração da PPI interestadual, conforme demonstrado pelo coordenador do CAOSAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis, sobretudo pela singularidade da região, comunga do entendimento de que atualmente o principal é o fortalecimento das ações e serviços de saúde na região, em conjunto com o apoio fundamental do COSEMS/M. QUE reconhece a existência de falha no processo da regulação de toda a macrorregião, circunstância que enfraquece a estratégia do fortalecimento regional da saúde e a otimização da própria PPI assistencial, com definição dos fluxos pelas referências e contrarreferências. QUE de modo geral há falta de recursos humanos (RH) para qualificação desse processo da regulação, sobretudo pela grande extensão da Macro Leste, conforme PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização. QUE concorda plenamente com a exigência da qualificação da atenção primária, base fundamental de todo o sistema público de saúde, sobretudo, porque ela será um dos critérios para o novo processo PROHOSP, sob a coordenação da SES/MG, conforme recente normativo estadual. QUE essa fragmentação do sistema, inclusive, de boa parte da macro Leste, ocasionou recentemente, um grande prejuízo da população, pela falta do acesso às cirurgias eletivas, sobretudo na área da ortopedia, pela não pactuação/adesão dos prestadores (unidades de saúde) e regulação municipal. QUE esse importante projeto, amplamente divulgado, inclusive, nas reuniões ordinárias da CIR e CIRA, iniciou-se em julho de 2012, não tendo havido interesse por parte dos prestadores e gestores. QUE a própria CIRA, em sua reunião de novembro 2012, teria advertido os municípios de que poderia haver cortes/suspensão desses recursos caso não houvesse adesão ao projeto, o que de fato, deverá ocorrer agora nos próximos dias.

QUE houve recentemente, na área da saúde mental, o investimento da criação de 02 unidades de CAPS e contratação de 05 leitos psiquiátricos em hospital geral. QUE a SRS Governador Valadares está realizando um amplo diagnóstico assistencial em toda a Região de Saúde, conforme objetivo da ação de Mediação Sanitária, onde se pretende demonstrar todas essas ocorrências (deficiências, fragilidades, potencialidades, etc.), na atenção primária, urgência e emergência, média complexidade e atenção hospitalar, dentre outros. QUE aguarda a realização de uma Reunião de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE, no município pólo de Governador Valadares. QUE um dos indicativos da falha na regulação assistencial está no fato de que não é possível precisar quantos usuários estão sendo atendidos pelo município vizinho do estado do Espírito Santo. QUE a SRS vem exercendo com qualidade seu papel no monitoramento da PPI assistencial, de modo a orientar os diversos gestores e evitar que possam tomar decisões equivocadas no processo da referência e contrarreferência dos serviços. QUE concorda que esse processo precisa ser melhor acompanhado, de modo que os entes possam cumprir o que foi pactuado, garantindo efetivamente o acesso da população àqueles serviços. QUE a próxima reunião para discussão da PPI Assistencial da Macro Leste será em setembro de 2013. QUE considera um grande prejuízo o fato de que de julho de 2012 a março de 2013 a região de saúde não tenha realizado qualquer procedimento cirúrgico eletivo, sobretudo pela falta daquela pactuação ao projeto. QUE os valores financeiros para a realização daqueles procedimentos são diferenciados (MAIOR) da Tabela Nacional de Procedimentos e Órteses do Ministério da Saúde. QUE considera fundamental a reorganização das ações e serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, a partir das microrregiões de saúde, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE é muito importante que essa microrregião de saúde (Região de Saúde) possa buscar sua suficiência no mínimo na atenção da média complexidade. **Dada a palavra para o presidente do Colegiado Regional de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS Regional), Edson Alves de Oliveira** ressaltou que comunga do entendimento da Superintendente Regional de Saúde (SRS). QUE tem conhecimento de que os municípios pólos, sobretudo da atenção da média e alta complexidade, não obstante a PPI assistencial e o remanejamento dos recursos financeiros, não dão, em muitas das situações, garantia de acesso da população àqueles serviços pactuados, o que demonstra falha na regulação com ênfase para os processos de referência e contrarreferência. QUE também comunga do entendimento de que essa específica região de saúde, tendo o município de

Mantena como pólo, precisa melhor se organizar, de modo a ser referência, no mínimo, nos serviços da média complexidade. QUE sempre é bom lembrar a insuficiência do financiamento das ações e serviços de saúde pela União, bem como o estrangulamento pelos municípios com média de aplicação superior a 20% de seu orçamento. QUE na área da saúde os municípios são preponderantemente os mais demandados pela população e pela própria judicialização, acarretando-lhes dificuldade político financeira no cumprimento das demais políticas públicas. QUE concorda com o fortalecimento regional da saúde, ainda que com participação financeira isonômica dos municípios, desde que esses investimentos sejam da esfera da atenção primária, como, por exemplo, as internações por condições sensíveis à atenção primária. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Mantena, Roberto Jório Filho** destacou a importância da mediação sanitária, com a participação do Ministério Público. QUE essa nova administração municipal faz coro a todos esses entendimentos levantados pelo Ministério Público, Superintendência Regional de Saúde e COSEMS. QUE o município quer e precisa resgatar o controle da regulação assistencial em face das ações e serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde (hospitais). QUE é de suma importância a definição da vocação de cada um dos dois prestadores privados, filantrópicos, sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, no município de Mantena. QUE não é razoável que possam estar atuando nas mesmas linhas de cuidado, como hospital geral, para as quatro clássicas clínicas. QUE esse modelo não interessa para o município e região. QUE esse modelo é de fato concorrencial, excludente e político. QUE no seu preliminar entendimento o hospital Evangélico, pela agregação dos equipamentos de saúde e reconhecimento regional (CIR), deveria assumir, com exclusividade, a pediatria e obstetrícia, bem como parte da cirurgia geral. QUE fundamenta essa sua opinião também pelo fato de que esse prestador foi reconhecido regionalmente para esse nível de atenção, quando se decidiu que seria ele o destinatário dos recursos do PROHOSP e PROURGE. QUE o prestador Hospital São Vicente de Paulo poderia assumir parte da cirurgia geral, clínica médica e ortopedia. QUE a proposta alternada, semanalmente, do atendimento desses serviços por esses dois prestadores (hospitais), conforme definido no Termo de Ajustamento de Conduta, celebrado com o Ministério Público, não é razoável do ponto de vista da regulação e epidemiologia. QUE os prestadores não são gestores e nem reguladores. QUE muitas das vezes o usuário tem sido atendido pela via particular e o profissional médico faz os pedidos (diagnóstico, internação ou cirurgias) para atendimento SUS. QUE a urgência e

emergência ambulatorial (pré-hospitalar) do município de Mantena é feita pelo PA - Pronto Atendimento do Hospital Evangélico. QUE o município possui contratualização com esse prestador, para realização desses serviços. QUE o pagamento dos profissionais médicos de saúde desse pronto atendimento, sendo 04 concursados (efetivos) e 03 contratados, é suportado exclusivamente pelo município de Mantena. QUE o hospital Evangélico não tem conseguido cumprir o acordado para resolução da ortopedia e traumatologia. QUE não é concebível a perda de recursos financeiros, em face do programa do governo federal (cirurgias eletivas), em face do comportamento desinteressado dos prestadores. QUE é a 3ª vez que essa região perde esses importantes recursos. QUE os profissionais médicos alegam seu desinteresse na participação pelo motivo de a tabela SUS ser baixa. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Mantena, Wanderson Elizeu Coelho**, informou ser o presidente da Associação dos Municípios da Microrregião do Leste de Minas (ASSOLESTE). QUE também é profissional médico neurologista. QUE infelizmente a saúde local está ruim devido a má gestão da administração municipal anterior. QUE foi eleito prefeito municipal tendo como uma de suas metas a resolução definitiva dos principais problemas de saúde local. QUE tem conhecimento de que se o município de Mantena melhor se organizar nessa atenção da saúde pública, haverá reflexos para todos os demais municípios que integram essa microrregião de saúde. QUE é preciso definir quanto ao PROHOSP e PROURG, sobretudo porque o Hospital Evangélico tem recebido esses recursos na integralidade, enquanto que o município tem feito sua grande contribuição financeira na urgência e emergência, ambulatorial, daquele pronto atendimento hospitalar. QUE considera importante a melhor análise quanto à definição de eventual vocação de cada um daqueles prestadores (hospitais), de modo que algum deles não venha a sucumbir-se pela destinação de serviços que, em tese, não são bem remunerados e suficientes para o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. QUE a Coordenação Estadual da SES/MG deverá se posicionar sobre o legítimo destinatário, em face dessas circunstâncias, dos recursos do PROURGE. QUE tem se articulado com o Governo de Minas Gerais no sentido da melhor atenção à saúde para o município de Mantena e região. QUE não considera razoável o fato de o município perder o acesso àquelas cirurgias eletivas, financiadas por programa do governo federal, pelo fato do desinteresse dos prestadores (hospitais), daí a necessidade de mudança na relação jurídica, com forte atuação da regulação. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de São Félix de Minas Jones Marques Fideles de Souza** destacou que alguns dos

municípios que integram essa microrregião sanitária não tem se utilizado dos serviços da urgência e emergência, ambulatorial, executados pelo município de Mantena, através de seus prestadores. QUE outros, pelo desenho do PDR – Plano Diretor de Regionalização, estão mais próximos do município sede da macro (Governador Valadares). QUE considera importante toda essa discussão, uma vez que, de fato, há necessidade de uma melhor reorganização das ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, sobretudo porque a Macro Leste será a próxima contemplada com a instalação da Rede Estadual de Urgência e Emergência e da Rede Cegonha. **Dada a palavra para os representantes presentes do Hospital Evangélico** foi dito que não tomaram conhecimento tempestivo do programa federal para realização de cirurgias eletivas. QUE os repasses financeiros municipais para custeio dos serviços de urgência e emergência, ambulatorial, realizados por seu Pronto Atendimento não são suficientes. QUE o município possui dívida superior a R\$ 100.000,00 com esse prestador, em face da produção assistencial realizada e não paga. QUE não se opõe com a presença do Gestor SUS, no exercício de seu papel de regulador das ações e serviços de saúde. QUE considera importante a definição do papel de cada um dos prestadores, de modo que não haja concorrência entre eles. QUE a tabela nacional de procedimentos SUS não é suficiente para garantia real dos custos, sobretudo dos de natureza da média complexidade. QUE não é verdade que o prestador receba medicamentos do município, salvo soro e dipirona. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:**

- 1)** O município de Mantena, em face de sua condição de pólo microrregional, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que considera os repasses financeiros do Ministério da Saúde preferencialmente para as Regiões de Saúde, deverá avaliar sua condição de assunção de gestão plena do sistema municipal, a fim de que possa exercer (direito) a governança sobre seus prestadores, mediante regulação que preconize adequada contratualização, controle, fiscalização, monitoramento e auditoria.
- 2)** O Município de Mantena, através de seu Gestor SUS, deverá providenciar, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento desta ata de reunião, atualização de cada um dos equipamentos de saúde (unidades) de sua base territorial no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), principalmente da unidade de Pronto Atendimento.
- 3)** O Município de Mantena deverá informar, no prazo de até 10 dias, contados

do recebimento desta ata de reunião, à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião quanto ao seu interesse ou não na manutenção do contrato com o prestador filantrópico Hospital Evangélico, nos serviços de urgência e emergência, ambulatorial (Pronto Atendimento). 4) O CAOSAÚDE oficiará a Coordenação Estadual do Programa de Urgência e Emergência da SES/MG – PROURGE para que se manifeste quanto ao real legitimado para recebimento daqueles recursos mensalmente. 5) O CAOSAÚDE providenciará remessa, para a Promotoria de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Mantena, de cópia modelo de contrato celebrado entre município e pronto atendimento hospitalar (contrato de metas), a fim de regularizar, se for o caso, a entrada do gestor público nos serviços do prestador privado hospitalar. 6) A Superintendente Regional de Saúde de Governador Valadares passará a cientificar o promotor de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde, da comarca de Mantena, doravante, para participação em cada uma das reuniões da CIR – Comissão Intergestores Regional, em face da Microrregião Sanitária Mantena. 7) O município de Mantena cuidará, doravante, para que o Diretor Clínico e Diretor Técnico de cada um dos prestadores possam participar dos contratos celebrados com aquelas unidades, na condição de anuentes. 8) O Administrador e provedor do Hospital Evangélico deverão providenciar, no prazo de até 20 dias, contados do recebimento desta ata de reunião, levantamento real dos custos de funcionamento do seu Pronto Atendimento (urgência e emergência ambulatorial), incluídos profissionais, equipamentos e insumos, com plantões presenciais, de forma que possa qualificar posterior processo decisório, pelo município e pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, de modo a otimizar sua atuação microrregional. Cópia dessa planilha de custos deverá ser enviada para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião que discutirá seu desdobramento com o município pólo local. 9) O Secretário Municipal de Saúde de Mantena e os dirigentes responsáveis pelas unidades hospitalares (Hospital Evangélico e Hospital São Vicente de Paulo) deverão realizar reunião preliminar, no prazo de até 15 dias, contados do recebimento desta ata, para discussão e deliberação (conjunta) quanto à definição de vocação de cada um deles

(hospitais), atreladas às diretrizes do interesse público sanitário das necessidades de saúde da microrregião sanitária, bem como eliminando a perversa política da concorrência. Essa decisão deverá ser levada à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para os fins de desdobramentos e estratégias microrregionais. **10)** O Secretário Municipal de Saúde de Mantena, no exercício da regulação dos serviços de saúde municipal, deverá, uma vez definida a vocação de cada um dos prestadores (hospital), elaborar os indispensáveis protocolos assistenciais, de modo a potencializar a regulação do acesso da população loco-regional a esses serviços. Cópia dessa deliberação deverá ser encaminhada para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião para os fins de desdobramentos e estratégias microrregionais. **11)** Tendo em vista a necessidade de (re)organização das ações e serviços de saúde na microrregião, de modo a buscar seu fortalecimento regional, adequado processo regulatório e suficiência, no mínimo, na atenção da média complexidade, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, fica instituída, conforme deliberação em reunião, sob a forma compartilhada, solidária e democrática a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião integrada por: Sheila Aparecida Ribeiro Furbino, Superintendente Regional de Saúde de Governador Valadares (**coordenadora**); Evandro Ventura da Silva, Promotor de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Mantena (**coordenador**); Edson Alves de Oliveira, presidente do COSEMS Regional; Rogério Vicente Mendes, Secretário Executivo Consonorte; Roberto Jório Filho, Secretário Municipal de Saúde de Mantena e Rosiléia Cunha de Souza, Coordenadora da Central de Regulação da Macro Leste. **12)** Essa Comissão de Trabalho, sem prejuízo de outras atribuições, será responsável pelos seguintes levantamentos indispensáveis para a visão macro (coletiva) da (re)organização das ações e serviços de saúde na microrregião, haja vista a iminência da implantação da Rede Estadual da Urgência e Emergência e Rede Cegonha na Macro Leste: *Diagnóstico/Indicadores da atenção primária de cada um dos municípios que integram a Microrregião Sanitária, de modo a verificar sua suficiência e qualidade; existência de Programação Anual de Saúde (PAS), bem como de adequado plano*

municipal de saúde, ambos em compatibilidade com a Lei Orçamentária Anual; prestação de contas e confecção do Relatório Anual de Gestão (RAG); eventuais serviços de média complexidade neles existentes para, se for o caso, redirecionamento da PPI Assistencial; existência ou não da atenção de urgência e emergência, ambulatorial; existência ou não de prestador (hospital) na sua base territorial, inclusive quanto à sua classificação e resposta para o SUS, em face da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Deverá, ainda, essa Comissão de Trabalho discutir regionalmente quanto à implantação dos equipamentos de saúde mental, na forma da Rede Estadual de Atenção Psicossocial, de modo que todos os municípios possam se organizar pelo acesso da referência/contrarreferência a esses serviços, inclusive com participação no seu financiamento tripartite (Ministério da Saúde, SES/MG e municípios adscritos); **13)** O CAOSAÚDE será responsável pela remessa de modelo de Convênio de Cooperação Técnica entre Entes Públicos, na forma da Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012, para a Promotoria de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Mantena, após os resultados do (re)desenho das ações e serviços de saúde, nos seus diversos níveis de atenção, pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião. **14)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG, com remessa de cópia desta ata de reunião, para que providencie imediato estudos quanto ao adequado acesso às ações e serviços de saúde da população dessa Microrregião Sanitária, inclusive, para os fins de celebração de PPI Interestadual com o estado do Espírito Santo, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **15)** Cópia desta ata de reunião deverá ser enviada para o ilustre Coordenador do CAOSAÚDE do estado do Espírito Santo, Procurador de Justiça José Adalberto Dazzi.

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i>	EVANDRO VENTURA DA SILVA <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde da</i> <i>comarca de Mantena</i>
13. 14. WANDERSON ELIZEU COELHO <i>Prefeito Municipal de Mantena/MG</i>	15. 16. ROBERTO JÓRIO FILHO <i>Secretário Municipal de Saúde de Mantena/MG</i>

<p>SHEILA APARECIDA RIBEIRO FURBINO <i>Superintendente Regional da Saúde de Governador Valadares</i></p>	<p>EDSON MENDES DA SILVA <i>Secretário Municipal de Saúde de Mendes Pimentel/MG</i></p>
<p>LÚCIA FELICIANO REIS ALVES <i>Secretária Municipal de Saúde de Itabirinha/MG</i></p>	<p>EDSON ALVES DE OLIVEIRA <i>Presidente do COSEMS Regional</i></p>
<p>ROSILÉIA CUNHA DE SOUZA <i>Coordenadora da Central de Regulação da Macro Leste</i></p>	<p>JONES MARQUES FIDELLES DE SOUZA <i>Secretário Municipal de Saúde de São Félix de Minas</i></p>
<p>JOSÉ ANTÔNIO BONIFÁCIO <i>Diretor do Hospital Evangélico</i></p>	<p>MARIA BATISTA DE FREITAS CARDOSO <i>Hospital Evangélico</i></p>
<p>ONOFRE F. CARDOSO <i>Hospital São Vicente de Paulo</i></p>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião de Saúde de Congonhas

Aos vinte e quatro dias do mês de abril do ano de dois mil e treze, às 09 horas, na sala de reuniões da Promotoria de Justiça da comarca de Congonhas, com endereço na Rua Valdir Cunha, 205, centro, realizou-se a 1ª parte da XXXIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão exclusivamente dos principais problemas de saúde enfrentados pelo Hospital Bom Jesus, de natureza, privada, sem fins lucrativos, CNPJ nº 19.692.755/0001-22, com ressonância para a assistência à saúde da população loco-regional, com reflexos para a sua judicialização. Participaram da reunião um total de 25 (quinze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Vinícius Alcântara Galvão, promotor de Justiça da comarca de Congonhas/MG; João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Kátia R. Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Dickson Carvalher, Administrador do Hospital Bom Jesus; Aniellen Vieira Santos, da Superintendência de Saúde de Barbacena; Laura Vargas de Oliveira Araújo, setor de epidemiologia da Superintendência de Saúde de Barbacena; Ângelo

Roncalli F. Oliveira, NAF da Superintendência de Saúde de Barbacena; Marcio Silva, da Superintendência de Saúde de Barbacena; Ademir Pereira de Oliveira, Procurador do Município de Congonhas/MG; Marta da Consolação Freitas Bachaul, Assessora da Prefeitura Municipal de Congonhas/MG; Ormesinda Maria Barbosa Salgado, do CISRU CentroSul; Azira Suely de Sousa Costa, Provedora do Hospital Bom Jesus; Henrique Andrade do Carmo, Administrador do Hospital Bom Jesus; Marco Aurélio Teixeira Silva, setor administrativo do Hospital Bom Jesus; Rafael Geraldo Cordeiro, Secretário de Saúde de Congonhas/MG; Luiz Carlos Cordeiro Silva, Diretor Técnico do Hospital Bom Jesus; Márcio Alves R. de Melo, representante do Conselho Regional de Medicina – CRMMG; Maria Elizabete P. Nogueira, Coordenadora da Vigilância Municipal de Saúde; Márcia Aparecida Nakamura, Superintendente Regional de Saúde de Barbacena/MG; Ângela Maria Goulart Baptista, da Superintendência Regional de Saúde de Barbacena/MG; Daniella Rossana de S. Veríssimo, Comissão do Hospital Bom Jesus; Sérgio Luiz da Cunha, representante do prefeito municipal de Queluzito/MG; Wellington Tadeu Montenegro, representação médica; Adivar Geraldo Barbosa, vereador municipal. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE** que agradeceu a presença de todos, em especial do ilustre Promotor de Justiça Vinícius Alcântara Galvão, da comarca de Congonhas, pelo seu valoroso trabalho em prol da defesa dos direitos do cidadão. Esclareceu que essa microrregião de saúde tem como municípios pólos Conselheiro Lafaiete/Congonhas, contando, portanto, com 18 municípios, alcançando uma população de 290.316 habitantes. QUE são os seguintes municípios integrantes dessa microrregião sanitária: Caranaíba, Casa Grande, Catas Altas da Noruega, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Cristiano Otoni, Desterro de Entre Rios, Entre Rio de Minas, Itaverava, Jeceaba, Lamim, Ouro Branco, Piranga, Queluzito, Rio Espera, Santana dos Montes, São Brás do Suaçuí e Senhora de Oliveira. QUE por força do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Deliberação CIB-SUS-MG, essa microrregião de saúde passou a ser considerada Região de Saúde. QUE, em face disso, as Regiões de Saúde devem organizar seus serviços, possuir

planejamento regional de saúde e ofertar essas ações e serviços de saúde regionalmente, no mínimo, na atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial. QUE o município de Congonhas possui uma população aproximada de 50 mil habitantes, dotado de gestão plena do sistema municipal (GPSM), ou seja, possui competência para administração de seu teto MAC – média e alta complexidade em face dos seus prestadores. QUE não é mais possível, no contexto sanitário brasileiro, o atuar solitário dos municípios na organização das ações e serviços de saúde, devendo ser superado os aspectos políticos e concorrenciais entre os municípios da região. QUE a falta da organização desses serviços, na lógica do fortalecimento regional, poderá trazer sérios prejuízos para os municípios, haja vista a determinação legal de que, doravante, a transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde será preferencialmente para as regiões organizadas em saúde. QUE essa organização, com definição do planejamento regional e mapa da saúde, é um importante passo para a celebração do COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde. QUE o município de Congonhas deverá exercer seu papel no componente da regulação, de modo que sua atuação seja qualitativa, com reflexos os processos de monitoramento, fiscalização, controle e auditoria dos serviços executados por seus prestadores, especialmente o de natureza hospitalar. QUE o Gestor SUS Congonhas deverá fazer cumprir as metas quantitativas e qualitativas celebradas no contrato único de prestação de serviços médico-hospitalar, para garantia do acesso de sua população loco-regional. QUE, no exercício de suas funções, deverá sugerir/glosar os recursos financeiros repassados (contrato de prestação de serviços de saúde), proporcionalmente, quando seus prestadores não atingirem a meta pactuada. QUE independentemente do cumprimento dessas metas, na prática, os recursos financeiros originados do teto MAC, repassados, com transparência, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), estão sendo depositados mensalmente, em face do instrumento da contratualização. QUE o prestador hospitalar possui o dever legal da observância das regras públicas de saúde, seja por força do contrato ou convênio, na forma da Constituição Federal e da Lei federal nº 12.101, de 2009, devendo dispor, no mínimo, de 60% de seus serviços para o

atendimento SUS. QUE o Gestor SUS Congonhas deverá iniciar uma importante pauta (agenda positiva) em face de seu prestador privado, filantrópico, Hospital Bom Jesus, visando a melhor definição (conjunta) de sua identidade regional. QUE essa definição (vocação sanitária) é de suma importância para o atendimento das necessidades de saúde do sistema público (epidemiologia). QUE a definição dessa identidade assistencial, na lógica da regionalização, decidida e aprovada na reunião da CIR – Comissão Intergestores Regional, afasta a concorrência entre os prestadores e permite os investimentos necessários para maior agregação de densidade tecnológica nos diferentes níveis de atenção. QUE o município de Congonhas deverá melhor articular-se com o Gestor SUS Conselheiro Lafaiete, visando a definição desses serviços, em face de seus prestadores, na lógica da Região de Saúde. QUE o hospital Bom Jesus deverá trabalhar sempre na perspectiva de uma gestão mais qualificada, de modo a fortalecer sua credibilidade regional, devendo se apresentar para o sistema, com resgate dos plantões médicos presenciais em cada uma das suas clínicas. QUE os custos desse investimento médico hospitalar, na atenção da média e alta complexidade, poderá ser repartido democraticamente, com participação tripartite (Ministério da Saúde, SES/MG e municípios adscritos). QUE o Gestor SUS Congonhas deverá ficar atento para eliminação da dupla porta nos serviços concorrentes de urgência e emergência, no âmbito ambulatorial, podendo, se for o caso, realizar um estudo situacional (viabilidade técnica e financeira) para os fins de fusão das duas portas, como práxis bem sucedida em outros municípios mineiros. QUE o Gestor SUS local possui o dever de iniciar a elaboração, com participação do Hospital Bom Jesus, dos protocolos operacionais (assistenciais) necessários, com definição de fluxos de atendimento (referência e contrarreferência), utilização do transporte sanitário, classificação de risco, etc. QUE em alguns municípios o Ministério Público interveio judicialmente, com requisição de bens e serviços, para afastamento dos atuais dirigentes de entidades filantrópicas (hospitais), devido ao estado de emergência e/ou calamidade pública, com ressonância direta para a assistência à saúde da população. QUE, em outros casos, o Ministério Público apoiou integralmente a intervenção administrativa, com

requisição de bens e serviços, mediante decreto municipal, levado a efeito pelo Prefeito Municipal, em face desses prestadores, com gestão comprometida, QUE o Hospital Bom Jesus, segundo CNES, possui 75 leitos, sendo 61 para o SUS. QUE o prestador Hospital Bom Jesus deverá garantir o acesso da população loco regional referenciada, nos exatos termos de sua contratualização SUS, haja vista o reflexo para o município de Conselheiro Lafaiete. **Em seguida, utilizou-se da palavra o Promotor de Justiça Vinicius Alcântara Galvão**, que ressaltou a presteza do CAOSAÚDE no atendimento de sua solicitação, de modo a viabilização dessa reunião de Mediação Sanitária, haja vista o fato de os profissionais de saúde do Hospital Bom Jesus encontrarem-se em greve. QUE essa situação de paralisação (greve) tem repercutido não somente nas ações e serviços de saúde local, como, também, em toda a microrregião de saúde. QUE o Ministério Público tem atuado com novo perfil resolutivo, de modo a evitar, sempre que possível, sua atuação demandista. QUE os principais problemas enfrentados na comarca são na área de patrimônio público, meio ambiente e saúde pública. QUE acredita na construção de uma solução mediada para os principais problemas coletivos de saúde. QUE considera o município de Congonhas diferenciado da maioria dos municípios mineiros em face de sua espetacular arrecadação tributária, daí sua preocupação para que esses recursos, na forma legal, possam reverter-se para a construção de políticas públicas. QUE o município, em face da atividade mineradora, tem arrecadado cerca de R\$ 300 milhões/ano. QUE o município deverá possuir capacidade de gestão suficiente para resolução dos principais problemas de saúde loco-regional. **Dada a palavra ao Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais, João Batista da Silva**, ressaltou, dentre outras, o interesse do Ministério da Saúde em apoiar eventos como esse da ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE esses problemas coletivos de saúde, na lógica da regionalização, de fato, precisam ser discutidos na perspectivas e desafios de sua melhor reorganização. QUE essas Regiões de Saúde, definidas pelo próprio Gestor SUS Estadual, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, devem ser resolutivas. QUE o COAP é uma realidade nacional, devendo também ocorrer em Minas

Gerais, daí a necessidade de que essa fragmentação possa ser melhor organizada. QUE tem conhecimento de alguns graves problemas coletivos de saúde do prestador Hospital Bom Jesus, inclusive, recentemente autuado pela Receita Federal, com possibilidades de multa de R\$ 10.000.000,00 pelas desconformidades tributárias/fiscais encontradas. QUE não é possível a ocorrência de conflitos de interesses. QUE os novos tempos exigem uma nova atuação de gestão hospitalar. QUE o prestador deverá lembrar-se que possui direitos e deveres para com o sistema público. QUE concorda com a fala do Coordenador do CAOSAÚDE no sentido de que o prestador deverá possuir plantões médicos presenciais, na forma da contratualização com o Ministério da Saúde e SES/MG. QUE, pela realidade na região metropolitana de Belo Horizonte, não é razoável o pagamento de cerca de R\$ 500,00 para cobertura de plantão médico por 12 horas, na urgência e emergência. QUE é preciso um alinhamento horizontal, definido por Região de Saúde, em face das especificidades loco-regionais, para cobertura financeira desses plantões médicos de urgência e emergência. QUE os profissionais médicos devem cumprir a regra do jogo. QUE não concorda com o discurso da falta de medicamentos, haja vista que os recursos financeiros para esse bloco de financiamento são suficientes. QUE a gestão deverá ser melhor otimizada quanto a essa rubrica. QUE a política pública da saúde e da educação, consideradas de relevância pública, tem todo um diferencial, devendo o administrador ficar alerta quanto a isso. QUE o Gestor SUS é o responsável pela administração desses recursos da saúde e não o Secretário Municipal da Fazenda. QUE a lei federal nº 8.080/90 considera o Secretário Municipal de Saúde o ordenador de despesa, com responsabilidade legal pelas ações e serviços públicos de saúde. QUE sugere uma melhor avaliação pela administração hospitalar, juntamente com o Gestor SUS Congonhas, quanto ao valor do plantão médico em ortopedia, urgência e emergência, não sendo razoável, pelo alinhamento horizontal da região metropolitana, a fixação de seu valor em, aproximadamente, R\$ 500,00. QUE não há atrativo para fixação da categoria, principalmente oriunda (viagens) de Belo Horizonte, para cobertura desses plantões. QUE, nos termos da lei federal nº 4.320, bem como da própria Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a figura da

subvenção exige pelo seu donatário contraprestação de serviços. **Dada a palavra para a Superintendente Regional de Saúde da Macro Centro Sul, Márcia Nakamura,** ressaltou a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do promotor de Justiça Gilmar de Assis (CAOSAÚDE). QUE, de fato, reconhece a existência de uma importante pauta de trabalho na Macro Centro Sul. QUE há muitos problemas coletivos de saúde que ainda precisam ser melhor resolvidos. QUE a SRS vem atuando, sem descanso, no propósito da melhor reorganização das ações e serviços de saúde a Macro Centro Sul. QUE é de fundamental importância a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nos seus diferentes pontos de atenção, bem como seu fortalecimento regional, na perspectiva da descentralização. QUE o prestador Hospital Bom Jesus recebe importantes recursos da SES/MG como, por exemplo, o PROHOSP desde o ano de 2005, visando o fortalecimento de sua estruturação para o SUS. QUE somente no ano de 2012 foi repassado para o prestador hospitalar, a título de PROHOSP, o aporte financeiro (global) de R\$ 2.118.927,39. QUE esse valor poderia, em face da resolução e Deliberação CIB-SUS-MG ter sido maior, desde que o prestador tivesse cumprindo as metas (físicas e qualitativas) pactuadas. QUE esse recurso financeiro foi utilizado para obras, material permanente e serviços assistenciais. QUE, também, o prestador Hospital Bom Jesus recebe, mensalmente, da SES/MG, o recurso de R\$ 100.000,00, originado da Rede Estadual SAMU. QUE, segundo indicadores, o prestador Hospital Bom Jesus corre sério risco de novas glosas, haja vista que não vem cumprindo a taxa de referência estipulada. QUE o prestador não tem garantido o acesso de sua utilização pelos usuários loco-regionais, conforme contratualização. QUE, a persistir essa deficiência administrativa, corre fundado risco de não mais ser contemplado com esses recursos financeiros, haja vista a nova reconfiguração do PROHOSP. QUE a Microrregião de Saúde Conselheiro Lafaiete/Congonhas precisa melhor se organizar, não sendo razoável que não tenha sequer a definição da referência na maternidade (obstetrícia), urgência e emergência. QUE há necessidade de que esses serviços possam ser melhor organizados, com suficiência (garantia) mínimo até a média complexidade. QUE reconhece a existência de falha no processo da

regulação por parte dos gestores municipais de toda a macrorregião, circunstância que enfraquece a estratégia do fortalecimento regional da saúde e a otimização da própria PPI assistencial, com definição dos fluxos pelas referências e contrarreferências. QUE, segundo levantamentos feitos, no período de 01/12/2012 a 31/03/2013, o Hospital Bom Jesus teria feito 164 encaminhamentos de demandas para outros hospitais. QUE foi realizada uma inspeção sanitária no prestador Hospital Bom Jesus, pendente de conclusão, haja vista o prazo de defesa administrativa, tendo sido verificado desconformidades, sendo a maioria delas (80%) relacionadas à estrutura física. **Dada a palavra para a Secretária Executiva do Consórcio da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul (CISRU), Ormesinda Maria Barbosa Salgado** ressaltou que o presidente do CISRU é o prefeito municipal de Congonhas. QUE na Macro Centro Sul foi criado esse consórcio específico para gerenciamento da Rede Estadual de Urgência e Emergência, com financiamento da SES/MG. QUE considera a insuficiência de leitos instalados, como retaguarda hospitalar, na urgência e emergência, um grande desafio a ser superado. QUE, de fato, há vazios assistenciais na Macro Centro Sul. QUE também a alta taxa de permanência nos leitos hospitalares contribuiu para a fragilização do sistema na urgência e emergência. QUE o Hospital Bom Jesus, nível III, possui baixa resolutividade operacional para o SUS. QUE referido prestador, não obstante os recursos financeiros aportados pelo Ministério da Saúde, SES/MG e município de Congonhas atua preponderantemente no nível da atenção da baixa complexidade, sequer resolutivo no nível da média complexidade. QUE considera esse prestador um ponto de atenção próximo ao de uma Sala de Estabilização. QUE esse prestador é fechado para o acesso qualitativo dos usuários loco-regional. QUE um dos maiores desafios dessa Microrregião de Saúde está na ortopedia regional, praticamente inexistente, apesar das importantes e não menos perigosa BR 040 (Belo Horizonte/Rio de Janeiro). QUE considera de suma importância que o prestador Hospital Bom Jesus possa buscar sua identidade na ortopedia regional, por deliberação da CIR, haja vista a insuficiência desse ponto de atenção em toda a Microrregião. QUE atualmente o Hospital Bom Jesus tem atuado adotado

como práxis a transferência de seus pacientes para outro ponto hospitalar, através do SUSFácil, dada sua pouca resolutividade para o sistema. QUE em toda a Microrregião Sanitária há apenas um tomógrafo para atendimentos das ações e serviços de saúde eletiva e de urgência e emergência, o que demonstra cabal fragmentação. QUE é importante que os serviços de apoio diagnósticos possam existir para o sistema em número adequado, referenciado, para esses atendimentos. QUE o SISRU vem atuando com muita energia para uma melhor atenção da urgência e emergência na Macro Centro Sul. QUE foram, recentemente, habilitados 54 novos leitos UTI para a Macro Centro Sul, haja vista a existência do ainda déficit desses leitos, em face dos parâmetros oficiais. QUE não considera razoável a decisão do Comitê Gestor da Rede Estadual de Urgência e Emergência no sentido de o valor da AIH, para as urgências e emergências, na Macro Centro Sul, ser de apenas R\$ 543,00, enquanto que esse valor foi definido para a Macro Jequitinhonha e, salvo engano, para a Macro Centro, no patamar de R\$ 800,00. QUE também concorda com a estratégia da intervenção judicial ou administrativa em face dos prestadores, filantrópicos, conveniados ao SUS, contudo com falhas comprometedoras na gestão hospitalar e recorrente negativa de acesso aos usuários loco-regionais. QUE essa Microrregião foi recentemente rebaixada do nível II para o nível III, devido a sua pouca eficiência e resolutividade nas ações e serviços de saúde, com comprometimento de outras micro ou mesmo o município de Barbacena, sede da Macro Centro Sul. QUE atualmente o Hospital Bom Jesus, segundo CNES, conta com 65 leitos SUS, portanto insuficientes em face da Portaria MS nº 1.101, de 2002. QUE seriam necessários a existência de no mínimo 144 leitos, ou seja, de 7 a 9% da atual população de 48.066 habitantes. QUE somente a Clínica Médica do Hospital Bom Jesus tem seguido o TMP – tempo médio de permanência estipulado pela referida Portaria. QUE considera muito insuficiente a quantidade de leitos UTI em toda a Macro Centro Sul. QUE a microrregião de Congonhas/Conselheiro Lafaiete conta apenas um equipamento de tomografia. QUE considera que atualmente o prestador Hospital Bom Jesus não tem cumprido sua vocação contratada de atendimentos da média complexidade. QUE sua atuação tem sido mesmo no

atendimento da baixa complexidade. QUE o Hospital Bom Jesus tem negado reiteradamente acesso de pacientes, nas situações reguladas de urgência e emergência estadual. QUE na maioria das vezes sua atuação tem sido de similar sala de estabilização para posterior encaminhamento dos pacientes para outros prestadores, dentro ou fora, da região. QUE o atendimento na ortopedia consiste em uma das principais falhas de organização da microrregião. QUE seria absolutamente necessário que o Hospital Bom Jesus pudesse melhor se apresentar para a rede na ortopedia/traumatologia. QUE a Macro Centro Sul conta com apenas 54 leitos UTI, portanto, insuficientes para o parâmetro da Portaria MS nº 1.101, de 2002. QUE é preciso discutir com o Comitê Gestor da Urgência e Emergência Estadual os atuais critérios de pagamento (valores) das AIH's e leitos especializados, na urgência e emergência, da Macro Centro Sul com relação aos valores pagos para a Macro Centro e Macro Jequitinhonha. **Dada a palavra para o representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Márcio Alves R. de Melo** destacou a preocupação do CRMMG em face da fragmentação dos serviços de saúde, os valores da tabela nacional de procedimentos SUS, sobretudo para as ações da média complexidade. QUE é profissional médico ortopedista, com atendimento em Congonhas há mais de 15 anos. QUE já cogita da possibilidade de não mais atuar no município, devido ao grande risco nas viagens de Belo Horizonte a Congonhas, através da perigosa BR 040, com valores pagos pelo plantão presencial irrisórios. QUE o valor pago pelo prestador Hospital Bom Jesus, para o plantão médico em ortopedia, já incluído o seu reajuste, está em R\$ 512,00 por 12 horas. QUE esse valor não é atrativo para os profissionais médicos de Belo Horizonte ou região. QUE o Hospital Bom Jesus deveria contar com no mínimo dois profissionais médicos ortopedistas para os plantões presenciais, haja vista o atendimento ambulatorial e os procedimentos cirúrgicos. QUE também atua como médico plantonista no município de Conselheiro Lafaiete. QUE, no seu modesto entender, a ação judicial movida pelo Ministério Público, com atribuições na Defesa da Saúde, da comarca de Conselheiro Lafaiete em face dos 04 (quatro) prestadores locais, tendo como objeto a definição da vocação de cada um deles, bem como o estabelecimento dos plantões presenciais, na

prática, tem sido inviabilizada seu cumprimento, haja vista que não garantiu os recursos financeiros para sua execução. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Congonhas, Rafael Geraldo Cordeiro** destacou, também, a importância da mediação sanitária sob a coordenação do Ministério Público. Justificou a ausência do prefeito municipal no evento, em razão de outros compromissos. Ressaltou que o prefeito municipal é o atual presidente do Consórcio Público da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul. QUE a atual administração municipal elegeu como uma de suas prioridades de campanha uma melhor saúde pública para a população, mais organizada e com garantia de acesso. QUE tem como uma de suas preocupações o resgate de uma microrregião forte, com participação direta, nesse processo, do município de Congonhas. QUE tem sido cobrado pelos demais gestores, dos diferentes municípios referenciados para Congonhas, um melhor resultado operacional, com garantia de acesso da população. QUE também concorda que o atual prestador (hospital) é de suma importância para o município de Congonhas, devendo, em face de sua gestão privada, melhor se organizar e qualificar-se. QUE esse prestador deverá cumprir com seus deveres pactuados. QUE considera importante que na próxima reunião da CIR esse tema, versando sobre a referência na traumatologia, possa ser discutido com todos os municípios da microrregião. QUE o município de Congonhas se interessa em habilitar-se na referência em traumatologia na microrregião, haja vista o desenho atual da Rede Estadual de Urgência e Emergência e de sua proximidade com a BR 040. QUE a ausência de protocolos operacionais assistenciais entre a SMS e o prestador local tem dificultado uma melhor relação entre eles, o que, doravante, deverá ser corrigido. QUE atualmente o município conta com uma Policlínica (pública), com vocação para os atendimentos de urgência e emergência, nível ambulatorial. QUE basicamente os atendimentos realizados nessa unidade de saúde municipal referem-se à clínica médica. QUE, não obstante possuir esse serviço ambulatorial de urgência e emergência, o município contribui com o pronto socorro do Hospital Bom Jesus, no valor MENSAL de R\$ 198.000,00. QUE a pretensão do prefeito municipal é o da inauguração de uma UPA, porte II, no mês de outubro do

corrente ano. QUE essa UPA será regional, inserida na lógica da Rede Estadual de Urgência e Emergência, devendo, portanto, ser financiada não apenas pelo município de Congonhas, mas também pelo Ministério da Saúde, SES/MG e demais municípios adscritos. QUE é preciso uma melhor qualidade (resolutividade) do prestador Hospital Bom Jesus no tocante aos serviços de suas 06 (seis) clínicas. QUE o município quer e precisa resgatar o controle da regulação assistencial em face das ações e serviços de saúde prestados pelo Hospital Bom Jesus. QUE o prestador Hospital Bom Jesus, embora esteja realizando serviços de saúde na área da ortopedia, não possui atualização desse serviço no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. QUE o município também participa com recursos financeiros para os serviços médico do Hospital Bom Jesus, em forma de subvenção, autorizada por lei municipal, no valor de R\$ 300.000,00 anualmente. QUE o município apresentou proposta para o Hospital Bom Jesus no sentido de aumentar o valor anual da subvenção de R\$ 300.000,00 para R\$ 500.000,00, devendo esse acréscimo incidir em auxílio alimentação, no valor mensal de R\$ 100,00, para cada um dos 168 funcionários. QUE além desses recursos financeiros repassados para o Hospital Bom Jesus, o município também cobre o custeio dos exames e apoio diagnóstico do prestador. **Dada a palavra para o prestador Hospital Bom Jesus, bem como para a presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas, em conjunto,** ressaltaram a ação de Mediação Sanitária sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE o motivo da paralisação (greve) dos profissionais de saúde foi pela defasagem salarial. QUE o prestador conseguiu, rapidamente, no Tribunal Regional do Trabalho, decisão liminar que determinou a prestação de 80% de todos os serviços de saúde pelos profissionais em greve, haja vista a relevância pública dos serviços de saúde e a possibilidade de sua desassistência. QUE o custo mensal do prestador Hospital Bom Jesus, para garantia das 06 (seis) clínicas, na sua forma presencial, nos atendimentos de urgência e emergência, no nível ambulatorial, é de R\$ 490.000,00. QUE o município contribui com R\$ 198.000,00 mensalmente e a Rede Estadual de Urgência e Emergência (SAMU) com outros R\$ 100.000,00, restando, portanto, uma diferença (déficit), mensalmente, de R\$ 140.000,00. QUE sua

receita (outras) com plano de saúde para atendimento dos segurados, nas mesmas condições, gira em torno de R\$ 37.000,00. QUE o Hospital Bom Jesus apresentou para a Secretaria Municipal de Saúde de Congonhas planilha de seus custos financeiros para manutenção dos serviços do pronto socorro hospitalar, na proposta de retaguarda das urgências e emergências, ambulatorial. QUE o prestador possui, junto ao Ministério da Saúde, um projeto de criação de 10 (dez) leitos UTI adulto, inclusive com ciência e aprovação do CISU – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul. QUE esse projeto físico, detalhado, também é de conhecimento do GEICON Estadual. QUE considera vital a rediscussão da proposta de equilíbrio econômico e sustentabilidade nas relações jurídicas entre o prestador e os entes governamentais. QUE considera importante e relevante essa reaproximação do Gestor SUS de Congonhas, inclusive, para essa nova discussão entre cumprimento de metas (quantidade/qualidade) dos serviços e equilíbrio econômico da relação contratada. QUE é de R\$ 8.000.000,00 o valor da autuação, passível de recurso administrativo, pela Receita Federal ao Hospital Bom Jesus. QUE não há dúvidas de que o prestador corre fundado risco na perda de sua filantropia. QUE é importante ressaltar a contribuição da precariedade dos serviços de contabilidade e administração do prestador quando dos últimos anos. QUE a atual administração hospitalar bateu recorde ao conseguir organizar sua contabilidade, na forma legal, em apenas 06 (seis) meses, retratando os últimos 05 (cinco) anos. QUE o prestador aumentou o valor da cobertura do plantão médico presencial, por 12 horas, passando de R\$ 396,00 para R\$ 549,00. QUE possui interesse em tornar-se referência microrregional na traumatologia, média complexidade, desde que os custos possam ser melhor discutidos com todos os entes. QUE atualmente recebe pacientes originados até mesmo do município de Barbacena, para atendimentos de urgência e emergência na ortopedia. QUE não há empecilho para que o prestador possa providenciar alteração de seus estatutos sociais, na forma da legislação civil, conforme reiterado, nessa reunião, pelo presidente da Câmara Municipal de Vereadores Adivar Geraldo Barbosa. QUE atualmente o prestador realiza uma auditoria (privada), de natureza contábil, para

apresentação de seus resultados, com transparência, inclusive, para a Câmara Municipal de Vereadores. QUE o Hospital Bom Jesus tem sido glosado em seus recursos financeiros, a título de PROHOSP, originados pela SES/MG, haja vista a produção parcial de seus serviços na forma contratada. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** O município de Congonhas, através da Secretaria Municipal de Saúde e a administração do Hospital Bom Jesus, deverão, no prazo de até 90 (noventa) dias, a contar do recebimento desta ata, providenciar revisão do atual contrato de prestação de serviços, de molde a qualificar o acesso dos usuários loco regionais a cada uma das 06 (seis) clínicas, com observância do equilíbrio econômico financeiro das relações jurídicas. Nesse sentido, o Plano Operativo deverá dispor, dentre outros, sobre metas físicas e qualitativas, taxa de cobertura hospitalar, glosas, prestação de contas. Cópia desse aditivo, bem como do plano operativo, deverá ser repassada para o Ministério Público da comarca de Congonhas e para a Federassantas. **2)** O município de Congonhas, com apoio da Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro Sul e da Secretaria Executiva do Consorcio Público da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul, deverá discutir na próxima reunião da CIR a estratégia da ortopedia/traumatologia microrregional, com apresentação de projeto do prestador Hospital Bom Jesus, com aprovação de seu corpo clínico, para ser o executor dessa demanda microrregional. **3)** O Hospital Bom Jesus deverá providenciar atualização, na forma da legislação civil, no prazo de até 30 (trinta) dias, de seus estatutos sociais, com reflexos para seu regimento interno, devendo, de tudo, dar ciência, dentre outros, para a Câmara Municipal de Vereadores. **4)** O Hospital Bom Jesus deverá providenciar imediatamente a atualização de seus dados operacionais junto ao CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, inclusive, quanto aos serviços de ortopedia/traumatologia. **5)** O Gestor SUS de Congonhas e o Hospital Bom Jesus deverão providenciar, em conjunto, a elaboração de Protocolos Operacionais Assistenciais, com definição de acesso de usuários, referência, contrarreferência, transporte sanitário, pagamento de exames e procedimentos de apoio diagnóstico, etc. **6)** O município deverá avaliar a

planilha dos custos operacionais, já encaminhada pelo Hospital Bom Jesus, versando sobre o plantão médico presencial das 06 (seis) clínicas: anestesia, médica, obstétrica, cirurgia geral, pediatria e ortopedia, ressalvando que, na lógica da reorganização regional das ações e serviços de saúde, poderá haver aportes financeiros pela participação dos demais municípios adscritos. 7) O Hospital Bom Jesus deverá dar ciência dos resultados da auditoria contábil, de natureza privada, em face dos seus serviços, assim que finalizada, dentre outros, para a Câmara Municipal de Vereadores. 8) Tendo em vista a necessidade de (re)organização das ações e serviços de saúde no município de Congonhas, de modo a buscar seu fortalecimento regional, com garantia de acesso às ações e serviços de saúde, especialmente no tocante ao seu prestador (Hospital Bom Jesus), com suficiência, no mínimo, na atenção da média complexidade, na forma do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, fica instituída, conforme deliberação em reunião, sob a forma compartilhada, solidária e democrática a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária integrada pelos seguintes órgãos: Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro Sul, Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Congonhas, Secretário Municipal de Saúde de Congonhas, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Congonhas, Delegado Regional do CRMMG, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Administração do Hospital Bom Jesus, COSEMS Regional, Consórcio Público da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul e Diretor Clínico do Hospital Bom Jesus. 9) Essa Comissão de Trabalho, sem prejuízo de outras atribuições, acompanhará a realização da planilha de custos operacionais dos serviços de plantões médicos presenciais das 06 (seis) clínicas do Hospital Bom Jesus; da revisão do contrato municipal (prestação de serviços pronto socorro hospitalar e das verbas de subvenção municipal); dos protocolos operacionais assistenciais que otimizam a produção dos serviços, ambulatorial e hospitalar; da proposta de habilitação do município de Congonhas/Hospital Bom Jesus, na reunião da CIR, como referência para os serviços, média complexidade, da ortopedia/traumatologia microrregional. 10) O CAOSAÚDE será responsável pela remessa de modelo de Convênio de Cooperação Técnica entre Entes Públicos, na forma da Lei

Complementar nº 141, de janeiro de 2012, para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para, se for o caso, subsidiar eventual fortalecimento das portas assistenciais do prestador Hospital Bom Jesus, na lógica da participação solidária dos municípios adscritos. **EM CONTINUIDADE, ÀS 13h30, HOUE A 2ª PARTE da XXXIV Reunião de Mediação Sanitária, com enfoque microrregional, na sala de reuniões da Basílica da Romaria, com endereço na Alameda dos Palmeiras, s/nº, Congonhas.** Participaram da reunião um total de 35 (trinta e cinco) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Kátia R. Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Dickson Carvalher, Administrador do Hospital Bom Jesus; Aniellen Vieira Santos, da Superintendência de Saúde de Barbacena; Laura Vargas de Oliveira Araújo, setor de epidemiologia da Superintendência de Saúde de Barbacena; Maria Elizabete P. Nogueira, Coordenadora da Vigilância Sanitária; Ângela Maria Goulart Baptista, Núcleo de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Barbacena; Ângelo Roncalli F. Oliveira, Núcleo de Assistência Farmacêutica da Superintendência de Saúde de Barbacena; Francisco Rodrigues Pereira, Provedor do Hospital Queluz; Terezinha Maria de Resende Melo, Administradora do Hospital Queluz; Nely Terezinha M. Matos, tesoureira do Hospital São Camilo; Filomena Maria A. F. Cardoso, Presidente do Hospital São Camilo; Lucieni Guimarães Dias, Secretária Municipal de Saúde do Município de Cipotânea; Denilson H. Cunha, Secretário Municipal de Saúde do Município de Capela Nova; Mirian de Fátima Araújo, Secretária Municipal de Saúde do Município de Carandaí; Marcilene Dornelis de Araújo, Secretária Municipal de Saúde do Município de Senhora dos Remédios; Kátia Regina Milagres, Secretária Municipal de Saúde do Município de Queluzito; Anacleto Cezário da Silva, Secretário Municipal de Saúde de Desterro de Melo; Vinícius de Paula Gonzaga, Secretário Municipal de Saúde do Município de Jeceaba; Daniel José da Silva, Secretário Municipal de Saúde do Município de Antônio Carlos; Márcio

Silva, Superintendência Regional de Saúde de Barbacena; Maria alessandra da Costa, Secretária Municipal de Saúde de Casa Grande; Renata Adriane Rodrigues, Secretária Adjunta da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ouro Branco; Aparecida Rosa da Silva, Secretária Municipal de Saúde do Município de Catas Altas da Noruega; Rosiany Araújo de Paula, Secretária Municipal de Saúde do Município de Alfredo Vasconcelos; Maria das Graças Miranda Magalhães, Secretária Municipal de Saúde do Município de Senhora de Oliveira; Vera Lúcia Serafim Aleixo, Secretária Municipal de Saúde do Município de Lamim; José Rodrigues dos Santos, Secretário Municipal de Saúde do Município de São Brás do Suaçuí; Fernanda Gonçalves Oliveira, Secretária Municipal de Saúde do Município de Rio Espera; Henrique Andrade do Carmo, Administrador do Hospital Bom Jesus do Município de Congonhas; Cristiane Inês de Carvalho, Presidente do Cosems Regional; Rafael Geraldo Cordeiro, Secretário Municipal de Saúde de Congonhas/MG; Márcia Aparecida Ferreira Nakamura, Superintendente Regional de Saúde de Barbacena/MG e Wagner Costa Coelho, Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE** que agradeceu as presenças dos secretários municipais de saúde, prestadores, administradores, conselheiros e, em especial, ao COSEMS Regional, na pessoa de Cristiane Inês de Carvalho, da Superintendente Regional de Saúde da Macro Centro Sul, Márcia Aparecida Ferreira Nakamura, do Secretário Municipal de Saúde de Congonhas Rafael Geraldo Cordeiro e do Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete, Wagner Costa Coelho. Esclareceu os objetivos da ação institucional da Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do CAOSAÚDE. Justificou a ausência do Promotor de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Congonhas Vinícius Alcântara Galvão. Esclareceu que essa seria uma excelente oportunidade para que os problemas coletivos de saúde, na lógica do fortalecimento regional, sobretudo da microrregional Congonhas/Conselheiro Lafaiete, pudessem ser discutidos, de forma democrática e na perspectiva de sua melhor reorganização. **EM seguida usou da palavra a presidente do COSEMS**

Regional Cristiane Inês de Carvalho que esclareceu o papel do COSEMS Regional nessa região, na perspectiva do enfrentamento dos diversos problemas coletivos de saúde, fragmentação e deficiências do sistema. QUE esses problemas começaram a ser demonstrados quando do início da construção da Rede Urgência e Emergência ainda no ano de 2008. QUE não foi possível o avanço na celebração do COAP em Minas Gerais, haja vista que o processo eleitoral municipal, outubro de 2012, foi fator ponderado para que essa estratégia não ocorresse. QUE também concorda que o COAP não seja a mera consolidação da PPI Assistencial. QUE há previsão do início da celebração do COAP em Minas Gerais para o ano de 2013. QUE para isso foi preciso (em construção) a realização de adequado diagnóstico e mapa da saúde em Minas Gerais, com reflexos para os planos regionais de saúde. QUE pode citar como um dos exemplos dessa fragmentação o fato de que o município de Divinópolis tem recebido demandas (procedimentos), média complexidade, originados da região. QUE também concorda que os municípios, sobretudo aqueles pólos de micro ou macrorregião de saúde, possam ter governança do teto MAC, ou seja, antiga Gestão Plena do Sistema Municipal. QUE é preciso redesenhar a rede microrregional, alcançando inclusive a atenção psicossocial (saúde mental). QUE a discussão dos problemas coletivos de saúde é necessária, de modo que os diversos atores/gestores possam encontrar mecanismos para sua superação. QUE considera que essa região possui escassez de investimentos públicos na área da saúde. QUE um dos principais problemas está na insuficiência, em face dos parâmetros oficiais, dos leitos de UTI. QUE não obstante a implantação da Rede Estadual de Urgência e Emergência há evidente desarticulação de prestadores e gestores. QUE os recursos, de natureza federal, são insuficientes para a cobertura adequada dos serviços de saúde. QUE as cirurgias eletivas, em face da demora no seu atendimento, têm se tornado de urgência, haja vista sua evolução clínica. QUE considera importante a atuação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária instituída quando da reunião em Barbacena, para os fins de levantamento e diagnóstico situacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para os prestadores (hospitais). QUE há estudos dentro da SES/MG, em discussão

com o COSEMS/MG, no sentido de se avançar no processo de monitoramento da prestação dos serviços de saúde que, no caso, poderia ser executado por equipe de profissionais independentes, admitidos por contratação, na forma da legislação. QUE reconhece que a rede da urgência e emergência da Macro Centro Sul foi implantada com insuficiência de retaguarda de serviços médico hospitalar. QUE o próprio Secretário Estadual de Saúde tem acompanhado a situação de saúde da Macro Centro Sul, no propósito de sua melhor organização e financiamento. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete, Wagner Costa Coelho,** ressaltou que essa aproximação institucional do Ministério Público, no propósito resolutivo das ações e serviços de saúde, é muito importante. QUE possui experiência na gestão SUS de Belo Horizonte e, em face disso, reconhece a importância da parceria entre os diversos atores, jurídicos ou não, com atuação na política pública da saúde. QUE é preciso buscar a valorização do trabalho em equipe, conhecer a saúde pela prática, mediante visitas in loco, tal qual vem fazendo junto a cada um dos seus prestadores (hospitais). QUE é preciso sair da rotina. QUE nessas suas visitas, ainda não relatadas (diagnóstico), verificou existência de ociosidade de leitos contratados. QUE sua pretensão é de se chegar ao mais completo diagnóstico para crescimento dos prestadores, com definição de vocação de cada um deles. QUE acredita na elaboração (revisão) de um boa contratualização com cada um de seus prestadores. QUE esse trabalho já está mais avançado em face do Hospital São Camilo. QUE a mediação é uma das formas de se buscar, inclusive, maior aporte de recursos financeiros para a saúde no municipal, com reflexos diretamente para a contratualização. QUE também reconhece a importância da participação privada das empresas, instaladas em toda a região, em especial de natureza mineraria, no fortalecimento das ações e serviços de saúde. QUE um dos graves problemas coletivos da Microrregião está na oftalmologia que, no caso, precisa ser urgentemente discutida e resolvida coletivamente. QUE abona a tese apresentada pelo CAOSAÚDE de que na lógica do fortalecimento regional das ações e serviços de saúde, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as portas referência precisam ser fortalecidas, ainda que,

também, com recursos dos municípios adscritos. QUE o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, construído pelo Estado de Minas Gerais, irá garantir, no mínimo, 150 novos leitos, de modo a alcançar os parâmetros da Portaria MS nº 1.101, de 2002. QUE os prestadores (hospitais) de Conselheiro Lafaiete e Congonhas não precisam temer a presença do Hospital Regional Estadual, haja vista que esse apenas irá agregar novos serviços inexistentes, com cobertura dos vazios assistenciais. QUE há espaços para cada um desses prestadores (hospitais) dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS). QUE é preciso discutir para os fins de melhor resolução sanitária a questão da pediatria de Conselheiro Lafaiete, com reflexos para os demais municípios da região. QUE atualmente a Macro Centro Sul é pouco resolutiva nos serviços da média (parte deles) e alta complexidade, daí que, no seu entender, referido Hospital Regional deverá agregar esses serviços. QUE as questões políticas outrora existentes entre os municípios de Congonhas e Conselheiro Lafaiete precisam ser superadas, ambos são parceiros e importantes municípios pólos sanitários. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Congonhas, Rafael Geraldo Cordeiro** ressaltou, com endosso, as palavras de cada um dos representantes da mesa, em especial, o fato de que o município de Congonhas e Conselheiro Lafaiete vivem novos tempos, com maior aproximação solidária. QUE tem certeza de que ambos gestores participarão, de forma democrática, de todas essas discussões, com definição de papéis e responsabilidades sanitárias em face dos demais municípios adscritos. QUE considera importante, tal qual deliberado hoje, pela manhã, com relação ao município de Congonhas, que também na microrregião possa ser feita amplo diagnóstico que visa a definição da vocação de cada um dos prestadores (hospitais) nessa agenda positiva. QUE considera importantíssima a designação de uma nova reunião, com participação de todos os representantes gestores da Microrregião, para discussão do papel do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, haja vista seu reflexo na reorganização regional da saúde. **Dada a palavra para o administrador Hospital Queluz, Francisco Rodrigues Pereira** enfatizou que as questões políticas entre Conselheiro Lafaiete e Congonhas, das gestões passadas, sempre foram empecilhos para uma melhor reorganização dos serviços

regionais de saúde QUE reconhece o esforço de ambos secretários municipais (Congonhas e Conselheiro Lafaiete) no sentido de avançar democraticamente nessas discussões coletivas de saúde. QUE o Hospital Queluz sempre esteve com suas portas abertas para atendimento dos usuários de Congonhas. QUE, não obstante reconhecer o dever das empresas privadas instaladas nos municípios no fortalecimento das ações e serviços de saúde, sobretudo pelos impactos por elas causados com o aumento da população, desenvolveu campanha nesse sentido, contudo, não lograram êxitos junto àquele setor. QUE reconhece que, de modo geral, as gestões hospitalares não possuem força em face dos profissionais médicos de saúde. QUE os custos financeiros apresentados pela unidade, dentre outras, demonstram que os financiamentos SUS estão longe da realidade assistencial. QUE está otimista com a nova gestão SUS Conselheiro Lafaiete.

Dada a palavra para o administrador Hospital Bom Jesus de Congonhas, Henrique Andrade do Carmo lembrou aos presentes a existência de um bom diagnóstico microrregional, anteriormente feito, que retrata a rede assistencial, com definição do papel de cada um dos prestadores (hospital), contudo, não houve financiamento para cobertura desses serviços. QUE considera importante o conhecimento desse diagnóstico pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **EM resumo foram esses os pontos discutidos. Em seguida, foram aprovados os seguintes pontos:** 1) O CAOSAÚDE providenciará nova reunião de Mediação Sanitária, no município de Conselheiro Lafaiete, para o dia 16 de maio do corrente, para discussão, em dois eixos, dos seguintes problemas coletivos de saúde: **parte da manhã**, discussão sobre os principais problemas coletivos de saúde no município de Conselheiro Lafaiete. Taxa de cobertura, identidade sanitária, cumprimento de metas, plantões presenciais e equilíbrio econômico financeiro dos contratos e adesão ao Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências pelos prestadores (hospitais) de Conselheiro Lafaiete. Discussão sobre processo e suas etapas quanto ao Hospital Regional em Conselheiro Lafaiete e, **parte da tarde**, discussão sobre os principais problemas coletivos de saúde em face da Microrregião Sanitária de Conselheiro Lafaiete/Congonhas. Desdobramentos dos debates da XXXIV Reunião de Mediação Sanitária.

Ortopedia Regional. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Equipamentos de saúde (tomógrafo). Referência obstétrica regional das urgências e emergências. Fortalecimento, inclusive financeiro, das portas dos prestadores referência regional, devendo providenciar sua programação e convite para cada um dos Promotores de Justiça com atribuições na Defesa da Saúde; Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde; COSEMS Regional; Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro; Consórcio Público da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul; prestadores; CRMG; Federassantas; Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG; Conselho Municipal de Saúde; DENAUS; dentre outros. 2) Deverá ser convidado para essa reunião o Secretário Municipal de Saúde de Barbacena, haja vista a necessidade de continuidade dos trabalhos da Comissão de Mediação Sanitária, sob coordenação do Gestor SUS Barbacena, SRS Barbacena e COSEMS Regional, conforme deliberação na XXXIV reunião de Mediação Sanitária, realizada no dia 24/04/2013. Nada mais havendo, deu-se por encerrado os trabalhos, com lavratura de ata assinada por todos.

1ª PARTE – MANHÃ

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i>	VINÍCIUS ALCÂNTARA GALVÃO <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> <i>Congonhas/MG</i>
JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe SEAUD/MG/DENASUS</i>	KÁTIA R. OLIVEIRA ROCHA <i>Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos</i> <i>da Federassantas/MG</i>
DICKSON CARVALHER <i>Administrador do Hospital Bom Jesus</i>	ORMESINDA MARIA BARBOSA SALGADO <i>Secretária Executiva</i> <i>CISRU CentroSul</i>
RAFAEL GERALDO CORDEIRO <i>Secretário de Saúde de Congonhas/MG</i>	MÁRCIO ALVES R. DE MELO <i>Representante</i> <i>do Conselho Regional de Medicina – CRMMG</i>
MÁRCIA APARECIDA FERREIRA	

NAKAMURA <i>Superintendente Regional de Saúde de Barbacena/MG</i>	
---	--

2ª PARTE – TARDE

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG Coordenador do CAO-SAÚDE</i>	JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe SEAUD/MG/DENASUS</i>
17. KÁTIA R. OLIVEIRA ROCHA <i>Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG</i>	MÁRCIA APARECIDA FERREIRA NAKAMURA <i>Superintendente Regional de Saúde de Barbacena/MG</i>
FRANCISCO RODRIGUES PEREIRA <i>Provedor do Hospital Queluz</i>	HENRIQUE ANDRADE DO CARMO <i>Administrador do Hospital Bom Jesus</i>
CRISTIANE INÊS DE CARVALHO <i>Presidente do Cosems Regional</i>	RAFAEL GERALDO CORDEIRO <i>Secretário Municipal de Saúde de Congonhas/MG</i>
WAGNER COSTA COELHO <i>Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete/MG</i>	



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania

Município de Santa Luzia/MG

Aos vinte e nove dias do mês de abril do ano de dois mil e treze, às 14 horas, na sala de reuniões da Escola Nacional de Mediação (ENAM), da Procuradoria Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, com endereço na Rua Dias Adorno, nº 367, pilotis, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte, realizou-se a XXXV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão da grave situação vivenciada pelo prestador Hospital São João de Deus, com fortes tensões entre os atores, com abalo nas relações jurídicas, inclusive com reflexos concretos na judicialização. A recente decisão de suspensão de importantes recursos financeiros para o custeio das portas de urgência e emergência, pelo Comitê Gestor Estadual da Urgência e Emergência, com anuência do Ministério da Saúde, sem a formalização, em tese, do contraditório, contribuiu para o acirramento das relações e a própria inviabilidade (sustentabilidade) financeira da unidade de saúde, com possibilidades de seu fechamento na próxima semana, não obstante sua referência regional no cenário da região metropolitana (Macro Centro). Participaram da reunião um total de 13 (treze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; João Batista da Silva, Auditor Chefe

do Departamento Nacional de Auditoria em Minas Gerais; Kátia Rejane Barbosa, Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia; Marcides de Faria Moraes, Superintendente de Regulação da SRS Macro Centro; Paulo de Tarso Auais, presidente do Consórcio Intermunicipal Aliança da Saúde da Macro Centro; Daiane M. S. Souza, Procuradora Geral do município de Santa Luzia; Kátia Regina de Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Leonardo Justino Martins, Federassantas/MG; Flávia Eugênia de Souza, Diretora Administrativa do Hospital São João de Deus; Márcia Marques Guimarães, Diretora Técnica do Hospital São João de Deus; Pedro Martins Damiano, presidente da Câmara Municipal de Santa Luzia; Alexandre Augusto Carvalho Gonzaga, Procurador da Câmara Municipal de Santa Luzia e Márcia Almeida, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia. *Ausente justificadamente o presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG Tadahiro Tsubouchi e a Promotora de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Santa Luzia, Danielle Naconeski.* **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis**, Coordenador do CAOSAÚDE que agradeceu a presença de todos, bem como explanou sobre os objetivos da ação de Mediação Sanitária. Fixou objetivamente os principais pontos controvertidos, com reflexos diretamente para a adequada assistência médico-hospitalar para os usuários, a partir de 04 (quatro) importantes marcos: *a) a deliberação do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Macro Centro, tomada em reunião do dia 23/04/2013, no sentido da suspensão dos repasses da Rede de Urgência e Emergência, retroativo a setembro de 2012, ao prestador Hospital São João de Deus, em face do não cumprimento de metas estabelecidas. E, ainda, a determinação de que esses recursos financeiros que se encontram depositados no Fundo Municipal de Saúde, desde setembro de 2012, não deverão ser repassados ao prestador, uma vez que deverão ser devolvidos para o Fundo Nacional de Saúde. b) a decisão liminar nos autos de processo nº 0245.12.025485-0 (ação ordinária de obrigação de fazer c/c cobrança), da comarca de Santa Luzia, tendo como partes (autor) o Hospital São João de Deus e (réu) o município de Santa Luzia, consistente em sequestro de recursos financeiros do Município de Santa Luzia na importância total discriminada às fls. 315, de R\$ 3.855.908,20 (três milhões, oitocentos cinquenta e cinco mil, noventa e oito reais e vinte centavos); o depósito do montante bloqueado em conta judicial especialmente aberta, até que seja realizada perícia e posterior decisão deste Juízo; apresentação pelo autor dos cálculos necessários à execução da multa arbitrada. c) a decisão da unidade de saúde em suspender suas atividades, inclusive, dos serviços de urgência e emergência, encaminhados pelo SUSFACIL, a partir da próxima semana, em face de seu desequilíbrio econômico-*

financeiro pelo não recebimento dos repasses financeiros contratualizados e decorrentes de sua produção assistencial. d) o não cumprimento, pelos diversos atores, das deliberações coletivas da XVI Reunião de Mediação Sanitária, ocorrida no dia 25/09/2012, no município de Santa Luzia. QUE é importante registrar que as relações jurídicas, anteriormente celebradas com o município, devem ser honradas, uma vez que não se deve confundir responsabilidades de município com de prefeitura municipal, razão pela qual os “ônus e bônus” submetem-se ao princípio da continuidade. QUE entende como absolutamente democrática a criação dessa Comissão de Avaliação, sobretudo porque decidida coletivamente, inclusive, com aquiescência do Gestor SUS municipal, embora considere que boa parte desses graves problemas (pendentes) já poderiam ter sido resolvidos ainda no final de 2012, conforme deliberações da XVI Reunião de Mediação Sanitária. QUE considera que houve avanços em relação à parte dos principais problemas coletivos de saúde no ano passado, conforme levantados na Ata da XVI Reunião de Mediação Sanitária, em data de 25 de setembro de 2012. QUE na época a reunião contou com a presença de 19 pessoas, ocasião em que foram deliberadas 10 (dez) importantes ações estratégicas, conforme páginas 06-08 daquela referida ata de reunião. QUE infelizmente apenas parte desses pontos foram executados pelos diversos atores. QUE, dentre eles, o item 08 deliberou a obrigação de o Município e o Hospital São João de Deus elaborar instrumento contratual, com detalhamento dos serviços contratados, transparência, visibilidade, metas quantificadas, monitoramento, fiscalização, etc, de forma a encampar em um só instrumento (contrato) o atual convênio, com vencimento em outubro de 2012, tendo como objeto a expansão de leitos na clínica médica para garantia da internação dos usuários referenciados pelos dois Prontos Atendimentos; bem como o referente à contratualização dos serviços, média complexidade, para atendimento dos usuários da microrregião sanitária (PPI). QUE naquela reunião foi instituído Grupo de Trabalho (GT), integrado, dentre outros, pelo presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Centro, Dr. Paulo de Tarso Auais, para que providenciasse, no prazo de sete dias, estudos/diagnóstico/planilha que qualificasse o processo decisório da implementação ou não daquelas duas UPAS, com detalhamento das vantagens e desvantagens, contemplando-se as variadas situações (ensaios) na reestruturação da urgência e emergência, haja vista o impacto financeiro do custeio dessas unidades, a dispersão dos finitos recursos financeiros, a dupla porta e o fato de o Pronto Socorro do referido hospital não possuir portas abertas para os usuários do SUS. QUE o CAOSAÚDE, bem como a Promotoria de Justiça da comarca de Santa

Luzia não tiveram notícias do cumprimento dessa importante meta pelo GT. QUE desde aquela época já havia retenção de recursos financeiros pelo município de Santa Luzia, originados de sua responsabilidade (incentivo municipal), SES/MG (Rede Estadual da Urgência e Emergência) e Ministério da Saúde (Portaria MS nº 2.395, de 2011), não obstante a produção do prestador Hospital São João de Deus, razão pela qual foi formalmente advertido de sua responsabilização e da possibilidade da judicialização, com bloqueio de recursos municipais de seu FPM – Fundo de Participação de Municípios. QUE por ocasião desse diagnóstico situacional, que será levado a efeito pela Comissão de Avaliação, todas as deficiências, fragmentação, dificuldades, etc. deverão ser identificadas, de modo que as eventuais decisões técnicas possam ser tomadas no propósito da correção dos problemas e não do seu retrocesso. **Em seguida, foi dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia, Kátia Rejane Barbosa** que esclareceu ser o município de Santa Luzia gerenciador dos recursos do Teto MAC, portanto, possuidor da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); QUE o município faz parte da microrregião sanitária (atualmente Região de Saúde) Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima; QUE sua população é de mais de 200 mil habitantes; QUE assumiu a Secretaria Municipal de Saúde a partir de janeiro do corrente ano; QUE tem tido dificuldades para o conhecimento real da situação em saúde no município, devido ao comportamento da anterior administração, que sequer permitiu a realização da transição governamental, na forma da lei. QUE a cada dia tem descoberto novas irregularidades, podendo citar, dentre outros, desaparecimento de recursos financeiros da saúde, sucateamento da atenção primária da saúde, sumiço de equipamentos de saúde, delete de indicadores informatizados da saúde e utilização de senha não autorizada para inclusão de AIH's no sistema. QUE um dos principais problemas levantados de saúde no município consiste na relação jurídica com o único prestador Hospital São João de Deus. QUE considera que essa relação deverá ser mais transparente, se possível de gestão compartilhada, haja vista que aquele tem recebido recursos significativos, originados do município, da SES/MG e do Ministério da Saúde, sem que, efetivamente, os problemas de saúde, como, por exemplo, a internação hospitalar tenha sua garantia. QUE não houve pela SES/MG qualquer intervenção no município em face de sua gestão. QUE, ao contrário, em reunião realizada com diversos atores, inclusive, após a visita pessoalmente do Secretário Estadual de Saúde, Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, ao referido prestador, decidiu-se pela criação de uma Comissão de Avaliação da rede de ações e serviços de saúde, no

âmbito do Sistema Único de Saúde do Município de Santa Luzia, conforme Resolução SES nº 3.698, de 05 de abril de 2013. QUE essa comissão possui o caráter consultivo e propositivo com o objetivo de realizar uma análise situacional do SUS no município de Santa Luzia. QUE essa comissão é integrada por diferentes atores, inclusive, com representação do Hospital São João de Deus. QUE não há outra melhor alternativa, emergencial, para se conhecer dos principais problemas coletivos de saúde no município, salvo através dessa comissão de avaliação, de forma que, na condição de Gestor SUS, possa melhor qualificar seu processo decisório, assim como a SES/MG e o Ministério da Saúde. QUE essa comissão, dentre outras, discutirá o escopo assistencial do Hospital São João de Deus no município e na microrregião, além de discutir sua vocação nas Redes de Atenção à Saúde Prioritárias do Estado, tais como, Viva Vida, Urgência e Emergência e Saúde Mental. QUE não teve acesso a Ata da XVI Reunião de Mediação Sanitária, ocorrida no município, no dia 25/09/2012, para discussão da maioria dos problemas de saúde, ainda pendentes no ano de 2013. QUE pela decisão do Comitê Gestor da Macro Centro os recursos já repassados, originados da SES/MG e Ministério da Saúde, no valor aproximado de R\$ 4.628.000,00 deverão ser devolvidos, na forma da Portaria MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. QUE não se sente confortada na validação das metas, exercício 2012, referentes à prestação de contas do Hospital São João de Deus. QUE sequer conseguiu fazê-las no GEICOM. QUE já solicitou a SES/MG sua capacitação no GEICOM. QUE também não conseguiu validar, exercício 2013, as metas em face da prestação de contas do Hospital São João de Deus, haja vista os macro problemas municipais de saúde, conforme anteriormente informados. QUE a suspensão dos repasses dos recursos financeiros retroage a setembro de 2012 pela não validação daquelas metas. QUE no ano de 2012 o município, segundo levantamentos, repassou para o prestador cerca de 4 milhões de reais. QUE a situação encontrada pela atual gestão no tocante à assistência farmacêutica municipal é calamitosa, razão pela qual abriu processo de licitação no valor de R\$ 14.000.000,00 (anual) para atendimento das necessidades de saúde (epidemiologia), inclusive, com inclusão de medicamentos de uso hospitalar, haja vista que muitas das vezes o município tem socorrido o prestador local com essa política. QUE, de fato, ainda não foi feito estudo para eventual fusão das portas da urgência e emergência, ambulatorial, conforme apontado na reunião de Mediação Sanitária do ano de 2012. QUE o município está aberto à abertura de diálogo com o prestador, de forma que possam avançar naqueles pontos (problemas) de saúde, visando o melhor atendimento assistencial

da população. **Dada a palavra para a Procuradora Geral do município de Santa Luzia, Daiane M. S. Souza** ressaltou que considera importante que a decisão liminar (judicial) tenha determinado o seqüestro dos recursos financeiros, condicionado ao depósito judicial, até que em perícia (financeira) possam ser esclarecidos os diversos pontos importantes (obscuros), como, efetiva prestação dos serviços, taxa de cobertura, natureza e origem dos recursos. QUE o município reconhece a importância dos serviços prestados pelo Hospital São João de Deus, contudo, há necessidade de que essa relação seja mais transparente, com efetivo cumprimento das metas pactuadas, de modo a não afetar assistencialmente a saúde da população, bem como agravo às finanças do município. QUE o município, além de sua participação financeira (incentivo municipal) àquele prestador, para atendimento hospitalar, tem sido penalizado em cerca de R\$ 135.000,00, mensalmente, para atendimento às ordens judiciais, visando financiamento de medicamentos, dietas, transferências de pacientes do prestador (hospital) para outros centros com maior densidade tecnológica. **Dada a palavra para o prestador Hospital São João de Deus, representados pela Diretora Administrativa, Diretora Técnica e Federassantas**, foi ressaltado, dentre outras, que independentemente da sua situação precária (financeira), resultante da retenção de seus recursos financeiros pelo Fundo Municipal de Saúde, originados de sua produção assistencial contratada, em face do município, SES/MG e Ministério da Saúde, jamais fechou suas portas para o atendimento médico hospitalar. QUE foi obrigada a buscar a tutela judicial em face da sufocante situação financeira, iniciada ainda pelo comportamento reprovável da administração municipal anterior, conforme levantados na Reunião de Mediação Sanitária, ano de 2012. QUE sua situação como hospital retaguarda da urgência e emergência, no cenário microrregional, foi reconhecida pela Deliberação CIB SUS-MG nº 1021, portanto, a partir de outubro de 2011. QUE eventual deficiência na sua prestação de serviços tem sido conseqüência da apropriação de seus recursos financeiros pelo Fundo Municipal de Saúde. QUE, não obstante, a decisão liminar favorável, que determinou o seqüestro dos recursos financeiros que lhe são devidos, em conta judicial a ser aberta, mediante condicionante da realização de uma perícia, não terá sobrevida financeira para manter-se aberta às demandas de saúde. QUE comunica, oficialmente, a possibilidade de o hospital fechar suas portas, no prazo máximo de uma semana, caso não seja resolvida essa situação, inclusive, com remessa de algum repasse financeiro para sua sustentabilidade. QUE em tempo algum o prestador recebeu com regularidade seus créditos

financeiros, do Fundo Municipal de Saúde, pela sua produção assistencial, o que, de fato, tem agravado essa crise financeira. QUE possui créditos financeiros desde outubro de 2011, data pela qual foi habilitada na Rede Estadual da Urgência e Emergência (SES/MG) e retaguarda hospitalar da urgência e emergência (Ministério da Saúde). QUE a suspensão dos recursos financeiros, adotada pelo Comitê Gestor da Macro Centro, não foi motivada, razão pela qual inviabiliza sua defesa e contraditório. QUE o prestador, em qualquer tempo, não deu motivos para que o Gestor Municipal deixasse de validar as metas cumpridas, haja vista que sempre apresentou, em tempo hábil, a prestação de contas. QUE a responsabilidade pela validação total ou parcial, com ou sem glosa, das metas estabelecidas é exclusivamente do Gestor SUS. QUE o CNES registra o cumprimento da abertura de todos os leitos (clínica médica) pactuados com o Gestor, para garantia da retaguarda da urgência e emergência. QUE considera surpresa que aquela visita cordial do Secretário Estadual de Saúde em suas dependências tenha se convertido em Visita Técnica, motivadora da decisão de criação de uma Comissão de Avaliação, com ênfase para a prestação de serviços do Hospital São João de Deus. QUE considera desproporcional a participação do prestador São João de Deus nessa comissão, haja vista que sem participação de outros membros, como, por exemplo, o Corpo Clínico. QUE o Hospital São João de Deus possui os seguintes créditos, informados na planilha encaminhada (ofício), na presente data 29/04/2013: Rede de Urgência e Emergência (R\$ 1.241.000,00), Contratualização 2012 (R\$ 1.065.875,53), Rede de Retaguarda em Clínica Médica (R\$ 1.350.000,00), Programa de Incentivo Municipal (R\$ 1.597.443,65). QUE do total desses valores, descontados os já efetivamente recebidos (voluntários ou ordem judicial), seu crédito remonta ao valor de R\$ 3.855.908,20. QUE o prestador está disposto a reabrir as discussões, principalmente por reconhecer que não seria razoável os repasses (estadual e federal) enquanto pendente a determinação, pelo Comitê Gestor da Macro Centro, de devolução desses recursos para sua origem. QUE concorda que possa haver discussão no tocante aos recursos financeiros devidos pelo município, a título de sua obrigação (incentivo financeiro), devendo esses serem imediatamente depositados em favor do prestador, podendo, nesse caso, por acordo entre as partes litigantes, haver a suspensão do seqüestro do restante do numerário, até que, no prazo improrrogável de 30 dias, se conclua a perícia judicial. **Dada a palavra para o Chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS em Minas Gerais, João Batista da Silva**, ressaltou que participou da XVI Reunião de Mediação Sanitária, ocorrida em Santa Luzia, no dia 25/09/2012.

QUE naquela época já havia, como um dos principais problemas a serem resolvidos, o fato da retenção dos recursos financeiros pelo Fundo Municipal de Saúde, embora originados da SES/MG e Ministério da Saúde, para garantia da produção assistencial na urgência e emergência. QUE a responsabilidade pela validação das metas, ainda que do exercício anterior, é da Secretária Municipal de Saúde, não sendo razoável que dessa omissão possa prejudicar o andamento de todo o processo, com penalização do prestador. QUE se o prestador apresentou sua prestação de contas, compete ao Gestor SUS municipal sua validação ou não, total ou parcialmente, ou, ainda, sua glosa, mas o que não se justifica é a falta dessa apreciação, em tempo e modo próprios. QUE a SMS Santa Luzia tem que trabalhar em cima de diagnósticos, mediante seu controle, avaliação, fiscalização, monitoramento e auditoria, não somente dos serviços prestados pelo Hospital São João de Deus, como também de todos os demais pontos de atenção, nos diversos níveis de saúde. QUE as desconformidades apuradas com relação à gestão anterior precisam ser documentadas e apuradas, visando a responsabilização sanitária de quem lhe deu causa. QUE é preciso cautela na avaliação da decisão que determinou a suspensão dos recursos de forma retroativa, haja vista que dependeria de uma apuração séria a partir de cada uma das prestações de contas apresentadas pelo Hospital São João de Deus. QUE, nessas circunstâncias, considera equivocada decisão retroativa da suspensão dos recursos, o que, de fato, poderá agravar a crise instalada com reflexos diretamente para a saúde da população loco-regional. QUE a responsabilidade para validação ou não dessas metas no GEICOM é da Secretaria Municipal de Saúde, independentemente das dificuldades técnicas por ela enfrentadas, conforme diagnóstico global situacional da saúde no município. QUE também considera importante a motivação do ato administrativo que bateu pela suspensão retroativa dos recursos, inclusive, federal. QUE o município possui essa obrigação legal de validação ou não das metas, por força inclusive de entendimento sumulado pelo Tribunal de Contas da União. QUE reforma predial, naquelas circunstâncias, para garantia de atendimento á Portaria MS n. 2.925, de 2011, é considerada custeio, razão pela qual estão equivocados a SMS e o próprio prestador Hospital São João de Deus. **Dada a palavra para a Coordenadora de Regulação da SRS de Belo Horizonte, Marcides de Faria Moraes**, destacou a importância da mediação sanitária, com a participação do Ministério Público. QUE a SRS Macro Centro iniciará nos próximos dias uma ampla auditoria assistencial no município de Santa Luzia para identificação de eventuais desconformidades, com agravo para a prestação da saúde para a

população loco regional. Que perguntou à Diretora Administrativa do hospital, Sra. Flávia Eugênia de Souza, sobre a taxa mínima de ocupação do hospital. Que, segundo a Sra. Flávia, a taxa mínima de ocupação para prestadores com PROHOSP, no caso, o Hospital São João de Deus é de 70% sendo que essa taxa está próxima de 69,8% de ocupação. QUE é preciso avaliar a qualidade dessa ocupação, ou seja, de modo a evitar que situações de cunho ambulatorial ou por condições sensíveis á atenção primária possam continuar persistindo. QUE tem notícias de que no tocante à regulação encontram-se avançados os entendimentos para fusão da CINT/BH e o SUSFÁCIL. QUE solicita da SMS Santa Luzia o apoio técnico necessário para o bom êxito da auditoria assistencial que será realizada nos próximos dias. Que considera a necessidade de se avaliar sistematicamente a execução x pactuação/contratualização entre a Secretaria Municipal de Saúde e o hospital a fim de que se possa assegurar a assistência à saúde de todos os usuários referenciados ao hospital São João de Deus. **Dada a palavra para o presidente do Consórcio Intermunicipal da Macro Centro (Aliança da Saude), Dr. Paulo de Tarso Auais,** informou que também participou daquela reunião de Mediação Sanitária, em 2012, no município de Santa Luzia. QUE, de fato, na época já havia a forte discussão da retenção dos recursos financeiros devidos ao prestador Hospital São João de Deus pelo Fundo Municipal de Saúde. QUE foi o próprio Ministério da Saúde, na reunião do Comitê Gestor da Macro Centro, quem condicionou o não repasse dos recursos financeiros para o Hospital São João de Deus, exigindo-se sua devolução à fonte repassadora origem. QUE somente o Comitê Gestor da Macro Centro poderá, se for o caso, reavaliar a situação da continuidade dos repasses financeiros pelos programas prioritários da Rede Estadual da Urgência e Emergência, bem como da Rede Retaguarda (Portaria n. 2.935, de 2011). QUE é preciso de uma nova deliberação desse Comitê Gestor para que os recursos retidos pelo Fundo Municipal de Saúde de Santa Luzia possam ser repassados para o prestador. QUE considera grave a decisão de que o Hospital São João de Deus poderá, na próxima semana, deixar de admitir novos pacientes, com reflexos, inclusive, para o SUSFÁCIL. QUE considera importante o prestador Hospital São João de Deus não somente na Macro Centro, como também no Consórcio Aliança da Saúde, integrada por 103 municípios da região metropolitana. QUE a Comissão de Avaliação, criada pela Resolução SES nº 3.698, de 05 de abril de 2013, não possui poder deliberativo, encontrando-se aberta, se for o caso, para integração de outros atores para busca do melhor diagnóstico situacional no município de Santa Luzia. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram**

discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1) O CAOSAÚDE providenciará remessa de cópia da Ata da XVI Reunião de Mediação Sanitária para a SMS Santa Luzia e Procuradoria Geral do município, em face da nova administração municipal, para observância do princípio da continuidade (responsabilidade municipal) dos pontos anteriormente acordados. 2) O CAOSAÚDE oficiará ao presidente do Comitê Gestor da Urgência e Emergência da Macro Centro para que, à vista da Ata da XVI Reunião de Mediação Sanitária, bem como da presente, providencie convocação de seus membros, para melhor avaliação da decisão de suspensão dos recursos, motivando-a na forma do Direito Administrativo para assegurar, se for o caso, a ampla defesa e o contraditório. 3) O Município de Santa Luzia, através da Secretaria Municipal de Saúde, no exercício de suas funções, bem como no entendimento sumulado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), deverá apreciar a prestação de contas apresentada pelo prestador Hospital São João de Deus, de modo a validar ou não, parcial ou total, com ou sem glosa, as contas apresentadas. Pelo princípio da continuidade e da garantia da assistência à saúde para os usuários, deverá, inclusive, apreciar as contas apresentadas, final exercício 2012, adotando as providências legais no tocante à omissão do Gestor da administração anterior. Para tanto, com ou sem apoio dos órgãos técnicos da SES/MG, essa validação deverá ser feita no sistema GEICOM, independentemente do fato de possuir ou não domínio desse sistema obrigatório informatizado. 4) A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia, a Procuradoria Geral do município e os responsáveis legais do Hospital São João de Deus deverão iniciar, com urgência, análise da revalidação, com ou sem ajustes, do plano operativo, com vencimento previsto para meados de maio do corrente ano. Em tempo oportuno, recomenda-se às partes a melhor avaliação do Contrato Único nº 075/2012, de modo que as condicionantes levantadas no item 8 da Ata da XI Reunião de Mediação Sanitária sejam observadas, para garantia dos princípios da efetividade, transparência e acesso às ações e serviços de saúde. 5) A Secretaria Municipal de Saúde, no exercício de seu poder regulatório (controle, fiscalização, monitoramento, auditoria, etc) dos serviços médico-hospitalar, deverá elaborar, em conjunto com o prestador Hospital São João

de Deus, os indispensáveis Protocolos Assistenciais que garantam o melhor fluxo (referência/contrarreferência) dos serviços de urgência e emergência, ambulatorial, bem como as relações (oficiosas) de repasses de medicamentos, insumos, materiais, suporte logístico (transporte). **6)** O CAOSAÚDE oficiará o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais para que avalie a possibilidade de participação da Promotoria de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Santa Luzia, na Comissão de Avaliação instituída pela Resolução SES/MG nº 3.698, de 05 de abril de 2013, na condição de observadora. **7)** O município de Santa Luzia arcará com os custos da perícia judicial, devendo as partes, em petição comum, officiar àquele Juízo para que esse trabalho possa ser realizado com a maior agilidade possível, haja vista a retenção dos recursos financeiros e a condição de fragilidade financeira do prestador Hospital São João de Deus. **8)** A Procuradoria Geral do município e a Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia deverão, no prazo de 24 horas, contados do recebimento desta Ata de Reunião, apresentar ao Sr. Prefeito Municipal a proposta feita pelo prestador Hospital São João de Deus no sentido de que os recursos financeiros, de responsabilidade municipal (Incentivo municipal para fortalecimento do hospital filantrópico), depositado no Fundo Municipal de Saúde, já deduzidos os repasses feitos pelo próprio município sob essa rubrica, no valor de R\$ 1.597.465,00, sejam imediatamente pagos, haja vista a produção assistencial e o fato de não terem sido alcançados pela decisão de suspensão levada a efeito pelo Comitê Gestor da Urgência e Emergência da Macro Centro. Nesse caso, o hospital São João de Deus retroagirá a sua decisão de fechamento de suas portas, inclusive, para a rede SUSFÁCIL, conforme oficialmente informado, com previsão para a próxima semana. Fica ressalvado o crédito que faz jus o hospital São João de Deus, na diferença do teto MAC, ainda não repassado pelo Fundo Municipal de Saúde. Os valores retidos pelo Fundo Municipal de Saúde, originados da Rede Estadual de Urgência e Emergência (SES/MG) e da Retaguarda hospitalar (Ministério da Saúde), somente serão repassados para o prestador, desde que haja reconsideração daquela decisão pelo Comitê Gestor da Urgência e Emergência da Macro Centro. **9)** Uma vez cumprida

integralmente o disposto no item anterior, ou seja, o depósito imediato do recurso financeiro no valor de R\$ 1.597.465,00, em favor da unidade de saúde, a Procuradoria Geral do Município e o prestador Hospital São João de Deus, em petição comum, apresentará esse acordo nos autos do processo nº 0245.12.025485-0 solicitando sua homologação pela MM. Juíza, bem como o sobrestamento da execução do seqüestro, pelo prazo de até 30 (trinta) dias, período esse que deverá ser realizada a perícia judicial financeira para validação ou não dos créditos apresentados em prestação de contas pela referida unidade de saúde. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> <i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i>	JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe do Serviço de Auditoria do</i> <i>DENASUS em Minas Gerais.</i>
KATIA REJANE BARBOSA <i>Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia</i>	DAIANE M. S. SOUZA <i>Procuradora Geral do município de Santa</i> <i>Luzia</i>
PAULO DE TARSO AUAIS <i>Presidente do Consórcio Intermunicipal da</i> <i>Macro Centro (Aliança da Saude)</i>	FLAVIA EUGÊNIA DE SOUZA <i>Diretora Administrativa do Hospital São João</i> <i>de Deus</i>
MARCIA MARQUES GUIMARAES <i>Diretora Técnica do Hospital São João de Deus</i>	KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA <i>Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos</i> <i>da Federassantas</i>
LEONARDO JUSTINO MARTINS <i>Federassantas/MG</i>	MARCIDES DE FARIA MORAES <i>Coordenadora de Regulação da SRS de Belo</i> <i>Horizonte</i>
MARCIA ALMEIDA <i>Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia</i>	PEDRO MARTINS DAMIÃO <i>Presidente da Câmara Municipal de Santa</i> <i>Luzia</i>

<p><i>ALEXANDRE AUGUSTO CARVALHO GONZAGA Procurador Geral da Câmara Municipal de Santa Luzia</i></p>	<p><i>MARINEIDE CHAVES ANDRADE Secretária CAOSAÚDE</i></p>
--	--



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Sabará

Aos trinta dias do mês de abril do ano de dois mil e treze, às 14 horas, no salão azul do edifício sede da Procuradoria Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, com endereço na Avenida Álvares Cabral, 1.690, 1º andar, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte, realizou-se a XXXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão sobre o cumprimento do contrato celebrado entre a Fundação Benjamim Guimarães, mantenedora do Hospital da Baleia e a UPA do município de Sabará, ainda sem execução (prática), de modo a assegurar o atendimento da urgência e emergência, ambulatorial, para os cidadãos usuário do Sistema, mediante cumprimento da prestação e contraprestação dos serviços contratados e, por conseguinte, reduzir a possibilidade da sua judicialização. Participaram da reunião um total de 12 (doze) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, a saber: coordenador do CAO-SAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Promotor de Justiça de Tutela de Fundações e Entidades de Interesse Social da comarca de Belo Horizonte, Marcelo Oliveira Costa; João Batista da Silva, Auditor Chefe do Departamento Nacional de Auditoria em Minas Gerais; Leonardo Justino Martins, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); Wanderson de Oliveira, Gerente Administrativo da Fundação Benjamim Guimarães; Elis Regina Guimarães, Superintendente Geral da Fundação Benjamim Guimarães; Ricarda Monteiro, Jurídico da Fundação Benjamim Guimarães; Aline Ituassú de Souza, Coordenação da Urgência e Emergência da

SES/MG; Claudia F. Montilha Bueno Pereira, Coordenação da Urgência e Emergência da SES/MG; Agnaldo Osório Lopes, Secretaria Municipal de Saúde de Sabará e Adriana Campolina Avelar Cabral, da Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro. *Ausente justificadamente a Promotora de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Sabará, Marise Alves da Silva*. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis**, Coordenador do CAOSAUDE que agradeceu a presença de todos, lamentou a ausência do prefeito municipal, procuradoria geral e do secretário municipal de saúde de Sabará, haja vista que esse momento seria importante para se conhecer melhor a problemática envolvendo a construção da UPA de Sabará que, apesar do reconhecimento e dos investimentos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e da SES/MG, ainda não conseguiu ser inaugurada, não obstante a necessidade da população ao acesso às ações e serviços de saúde, urgência e emergência (ambulatorial). QUE mais grave o fato de que a execução (gestão e administração), decidida em processo de licitação em favor da Fundação Benjamim Guimarães, já está contratada desde o ano de 2012. Esclareceu sua preocupação quanto à possibilidade de ressonância jurídica desse impasse, inclusive com suspensão judicial da inauguração da UPA e, evidentemente, prejuízo para a assistência à saúde da população loco-regional. QUE a saúde pública vive hoje os novos desafios de sua operacionalização, no ideal constitucional, conforme recepcionados pelos recentes normativos federais – Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012. QUE a UPA é apenas um dos componentes da Rede da Urgência e Emergência, conforme Portaria MS nº 1.600, de 2011, exigindo-se que os demais pontos de atenção, na lógica prioritária do Decreto nº 7.508, possa ser atendida. QUE para o bom desenvolvimento das ações de urgência e emergência (UPA), imprescindível a adequação da retaguarda hospitalar. QUE, nesse sentido, os pontos de atenção hospitalar sediados em Sabará precisam ser (re) organizados, na lógica de rede assistencial, com oferta de leitos retaguardas para a referência de urgência e emergência, ainda que através da clínica médica. QUE é preciso também se organizar, com qualidade, a atenção primária do município, de modo a evitar incremento da taxa de ocupação hospitalar por condições sensíveis à atenção primária. QUE a gestão médico hospitalar, sobretudo pelas exigências da Lei federal nº 12.101, de 2009, exige profissionalização da administração hospitalar, de modo a cumprir, com eficácia, qualidade e segurança, as metas físicas e qualitativas pactuadas. QUE, embora essas instituições sejam na maioria privada sem fins lucrativos (filantrópicas), não as isenta dessa gestão profissionalizada,

podendo, inclusive, nos casos de deficiência, ineficiência, omissão, com resultados absolutamente trágicos para a população (negativa de acesso), sofrer intervenção com requisição de bens e serviços pelo Poder Público local ou, ainda, em ação judicial movida pelo Ministério Público, desde que, nessas circunstâncias, estejam plenamente demonstradas a emergência ou a calamidade pública. QUE há exemplos dessa intervenção judicial nos municípios de Matozinhos, Nova Serrana e Oliveira e administrativa nos municípios de Capitão Enéas e Juiz de Fora. QUE o componente político partidário, com acirramento dos debates e posições, sempre acarretam prejuízos para a saúde da população e, portanto, devem ser evitados. QUE sabidamente a Fundação Benjamim Guimarães, mantenedora do Hospital da Baleia, possui excelência na gestão e administração de suas unidades de saúde. QUE essa Fundação, privada, também possui atuação sem fins lucrativos, daí sua preferência constitucional nos contratos e convênios celebrados com o SUS, quando da complementação na saúde pública. QUE o ponto de atenção UPA possui natureza pré-hospitalar, não podendo ser confundido, em sua execução, com unidade hospitalar, vedada a internação de pacientes por mais de 24 horas, conforme entendimento sumulado pelo Fórum Permanente da Saúde de Minas Gerais, disponível no site do CAOSAÚDE www.mp.mg.gov.br. QUE o município de Sabará é muito importante no cenário estratégico de uma boa organização na saúde pública, notadamente na região metropolitana de Belo Horizonte. QUE os necessários investimentos em saúde pública no município de Sabará, na lógica tripartite, a par de proporcionar o acesso qualitativo da população loco regional aos serviços de saúde, ainda potencializa a diretriz constitucional da descentralização, de modo a evitar sua alta dependência com o município de Belo Horizonte, sobretudo das ações e serviços de saúde no nível da média complexidade. QUE há necessidade de que todos esses serviços sejam melhores organizados, com investimentos públicos (tripartite), resgatando, inclusive, a reabertura da maternidade local. **Em seguida, foi dada a palavra para o Promotor de Justiça de Tutela de Fundações e Entidades de Interesse Social da comarca de Belo Horizonte, Marcelo Oliveira Costa** que também lamentou a ausência do município na reunião, de modo a permitir os avanços das discussões. QUE a Promotoria de Justiça, no exercício de suas atribuições legais, tem conhecimento desses graves fatos, inclusive, com atuação conjunta com a Promotoria de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Sabará. QUE acredita na solução consensual desses problemas, visando garantir a melhor assistência de urgência e emergência para a população de Sabará. QUE não concorda com a possibilidade de

rescisão do Contrato de Prestação de Serviços nº 184/2012, celebrado entre o município de Sabará e a Fundação Benjamim Guimarães – Hospital da Baleia – para gestão e administração da UPA “Padre Lázaro Crispim”, sem que, no mínimo, haja o ressarcimento à Fundação pelos custos operacionais decorrentes da execução do contrato, como, por exemplo, compra de medicamentos, contratação dos profissionais de saúde. QUE também considera grande risco para a Fundação Benjamim Guimarães a manutenção do contrato somente até 31 de dezembro do corrente, sem possibilidades de sua prorrogação, haja vista que não seria razoável, nesses 06 (seis) meses restantes, os investimentos em contratação de pessoal, insumos, medicamentos e segurança. QUE o município precisa responder formalmente a notificação que fora feita pela Fundação Benjamim Guimarães quanto à regularização de algumas falhas estruturais do projeto que a impedem da boa execução dos serviços. QUE, da mesma forma, o município precisa responder formalmente quanto ao seu interesse na manutenção ou não do atual contrato de prestação de serviços nº 184/2012, com vigência até o dia 31 de dezembro do corrente, de modo que as partes possam se definir. QUE ressalta o fato de que a Fundação Benjamim Guimarães não deu causa a inexecução dos serviços contratados, entendendo que essa deve ser imputada com exclusividade ao município. **Dada a palavra para a Fundação Benjamim Guimarães – Hospital da Baleia, por seus representantes na reunião, em resumo,** ressaltaram que a Fundação Benjamim Guimarães participou do regular processo de licitação municipal, na modalidade Pregão Presencial nº 81/2012, do qual sagrou-se vencedora para a gestão e administração dos serviços da UPA 24 horas “Padre Lázaro Crispim”. QUE, em decorrência, foi celebrado o Contrato de Prestação de Serviços nº 184/2012. QUE sua inauguração, prevista para o dia 26/09/2012 foi suspensa por decisão judicial, na Ação Popular nº 0080914-45.2012.8.13.0567, movida pelo cidadão Sérgio Willer Gualberto de Assis. QUE houve o deferimento liminar na primeira instância (21/09/2012). QUE a Fundação Benjamim Guimarães foi notificada pelo município para suspensão de qualquer prestação de serviço de administração ou gerenciamento daquela unidade de saúde. QUE essa decisão judicial foi reformada pelo e. TJMG (27/11/2012). QUE a Fundação Benjamim Guimarães foi notificada pelo município (12/12/2012) para que retomasse os serviços direcionados à inauguração da UPA. QUE, em decorrência, a Fundação providenciou o procedimento de seleção, contratação e organização dos profissionais de saúde, solicitando, ainda, um prazo de 30 dias, conforme previsão contratual, para reinício das atividades assistenciais. QUE o município de Sabará

procurou pela Fundação Benjamim Guimarães, ocasião em que renovaram o contrato de prestação de serviços até 31/12/2013, conforme publicação oficial do dia 21/12/2012. QUE a cerimônia de entrega das chaves da unidade de saúde se deu no dia 29/12/2012. QUE houve por parte da Fundação Benjamim Guimarães uma notificação ao município, no dia 02/01/2013, agora sob nova administração, para os fins de regularização de falhas estruturais, relacionadas à central de oxigênio, central de vácuo, central de ar comprimido e instalação do equipamento de Raio x digital. QUE não houve manifestação pelo município. QUE a Fundação novamente reiterou sua notificação ao município apontando-lhe aquelas falhas estruturais e sobre a falta de segurança da unidade, haja vista os equipamentos e materiais lá existentes. QUE houve uma contranotificação extrajudicial pelo município, de 04/02/2013, oportunidade em que sustentou (i) não haver de sua parte qualquer descumprimento do referido contrato, (ii) existência de segurança pela guarda municipal, (iii) que não há qualquer prestação de serviço pela contratada que justifique o pretendido pagamento e, (iv) concorda com a rescisão do contrato, desde que não tenham custo, sanção ou obrigação para a municipalidade. QUE, em face da posição do município, novamente a Fundação enviou outra notificação, datada de 22/04/2013, esclarecedora de cada um daqueles pontos controvertidos. QUE não houve resposta pelo município de Sabará. QUE a imprensa tem noticiado que a inauguração oficial da UPA 24 horas se dará no mês de maio do corrente, daí a preocupação da contratada, seja pela não regularização das apontadas falhas estruturais ou pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias, conforme previsão contratual, que lhe assegurasse as providências necessárias para seu funcionamento, contados da notificação oficial do município. QUE a Fundação não tem interesse na assunção de fato desses serviços pelo prazo restante de seis meses, haja vista que não conseguiria convencer seus profissionais de saúde para trabalhar por esse período, além dos prazos legais para o processo de seleção, recrutamento e contratação. QUE a Fundação não ostenta natureza político partidária, não se considerando “inimigo” do município de Sabará. QUE ressalta que o contrato foi firmado com o município de Sabará e não com a prefeitura municipal, daí a necessidade de sua segurança jurídica e observância do princípio da continuidade. QUE também concorda com a rescisão contratual, com isenção de multa ou obrigação, contudo, não poderá recusar-se ao ressarcimento pelos investimentos e custos da operacionalização do contrato desde sua assinatura. QUE a Fundação já enviou para o município as Notas Fiscais comprobatórias de seu crédito, em face da execução do atual contrato de prestação de serviços. **Dada a**

palavra para Auditor Chefe do Departamento Nacional de Auditoria do SUS em Minas Gerais, João Batista da Silva, ressaltou que conhece bem os problemas de gestão da saúde no município de Sabará. QUE no ano de 2012 participou de uma reunião, com cunho de visita técnica, nas unidades de saúde daquele município, especialmente com relação ao Hospital Santa Casa de Misericórdia. QUE essa unidade de saúde possui gestão dupla. QUE o Ministério da Saúde tem reconhecido a importância do município de Sabará, razão pela qual tem participado dos investimentos financeiros necessários para a conclusão da UPA 24 horas. QUE outros importantes serviços de saúde também poderão receber o apoio do Ministério da Saúde, como, por exemplo, a reabertura da maternidade local e estruturação das unidades hospitalares no município. QUE o prestador hospitalar local precisa cumprir os requisitos e metas da Portaria MS nº 2395, de outubro de 2011 para que possa reivindicar sua permanência na Rede Retaguarda da Urgência e Emergência. QUE o Hospital Santa Casa de Sabará, segundo CNES, dispõe apenas de 71 leitos, sendo 01 cirurgia geral, 02 ginecologia e 68 clínica médica. QUE essa unidade de saúde continua com os mesmos problemas de gestão já levantados e reconhecidos desde o ano passado. QUE é de suma importância a reestruturação dos serviços no município de Sabará, haja vista que integrado à região metropolitana de Belo Horizonte, de modo que possa contribuir para a descentralização desses serviços de saúde. QUE há mesmo necessidade de uma melhor (re)organização dos diversos serviços de saúde no município, nos seus diferentes níveis de atenção, de modo a poder trabalhar na lógica de Rede de Atenção à Saúde (RAS). QUE não é razoável a falta de um consenso entre o município e a Fundação Benjamim Guimarães, sobretudo pela existência de um contrato de prestação de serviços vigente. QUE o município precisa, formalmente, manifestar-se quanto à manutenção ou não do atual contrato celebrado entre eles, de modo a não prejudicar a assistência à saúde da população local. QUE o DENASUS se coloca à disposição para realização de uma visita técnica na UPA Sabará, haja vista que tomou conhecimento de que a SES/MG realizou essa mesma visita em face do Hospital Santa Casa de Sabará. QUE não é razoável que a UPA esteja sem atendimento e o hospital Santa Casa com prestação de serviços ineficiente. QUE o município deveria ter exigido da empresa responsável pela construção da UPA 24 horas o indispensável Termo de Recebimento da Obra, de modo a avaliar sua correta execução na forma projetada. **Dada a palavra para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), representada nessa reunião**, ressaltou que de fato houve suspensão dos recursos da Rede Estadual de

Urgência e Emergência (SES/MG) e leitos retaguardas de urgência e emergência (Ministério da Saúde), conforme deliberação do Comitê Gestor de Urgência e Emergência da Macro Centro, uma vez que o prestador não conseguiu cumprir adequadamente as metas contratadas, na forma da Portaria MS nº 2395, de outubro de 2011 e Deliberação CIB SUS-MG. QUE a criação da UPA 24 horas de Sabará, porte III, unidade pré-hospitalar, de urgência e emergência, por si só não é resolutiva na lógica da rede de urgência e emergência. QUE a UPA é apenas um dos componentes da urgência e emergência. QUE é imprescindível que os demais pontos de atenção em saúde, como, por exemplo, a retaguarda hospitalar também esteja em adequado funcionamento. QUE a SES/MG realizou, nesta semana, visita técnica àquela unidade hospitalar, cujo relatório será encaminhado para a presidência do Comitê Gestor da Macro Centro. QUE constataram que essa unidade de saúde não se encontra com seus leitos abertos, de modo que continua sobrecarregando a atenção à saúde do município de Belo Horizonte. QUE a SES/MG não tem repassado recursos de custeio para a UPA de Sabará, haja vista que ainda não foi entregue para a comunidade. **Dada a palavra para o representante da Secretaria Municipal de Saúde de Sabará, Agnaldo Osório Lopes**, dentre outros, ressaltou que o município tem se esforçado na regularização de algumas pendências na UPA 24 horas, como, por exemplo, a questão do tratamento do esgoto sanitário, instalação de cerca para a unidade. QUE essas pendências, de responsabilidade da empresa responsável pela construção da unidade, têm ocorrido a partir da exigência da nova administração municipal. QUE os vereadores de Sabará após visitarem as obras da UPA, realizaram reunião (26/03) com o prefeito municipal, visando (conjunto) a data para sua inauguração. QUE o prefeito municipal não somente reconhece a importância do atendimento de urgência e emergência para a população de Sabará, através da UPA 24 horas, como também está encarregado de proporcionar a melhor saúde para seus munícipes, aliás, esse um compromisso de campanha. QUE o prefeito municipal já se encontrou com o Secretário Nacional de Atenção à Saúde, Helvécio Guimarães, no sentido de encontrar o apoio financeiro necessário para os investimentos em saúde no município. QUE o hospital Cristiano Machado, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), tem sua maior vocação o atendimento de pacientes crônicos, atuando como retaguarda do Hospital João XXIII de Belo Horizonte. QUE concorda que o hospital Santa Casa de Sabará não está resolutivo e fechado para o adequado atendimento. QUE a gestão dessa unidade de saúde não tem sido estratégica para o SUS, sobretudo para a administração municipal,

haja vista que fortemente marcada pelo viés político. QUE, de fato, o município deverá exercer, na forma da lei, uma regulação mais forte, com fiscalização, controle, monitoramento e auditoria em face daquela unidade de saúde que, apesar de privada, deverá submeter-se às regras do contrato SUS. QUE vê com bons olhos a possibilidade de criação de uma Comissão de Avaliação dos Serviços de Saúde no município de Sabará, coordenada pela SES/MG, em todos os níveis de atenção, de caráter propositivo, de modo que esse diagnóstico possa melhor qualificar o processo decisório pelo Gestor SUS municipal e estadual. QUE confirma o esforço do município na resolução das pendências relacionadas a UPA 24 horas, haja vista que a pretensão do prefeito municipal é mesmo fazer o mais breve possível sua inauguração. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:**

- 1) O CAOSAÚDE** oficiará o Secretário Estadual de Saúde, Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, para que, nos moldes da Resolução SES nº 3.698, de 05 de abril de 2013 (município de Santa Luzia), providencie a criação de uma Comissão de Avaliação da Rede de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do município de Sabará. Essa Comissão poderá ter caráter consultivo e propositivo com o objetivo de realizar uma análise situacional (coletiva) no município de Sabará, integrada, dentre outras, por representantes da Subsecretaria Estadual de Políticas e Ações de Saúde, da Subsecretaria Estadual de Regulação, da rede PHEMIG, dos prestadores (hospitais) do município de Sabará, Secretaria Municipal de Saúde de Sabará e, o Ministério Público, com atribuições na Defesa da Saúde da comarca de Sabará, como observador. O escopo desse trabalho é o de subsidiar a melhor decisão sanitária quanto à (re)organização das ações e serviços de saúde do município, em todos os níveis de atenção. E, lado outro, a atuação preventiva do Ministério Público, de modo a evitar posterior judicialização da política pela eventual falta de assistência à saúde para a população local.
- 2) A Fundação Benjamim Guimarães – Hospital da Baleia –** deverá, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento desta ata, formalizar junto ao município, apresentação da planilha de custos operacionais decorrentes da execução do Contrato de Prestação de Serviços nº 184/2012, prorrogado, por força de aditivo, até 31 de dezembro de 2013.
- 3) O Município de Sabará,** à vista dessa planilha de custos operacionais, deverá, no prazo de 10 dias,

contados do recebimento desta ata de reunião, manifestar-se a respeito, de modo a concordar ou não com seus valores, parcial ou total, com ou sem glosa, de tudo dando ciência a Fundação Benjamim Guimarães. 4) O município de Sabará deverá, no prazo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento desta ata de reunião, manifestar-se formalmente, junto à Fundação Benjamim Guimarães, com cópia de sua decisão para o Ministério Público da comarca, quanto ao seu interesse na manutenção do Contrato de Prestação de Serviços nº 184/2012, adotando-se os atos administrativos conseqüentes exigidos por lei. 5) No caso de seu interesse na manutenção do referido Contrato, deverá, inclusive, manifestar-se quanto à possibilidade de sua prorrogação, por aditivo, no mínimo, por mais 06 (seis) meses, em acréscimo ao período de sua vigência contratual até 31 de dezembro de 2013, de modo a proporcionar à Fundação Benjamim Guimarães razoabilidade de prazo para contratação dos profissionais de saúde e investimentos (insumos, medicamentos, etc) sob sua responsabilidade contratual. Referido termo aditivo, nessas circunstâncias, deverá ser assinado a partir da liberação da ordem de serviço. Nesse caso, a Fundação Benjamim Guimarães disporá de um prazo até 30 (trinta) dias para o início de suas atividades, contados a partir da notificação formal a ser feita pelo município para sua adequação (investimentos). 6) O SEAUD/MG/DENASUS providenciará visita técnica na UPA 24 horas, após vencido o prazo de 10 (dez) dias para o município se manifestar quanto ao seu interesse ou não na manutenção do Contrato de Prestação de Serviços nº 184/2012, de forma a elaborar relatório circunstanciado dos fatos. 7) Cópia desta Ata deverá, também, ser encaminhada para a Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Sabará, bem como para o Conselho Municipal de Saúde. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais

<p><i>GILMAR DE ASSIS</i> <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i></p>	<p><i>MARCELO OLIVEIRA COSTA</i> <i>Promotor de Justiça de Tutela de</i></p>
--	--

<i>Coordenador do CAO-SAÚDE</i>	<i>Fundações e Entidades de Interesse Social da comarca de Belo Horizonte Gerais.</i>
JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Auditor Chefe do Serviço do DENASUS em Minas Gerais</i>	AGNALDO OSORIO LOPES <i>Representante da Secretaria Municipal de Saúde do município de Sabará</i>
ADRIANA CAMPOLINA AVELAR CABRAL <i>Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro</i>	ALINE ITUASSÚ DE SOUZA <i>Coordenação da Urgência e Emergência da SES/MG</i>
CLAUDIA F. MONTILHA BUENO PEREIRA <i>Coordenação da Urgência e Emergência da SES/MG</i>	LEONARDO JUSTINO MARTINS <i>Federassantas/MG</i>
WANDERSON DE OLIVEIRA <i>Gerente Administrativo da Fundação Benjamim Guimarães</i>	ELIS REGINA GUIMARÃES <i>Superintendente Geral da Fundação Benjamim Guimarães</i>
RICARDA MONTEIRO <i>Assessoria Jurídica da Fundação Benjamim Guimarães</i>	MARINEIDE CHAVES ANDRADE <i>Secretária CAOSAÚDE</i>

 <p>CAOSAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE</p>	 <p>AMPMG Ministério Público do Estado de Minas Gerais</p>
<p>Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho 30190-100 – BELO HORIZONTE – MG</p>	

Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XXXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania IPATINGA/MG

Aos quatorze dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, às 14 h, no Auditório da Fundação São Francisco Xavier, com endereço na Avenida Kiyoshi Tsunawaki, nº 40, bairro das Águas, Ipatinga/MG, realizou-se a XXXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para apresentação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macro Leste (pólo Ipatinga), instituída em 2012, aos novos gestores e prefeitos municipais; avaliação das estratégias operacionais para a (re) organização das ações e serviços de saúde, nos seus diferentes níveis de atenção, na Macrorregião Leste (pólo Ipatinga); criação da Rede Estadual de Urgência e Emergência, SAMU Regional, UPA regional e Rede Cegonha pela SES/MG na Macro Leste; Ortopedia regional; discussão sobre os principais problemas coletivos de saúde da Macro, com ênfase para o fortalecimento do Hospital Municipal de Ipatinga, repasses de verbas aos prestadores pela produção assistencial contratada e agregação de novos serviços de saúde da média e alta complexidade. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Walter Freitas de Moraes Júnior, Promotor de Justiça de Defesa da Saúde de Ipatinga/MG; João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Mauricio Rodrigues Botelho, Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG; Eduardo Caldeira de Souza Penna, Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga/MG; Pietro Chaves Filho, Prefeito Municipal de Belo Oriente/MG; Cleydson Domingues Drumond, Prefeito Municipal de Timóteo/MG; José Anchieta Mattos Pereira Poggiali, Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano; Rosiléa da Cunha de Souza, Coordenadora da Central de Regulação de Governador Valadares; Taiz Reliquias dos Santos, Coordenadora do Núcleo de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Governador Valadares; Daniela Silva Matos, Coordenadora do Núcleo de Gestão Micro da SRS de Governador Valadares; Ermíria Carvalhais Silva, Secretaria Executiva da SRS de Governador Valadares; Neuza Moraes da Silva, Coordenação do Núcleo de Regulação da SRS de Governador Valadares; Sílvio A. Alves da Silva Júnior, Assessor Administrativo do

Hospital São Camilo; Juliana Gomes, Gerente Assistencial do Hospital São Camilo; Érica Dias de Souza Lopes, Diretora Administrativa do Hospital São Camilo; Alfa Linhares Carlesso, Câmara Municipal de Ipatinga/MG; Abner M. de Araújo Júnio, Diretor Técnico do Hospital e Maternidade Vital Brazil; Alysson da Silveira Campos, Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brasil; José Úvio Ribeiro Júnio, Secretário Municipal de Saúde do Município de Belo Oriente; Ézio Guilherme da Silva, Diretor Clínico do Hospital e Maternidade Vital Brazil; Hélder Glênio Reis, Coordenador do Centro Cirúrgico do Hospital e Maternidade Vital Brazil e Hospital São Camilo; Ernane de O. Duque Júnio, Coordenação do Núcleo de Assistência à Saúde da Superintendência Regional de Saúde (SRS); Renata Lima Bernardes, Núcleo de Assistência à Saúde – Referência Protocolo de Manchester da Superintendência Regional de Saúde (SRS); Denise Dutra, Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Joanésia/MG; Ricardo Martins Araújo, Secretário Municipal de Saúde de Timóteo/MG; Sandra Maria Coelho Diniz Margon, Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar à Urgência – DAHU da Prefeitura Municipal de Ipatinga/MG; Renato Martins Araújo, Vice-prefeito municipal de Timóteo/MG; Juliano Dantas de Menezes, Coordenador Estadual da Regulação Assistencial de Ipatinga; Élio Alves Batista Filho, Setor de Regulação da Prefeitura de Ipatinga/MG; Sueli de Oliveira Amorim, Secretária de Saúde de Caratinga/MG; Robson Alves da Silveira, Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG; José Maria de Carvalho, Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG; Olgamara V. Sampaio Oliveira, Representante do Cosems Regional de Coronel Fabriciano; Marcelio Alves Costa, Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares; Sheila A. R. Furbino, Superintendente Regional de Saúde de Governador Valadares/MG; Anfilófilo Salles Martins, diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço; José Carvalho Gaspar, Conselheiro Regional do CRMMG; Vinícius Lana Ferreira, Diretor do Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga/MG; José Carlos de C. Gallinari, Assessor da Fundação São Francisco Xavier; Felipe Jannes de A. Pacheco, Assessor Jurídico da Fundação São Francisco Xavier; Mauro Oscar S. Souza Lima, Diretor do Hospital Márcio Cunha; Renato Fraga, Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares; Luis Márcio Araújo Ramos, Diretor Executivo da Fundação São Francisco Xavier; Ana Rosa Santos, Gerente do Hospital Márcio Cunha; Eduardo Caldeira de Souza Penna, Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga/MG.

A reunião foi aberta pelo Diretor Executivo da Fundação São Francisco Xavier, Luís Márcio Araújo Ramos que deu as boas vindas a cada um dos participantes,

em especial aos novos gestores municipais (prefeitos e secretários municipais de saúde). Registrou a importância da ação de Mediação Sanitária no Vale do Aço, sob a coordenação do Ministério Público, iniciada, ainda, em agosto de 2012, por ocasião da XIII Reunião, realizada no auditório da APERAM-Acesita, no município de Timóteo, com participação de 49 atores. Resgatou que na época o cenário da saúde regional era bastante caótico, com fragilidade das redes de atenção à saúde, deficiências na gestão, subfinanciamento do sistema, falta de integração e solidariedade entre os atores da saúde, agravados pela drástica redução de atendimentos pelo Hospital Municipal de Ipatinga, paralisação dos atendimentos pela Clínica Ortopédica no Hospital Vital Brasil em Timóteo, considerável déficit quantitativo e qualitativo de leitos da região, baixíssima efetividade da atenção básica em quase todos os municípios da região. QUE todo esse quadro caótico influenciou diretamente na situação assistencial e financeira do Hospital Márcio Cunha. QUE durante esse período houve plena ocupação dos mais de 300 leitos (Hospital Márcio Cunha) destinados ao SUS, com um regime de internação de pacientes em macas no pronto socorro, inclusive, atendimentos de casos extremamente graves e a pressão pelos atendimentos de média e baixa complexidade. QUE, nesse sentido, em 2011, o déficit operacional SUS do Hospital Márcio Cunha chegou a R\$ 11.000.000,00. QUE diante desse quadro, reforçado pelo reconhecimento da estratégia da ação de Mediação Sanitária, sob coordenação do CAOSAÚDE, o Hospital Márcio Cunha oficiou ao Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais para que, dentre outras, viabilizasse os recursos financeiros necessários à sua continuidade assistencial, como prestador diferenciado do SUS, evitando-se os riscos à população do Vale do Aço. QUE todo esse esforço solidário, no projeto da Mediação Sanitária, entre os diversos atores foi fundamental para que houvesse superação de parte dessas deficiências. QUE o Hospital Márcio Cunha, inserido na rede SUS, como referência para toda Macro Leste, é parceiro do SUS. QUE são feitas cerca de 22.000 internações ano para a Rede SUS. QUE o Hospital Márcio Cunha é referência para o Leste Mineiro, sendo pilar para os atendimentos de média e alta complexidade hospitalar para uma população de 785.000 habitantes e 35 municípios. QUE dos 501 leitos disponíveis, 300 deles são destinados ao SUS. QUE o Hospital Márcio Cunha dispõe de gestão profissionalizada, certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). QUE possui seu pronto socorro (porta aberta 24 horas) referência para toda a região para os casos de maior complexidade (traumas, casos clínicos complexos, gestação de alto risco, emergência em oncologia, ortopedia, pediatria, etc). QUE o

custo aproximado dessa unidade de pronto socorro é de R\$ 3.371.000,00, com recebimentos de recursos (PROURGE), originado da SES/MG, no valor de R\$ 750.000,00. QUE possui 08 leitos credenciados (neonatal e pediatria) para garantia da gestação de alto risco, além de uma unidade intermediária neonatal com 15 leitos para garantia da demanda excessiva. QUE possui 12 leitos UTI Adulto, com taxa de ocupação de 80%. QUE possui um extra teto de R\$ 7.000.000,00 anual, cujo déficit é agravado pelo extrapolamento da média complexidade hospitalar em 64% da meta financeira pactuada para atendimentos em Ipatinga e realizados no Hospital Márcio Cunha. QUE considera importante a revisão do valor médio da AIH Regional pelo Ministério da Saúde, de modo que possam melhor prestar atenção à saúde regional na ortopedia, cirurgia vascular e neurocirurgia. QUE propõe a continuidade das discussões pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária a cada 10 (dez) dias, em face das duas subcomissões, bem como pela entrada dos novos gestores e prefeitos municipais. QUE deverá haver uma especial sensibilidade pela SES/MG no sentido da discussão do investimento/custeio para a Macro Leste. QUE considera que o Hospital Márcio Cunha possa atuar, nessa lógica de sensibilização da SES/MG, como o Hospital João XXIII de Belo Horizonte. QUE é preciso discutir, com qualidade, a ortopedia regional, inclusive, para a atenção da alta complexidade, ainda inexistente para os usuários do Vale do Aço. **EM SEGUIDA, foi dada a palavra ao Superintendente Regional de Saúde da Macro Leste – pólo Ipatinga José Anchieta Pereira Poggiali** encarregado de, em nome da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária (Assuntos Emergenciais e Rede de Urgência e Emergência), instituída, ainda, em agosto de 2012, por ocasião da XIII Reunião de Mediação Sanitária, no município de Timóteo, fazer apresentação dos trabalhos concluídos/pendentes para conhecimento geral, em especial para os fins de integração dos novos gestores (prefeitos e secretários municipais de saúde) a esse projeto de reorganização regional das ações e serviços de saúde, com vistas à superação dos grandes desafios, em face do cenário sanitário caótico predominante à época naquela região, conforme já retratado, agora há pouco, pelo Dr. Luís Marcio, Diretor Executivo da Fundação São Francisco Xavier. QUE atualmente os trabalhos realizados por essa Comissão, também com participação da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, ainda se encontram na fase da Assistência à Saúde, uma vez que, no conceito de visão integrada de saúde, se propôs (também) a fazer levantamento (diagnostico) situacional das estratégias da atenção primária, epidemiologia, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, regulação, núcleo de gestão

microrregional. QUE no tocante a essa estratégia da Assistência à Saúde (foco na implantação da Rede de Urgência e Emergência da Macro Leste), essa Comissão de Trabalho deliberou, como metodologia operacional, uma abordagem construtiva e reorganizativa dos seguintes pontos: classificação hospitalar/vocação; consórcio intermunicipal; SAMU Regional (pontos na rede); Central de Regulação de Leitos; Processo de comunicação; Investimentos captação recursos; Desenho da Rede. QUE nessa primeira fase do projeto, denominada Classificação Hospitalar, com proposta de definição da vocação sanitária dos diversos equipamentos de saúde (hospitais), foram feitas visitas a cada um desses prestadores no Vale do Aço, com sugestão de que, também, sejam, semelhantemente, realizadas pela SRS pólo de Governador Valadares, em face dos seus municípios adscritos. QUE, até o presente momento, foram CONCLUÍDAS as seguintes estratégias pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária no tocante à Meta CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR/VOCAÇÃO: (1) visitas aos hospitais da região do Vale do Aço (outubro/novembro de 2012); (2) Relatório da situação em saúde dos hospitais e unidades de saúde da região do Vale do Aço (novembro/dezembro 2012); (3) Decisão da Comissão de Mediação Sanitária no tocante à inclusão do município de Governador Valadares no processo (dezembro 2012); (4) Acompanhamento do diagnóstico sanitário em Governador Valadares, sob a coordenação da Superintendência Regional de Saúde daquele município (março 2013). QUE ainda encontram-se PENDENTES de conclusão, para essa Meta, os seguintes: (1) Consolidação dos trabalhos (planejamento) realizados pela Macro Leste, em face dos municípios pólos de macrorregião de Governador Valadares e Ipatinga (maio 2013); (2) Definição das vocações assistenciais e responsabilidades pelos prestadores (hospitais) e demais unidades de saúde da Macro Leste, na lógica das necessidades epidemiológicas e visão sistêmica regionalizada (Maio 2013); (3) Validação dessa proposta de reorganização assistencial (identidade sanitária) de cada um dos prestadores da Macro Leste pela Subsecretaria Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG (junho 2013); (4) Definição de Investimentos públicos para operacionalização dos pontos de atenção (equipamentos de saúde) na proposta validada de desenho de rede, pelo Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais (setembro 2013); (5) Início de operacionalização de acordo com as vocações assistenciais de cada equipamento de saúde (outubro 2013). QUE, no tocante, a outra Meta de trabalho, consubstanciada na criação do Consórcio Intermunicipal da Rede Estadual de Urgência e Emergência, foram CONCLUÍDAS as seguintes etapas: (1) Definição de participantes para benchmarking em regiões de saúde que

já implantaram o Consórcio Estadual da Rede de Urgência e Emergência (abril 2013); (2) Definição do público-alvo, número de reuniões para apresentação do projeto junto aos prefeitos, presidentes de câmaras, secretários municipais de saúde, presidentes de comissão de saúde do legislativo municipal (março 2013); (3) Identificação de legislação, como, por exemplo, decreto municipal de adesão ao Consórcio Estadual da Rede de Urgência e Emergência (março 2013); (4) Estudo do material coletado (março 2013). QUE ainda estão PENDENTES de conclusão, para essa Meta de criação do Consórcio Intermunicipal da Rede Estadual de Urgência e Emergência, os seguintes: (1) realizar benchmarking (maio 2013); (2) convocação para apresentação do projeto (junho 2013); (3) logística para realização do evento, com entrega de legislação para os participantes (junho 2013); (4) preparação para a apresentação aos participantes (maio 2013); (5) realização da reunião para apresentação do projeto (julho 2013); (6) criação e aprovação de lei municipal específica para implantação do consórcio (agosto 2013); (7) preparação das oficinas para instalação do consórcio na Macro Leste (agosto 2013); (8) realização das oficinas em toda a Macro Leste (agosto, setembro e outubro 2013); (9) início da constituição do consórcio (novembro 2013). EM SEGUIDA, foi feita apresentação (Power point) dos investimentos financeiros na área da saúde, com recursos (exclusivos) estaduais, no período de 2012/2013, com referência à Macro Leste, pólo de Ipatinga, em face de sua Superintendência Regional de Saúde (SRS), com alcance das microrregiões de Caratinga, Timóteo/Coronel Fabriciano e Ipatinga. QUE, assim, nesse período foram investidos pela SES/MG um total de R\$ 85.131.200,00, a saber: projeto de fortalecimento da vigilância e proteção da saúde (R\$ 1.200.000,00); Saúde em Casa (R\$ 2.200.000,00); Farmácia de Minas (R\$ 900.000,00); Ação Emergencial de Combate a Dengue (R\$ 1.807.500,00); Construção e Reforma de UBS (R\$ 9.549.000,00) e Hospitais – custeios/investimentos (R\$ 69.474.700,00). QUE a SES/MG, nesse período, destinou/previsto um total de R\$ 24.100.000,00 de recursos financeiros para o prestador privado, sem fins lucrativos, Hospital Márcio Cunha, com sede em Ipatinga, a saber: Custeio para o sistema de urgência (R\$ 13.800.000,00); Compra de equipamento para ressonância magnética (R\$ 3.800.000,00); Recursos para Central de Esterilização (R\$ 500.000,00); Recursos para compra de Tomógrafo (R\$ 1.300.000,00); Recursos do PROHOSP 2013 (R\$ 4.700.000,00). QUE o prestador Hospital Vital Brasil, situado em Timóteo, nesse período, recebeu um total de R\$ 9.412.700,00 de recursos financeiros exclusivos da SES/MG, a saber: UTI neonatal/Unidades de alimentação e nutrição - OBRAS (R\$ 1.255.500,00); UTI neonatal/Unidades de alimentação e nutrição – CUSTEIO (R\$

1.937.200,00); Aparelho de Tomografia (R\$ 1.050.000,00); PROHOSP (R\$ 900.000,00); PROURGE (R\$ 450.000,00); Convênios/emendas/materiais e equipamentos (R\$ 820.000,00) e Construção de 12 leitos UTI adulto e 74 leitos de internação (R\$ 3.000.000,00). QUE a SES/MG, nesse período, destinou/previsto um total de R\$ 27.312.000,00 de recursos financeiros para o prestador privado, sem fins lucrativos, Hospital São Camilo, com sede em Coronel Fabriciano, a saber: Desapropriação (R\$ 10.300.000,00); Reforma (R\$ 3.294.000,00); Equipamentos (R\$ 2.818.000,00); Ampliação de mais outros 72 leitos (R\$ 4.000.000,00); Emenda parlamentar (R\$ 500.000,00) e Custeio mensal (R\$ 6.400.000,00). QUE a SES/MG, somente no ano de 2013, destinou/previsto um total de R\$ 8.650.000,00 de recursos financeiros para o prestador privado, sem fins lucrativos, Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, com sede em Caratinga, a saber: PROHOSP (R\$ 1.200.000,00); PROURGE (R\$ 450.000,00); Convênios/emendas/materiais e equipamentos (R\$ 2.000.000,00) e Investimentos em 10 leitos UTI adulto, 04 UTI neonatal, Bloco cirúrgico, 40 leitos de clínica médica/cirúrgica, serviço de apoio, etc (R\$ 5.000.000,00). **Dada a palavra ao Promotor de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde, da comarca de Ipatinga, Walter Freitas de Moraes Júnior** agradeceu a presença de todos, destacando a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público que, sem dúvida, é uma excelente ferramenta para a lógica da reorganização coletiva das ações e serviços de saúde, com ressonância para a redução da judicialização da política. QUE está muito confiante nessa estratégia compartilhada de reorganização das ações e serviços de saúde, primeiramente, no módulo assistencial (assuntos emergenciais e implantação da Rede Estadual de Urgência e Emergência). QUE acredita nesse modelo de atuação resolutiva do Ministério Público, uma vez que essa Comissão de Trabalho, instituída democraticamente, com participação plural, tem enfrentado as causas coletivas (problemas) de saúde em toda a Macro Leste. QUE a falta dessa reorganização político administrativa tem ressonância direta para a judicialização da saúde. QUE participou do levantamento (diagnóstico situacional) em cada um dos prestadores (hospitais) da Macro Leste – pólo Ipatinga. QUE desde o ano passado vem mantendo um diálogo próximo com a atual administração municipal no tocante à política da saúde pública. QUE o atual Gestor Municipal de Ipatinga tem feito um esforço considerável na busca do fortalecimento do Hospital Municipal. QUE são muitos os desafios, notadamente na área da urgência e emergência, que precisam ser enfrentados, coletivamente, em face do prestador Hospital Municipal de Ipatinga. QUE o Hospital Municipal de Ipatinga sequer tinha sua constituição

jurídica, problema esse solucionado pela nova administração municipal, ao reconhecê-lo (hospital) como unidade orçamentária. QUE esse Hospital Municipal presta serviços não somente para a população local, mas também para inúmeros usuários originados dos diversos municípios, portanto, com papel regional (fato), situação essa que precisa ser repensada pelos entes governamentais (municípios, SES/MG e Ministério da Saúde). QUE importante eventual decisão que venha transformar o Hospital Municipal de Ipatinga em Hospital Regional. QUE considera fundamental, a par da reestruturação logística, financeira e assistencial do Hospital Municipal de Ipatinga, pelos diferentes entes governamentais, a construção de protocolos entre ele e o Hospital Márcio Cunha, com definição e clareza dos processos de referência e/ou contrarreferência. QUE considera emergencial a discussão, pela SES/MG e Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga no tocante à criação de uma unidade do Hemominas no município, haja vista que atualmente a referência tem sido em Governador Valadares, o que, à evidência, traz prejuízos assistenciais consideráveis em face das demandas recorrentes. QUE a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá reunir-se nos próximos dias para atuação nas suas duas facetas: assuntos emergenciais e criação da Rede Estadual da Urgência e Emergência. QUE considera importante que todas essas discussões tenham como referência (ponto de partida) o próprio município central de Ipatinga. **Dada a palavra ao Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga, Eduardo Caldeira de Souza Penna**, esclareceu que assumiu a gestão no início de janeiro de 2013. QUE anteriormente exercia a função de Secretário Municipal de Saúde do município de Contagem. QUE ressalta, em face da apresentação feita agora há pouco pelo Superintendente Regional de Saúde (SRS), versando sobre os investimentos financeiros exclusivos da SES/MG, em face dos principais prestadores (hospitais) da região do Vale do Aço, que apenas o Hospital Municipal de Ipatinga efetivamente não foi contemplado. QUE os recursos repassados pela SES/MG para o Hospital Municipal de Ipatinga, com verdadeira atuação regional, são do PROHOSP, no valor mensal de R\$ 86.000,00. QUE considera fundamental a inclusão do Hospital Municipal de Ipatinga, a exemplo de todos esses outros prestadores da Região do Vale do Aço, de natureza privada, conveniada ao SUS, que, também, possa merecer a devida atenção financeira da SES/MG. QUE o município de Ipatinga, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, assinou no ano passado (administração municipal anterior) Contrato nº 2038/2012, de 13 de julho de 2012, com prazo de um ano, celebrado com a Fundação São Francisco Xavier, mantenedora do Hospital Márcio Cunha, cujo

objeto constitui em *parceria para realização de serviços, ações e atividades, no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS, conforme Plano Operativo Anual – POA, parte integrante deste instrumento, buscando a qualificação da assistência no processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS*. QUE referido contrato, em sua cláusula 3.2, dispõe sobre as regras para referência e contrarreferência, mediante autorização prévia dos serviços de saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência. QUE o valor anual estimado para a execução desse contrato importa em R\$ 50.265.283.32. QUE o componente pós-fixado, no valor anual de R\$ 15.694.288,05, que corresponde aos procedimentos de alta complexidade e aos procedimentos estratégicos (FAEC), já cadastrados, serão repassados para o Hospital Márcio Cunha a posteriori (pós-produção), de acordo com a produção mensal aprovada pela SMS Ipatinga, até o limite de transferência do Fundo Nacional de Saúde. QUE o repasse de valores correspondentes ao extrapolamento de teto em Oncologia (radiologia e quimioterapia), Terapia Renal Substitutiva (TRS) e internações Hospitalares de Média e Alta Complexidade será efetuado pelo Fundo Municipal de Saúde de Ipatinga, conforme Deliberação CIB-SUS, em até 10 dias úteis da identificação do crédito em conta. QUE a parcela pré-fixada, no valor anual de R\$ 24.860.646,73, de natureza média complexidade e mais incentivos federais, será transferida para o Hospital Márcio Cunha em parcelas fixas duodecimais, com oneração do Fundo Municipal de Saúde de Ipatinga. QUE desses valores (pré-fixado), cerca de 10% são repassados mensalmente, em parcelas variáveis, para o Hospital Márcio Cunha, de acordo com o índice de fator de moderação, divulgado pela Comissão de Acompanhamento de Contrato, vinculado ao cumprimento das metas de qualidade. QUE os outros 90% do valor pré-fixado são repassados, mensalmente, ao Hospital Márcio Cunha, em parcelas fixas, após o cumprimento de metas físicas no âmbito das ações e procedimentos da atenção da média complexidade. QUE o Hospital Municipal de Ipatinga realiza cerca de 5.000 internações/ano somente na Clínica Médica. QUE há previsão para construção/término de um Bloco Cirúrgico para esse prestador público. QUE o município deverá inaugurar sua UPA, unidade pré-hospitalar, de urgência e emergência, nível ambulatorial, até o final do ano de 2013. QUE um dos grandes desafios será a manutenção das equipes de profissionais médicos de saúde em regime de plantão presencial nessa UPA. QUE há um déficit regional de 100 leitos em Clínica Médica no Vale do Aço. QUE após a inauguração da UPA haverá

melhores condições de funcionamento para o Hospital Municipal de Ipatinga, sobretudo nos atendimentos retaguarda de clínica médica, com resolubilidade na média complexidade regional. QUE há necessidade de estudo complementar no sentido de se assegurar sustentabilidade financeira para essa UPA Regional, além dos recursos já previstos pelo Ministério da Saúde (50%), SES/MG (25%) e município de Ipatinga (25%). QUE considera importante a participação financeira dos demais municípios adscritos em face da UPA Regional. QUE há em andamento estudos/planejamento para adequada reestruturação do Hospital Municipal, haja vista que sua atual estrutura de 150 leitos foi prevista há 12 anos. QUE o município conta com SAMU, embora a região do Vale do Aço ainda não conta com o SAMU Regional. QUE não houve reajuste dos investimentos para o SAMU de Ipatinga há mais de 02 anos. QUE não obstante a repartição de competência financeira para custeio do SAMU de Ipatinga, na lógica de 50% Ministério da Saúde, 25% Secretaria Estadual de Saúde e outros 25% Município, o fato é que, na prática, o município de Ipatinga tem participado com mais de 60% desses investimentos. QUE o Hospital Municipal de Ipatinga, com atuação regional, depende, em caráter de urgência, de novos recursos financeiros (custeio), pela SES/MG e Ministério da Saúde, de modo que possa qualificar a lógica do fortalecimento regional. QUE dos atuais 10 leitos UTI, apenas 06 deles encontram-se em operação. QUE opera com 150 pacientes internados dia, embora muitos deles ainda em condições de leitos maca. QUE um dos projetos, com prazo máximo de até 02 anos, é de se chegar a 120 leitos e operacionalização de 20 leitos UTI. QUE o custo mensal do Hospital Municipal de Ipatinga é de R\$ 2.500.000,00. QUE praticamente todos os recursos financeiros de seu teto MAC (média e alta complexidade), repassados, mensalmente, pelo Ministério da Saúde tem sido investido, por força de Contrato Operacional, para o prestador Hospital Márcio Cunha. QUE considera emergencial a decisão definitiva quanto à eventual criação de bloco cirúrgico para o Hospital São Camilo, situado no município de Coronel Fabriciano, de modo que, da mesma forma, como Gestor SUS, possa, a partir dessa decisão (construção ou não) qualificar seu processo decisório no tocante ao seu projeto de criação do bloco cirúrgico do Hospital Municipal de Ipatinga. QUE os atendimentos da clínica médica, média complexidade, sobretudo das demandas originadas no município de Ipatinga, no seu entender, devem ser absorvidos pelos prestadores públicos, no caso, o Hospital Municipal de Ipatinga. QUE apresenta como proposta de vocação/identidade para o Hospital Municipal de Ipatinga sua referência para os atendimentos, média complexidade, urgência e emergência, na Clínica Médica

regional. QUE justifica essa sua reivindicação, dentre outras, pelo próprio reconhecimento do Hospital Márcio Cunha de sua sobrecarga no atendimento dos procedimentos da média complexidade que, no caso, teria gerado um extrapolamento de R\$ 7.000.000,00, correspondente a um percentual de 64% da meta financeira (média complexidade) pactuada para os atendimentos de Ipatinga. QUE indica para participação na Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, módulo assuntos emergenciais, o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador do SAMU Ipatinga e, no módulo criação da Rede Estadual da Urgência e Emergência, o Secretário Municipal de Saúde, o Diretor Técnico do Hospital Municipal de Ipatinga e a Coordenadora da Urgência e Emergência Municipal. **EM SEGUIDA, o promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE,** manifestou sua satisfação com os resultados alcançados pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macrorregional, em especial para resolução conjunta dos problemas emergenciais e da construção da Rede de Urgência e Emergência (RUE). QUE essa atuação, solidária e democrática, é exemplo e ressonância estadual e nacional, particularmente para as demais regiões de saúde em todo o estado de Minas Gerais. QUE as Regiões de Saúde Triângulo do Sul (27 municípios), Oeste (55 municípios) e Sudeste (94 municípios) também estão a atuar, na forma de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, a exemplo da Macro Leste, com resultados surpreendentes na lógica da reorganização das ações e serviços de saúde, fortalecimento regional, implantação das Redes de Atenção à Saúde, como, por exemplo a Rede Estadual de Urgência e Emergência. QUE a ação de Mediação Sanitária será difundida nacionalmente em projeto (andamento) do Ministério da Saúde, onde se pretende realização de um curso nacional e capacitação para profissionais e gestores, realizado pela UNA-SUS e Universidade Estadual do Rio de Janeiro. QUE também há pretensão de sua apresentação (andamento) para o Banco Mundial em Washington, conforme preliminar interesse de seu representante da área da saúde no Brasil. QUE ressalta, sobretudo para os novos gestores e prefeitos municipais presentes na reunião, que a ação de Mediação Sanitária não visa usurpação de funções típicas dos demais órgãos e instâncias colegiadas com atenção na saúde pública, antes, potencializa o discurso político sanitário na perspectiva de sua efetiva implantação prática (concreta). QUE, não obstante o reconhecimento uníssono de que os principais desafios do ideal constitucional sanitário estão na proposta da gestão profissionalizada e no subfinanciamento do SUS, acredita que, também, a superação do político, em razão das especificidades políticas, culturais, sociais,

demográficas, etc., constitui-se em desafio maior de sua superação. QUE reconhece os destacados avanços, na lógica da reorganização assistencial regional do Vale do Aço, através dos trabalhos da Comissão de Mediação Sanitária, podendo afirmar que essas tarefas favorecem qualitativamente para que a região possa a ser uma das primeiras à implantação do COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde). QUE o COAP não pode ser, no seu entender, simplesmente a incorporação da PPI assistencial, mas retratar fidedignamente as necessidades reais de saúde, na lógica regional, inseridas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). QUE esse novo Ministério Público, com atuação resolutiva, em substituição à demandista reflexiva, está disposto a integrar essa agenda positiva. QUE com relação ao diagnóstico apresentado pelo Superintendente Regional de Saúde sugere que, por ocasião de sua validação/aprovação pelo Secretário Estadual de Saúde, conforme cronograma, possa ser também apresentado, nessa reunião, ao Ministério da Saúde. QUE esses Gestores (estadual e federal), por ocasião da validação/aprovação desses estudos, observadas as instâncias colegiadas, possam fazer os investimentos financeiros necessários para a Macro Leste, sobretudo para a construção da Rede de Urgência e Emergência (RUE). QUE é preciso trabalhar com o ideal da suficiência assistencial da média complexidade em cada uma das microrregiões sanitárias (Regiões de Saúde), bem como com a proposta dessa mesma suficiência da alta complexidade para os municípios pólos de Ipatinga e Governador Valadares, com definição de fluxos operacionais de atendimentos, nas situações eletivas e de urgência e emergência. QUE a figura do Consórcio Intermunicipal da Urgência e Emergência, com proposta de sua criação, conforme cronograma, para gerir a RUE – Rede Estadual de Urgência e Emergência é importante, mas que considera, também, essencial o empoderamento, pelos gestores, da ferramenta da Cooperação Técnica entre Entes Públicos, conforme previsto no artigo 241 da Constituição Federal e, recentemente pela Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012. QUE pondera para que todos esses estudos, construídos sob a forma compartilhada, portanto com legitimação social, possam ser de fatos conhecidos e validados pela SES/MG e Ministério da Saúde, com estrutura hospitalar de retaguarda reordenada, fortalecida e com investimentos necessários. QUE considera importante a discussão sobre a ampliação do Hospital Municipal de Ipatinga para atuação regional, com vocação para os atendimentos da média complexidade, sobretudo para a clínica médica, haja vista o extrapolamento desses procedimentos em mais de 64% da meta prevista pelo prestador Márcio Cunha. QUE, no seu entender, o Ministério da Saúde não deveria aprovar a criação de SAMU

municipal, haja vista que sua lógica, sobretudo pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é a do atendimento regional. QUE não faz sentido a alocação de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e SES/MG para criação de SAMU municipal. QUE, no caso do Vale do Aço, região conurbada (metropolitana) essa relação não preconiza a equidade no acesso aos serviços do SAMU. QUE considera importante a decisão colegiada, pelos gestores do Vale do Aço, no sentido da construção da Rede SAMU, no enfoque regionalizado, com definição técnica dos pontos de acesso (USB, USA e Complexo Regulador). QUE a Macro Leste (Governador Valadares/Ipatinga) deverá discutir sobre a criação desse Complexo Regulador. QUE concorda com o SMS de Ipatinga no sentido de que essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, em face da composição especial de seus membros, possa definir, com urgência, sobre a criação ou não do bloco cirúrgico no Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano), haja vista que o município de Ipatinga, em face de sua proposta assistencial, precisa qualificar seu processo de abertura de bloco cirúrgico no Hospital Municipal. QUE não concorda com as tensões provocadas pelas discussões sobre responsabilidades de transporte de pacientes SUS entre os hospitais, haja vista o reflexo negativo para a assistência. QUE, no seu entender, ressalvados os casos dos serviços especializados do SAMU (urgência e emergência), bem como da política do Deslocamentos de Usuários para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), a responsabilidade pelo transporte de pacientes no ambiente de internação hospitalar, é mesmo do prestador (unidade de saúde). QUE nos casos de pacientes internados, por força de cobertura de plano ou seguro de saúde (saúde suplementar), nos termos do artigo 7º da Resolução CONSU nº 13, de 03 de novembro de 1998, caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. QUE na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS. QUE a operadora somente estará desobrigada dessa responsabilidade (médica e financeira da remoção), no caso de o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do tratamento em unidade diferente do SUS. QUE a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá avaliar os impactos assistenciais pela decisão de construção de uma UPA Regional pelo município de Ipatinga, com vocação para os atendimentos de urgência e emergência, haja vista (conforme divulgação no site da Fundação São

Francisco Xavier) os recentes investimentos feitos no Hospital Márcio Cunha, conforme Plano Diretor de Obras, 1ª fase (2011/2013), no valor de R\$ 50.500.000,00, aqui incluídos o novo Pronto Socorro, com área adicional de 2,8 mil m², com Unidade de Observação Infantil e Pediátrica, com 08 leitos de atendimentos, separando os atendimentos pediátricos simples dos de maior complexidade; criação da Unidade para Observação para Adultos, com aparelhos modernos e 17 leitos de atendimento; 08 novos consultórios, sendo 03 de acolhimentos e classificação de risco, 02 pediátricos e 03 de urgências clínicas; Sala de Urgência Clínica; Sala de Serviço Social, Área Administrativa para gestão, suporte, treinamento e confortos médico e de enfermagem; equipamentos de última geração. QUE é preciso adotar estratégias e cuidados necessários, com protocolos assistenciais, de modo a se evitar a política da concorrência e falta de escala operacional em decorrência das duplas portas. QUE considera importante (emergencial) a discussão pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, sem prejuízo do obrigatório respeito e observância da autonomia político administrativa do Município de Ipatinga, na lógica da reordenação das ações e serviços de saúde, da prestação dos serviços da média e alta complexidade no Vale do Aço, pelos seus diversos prestadores (unidades hospitalares), bem como do próprio Contrato nº 2038/2012, com vencimento para 15 de julho de 2013. **DADA A PALAVRA AO AUDITOR CHEFE DO DENASUS/MG, Dr. João Batista da Silva**, ressaltou que tem acompanhado toda essa discussão sanitária no Vale do Aço. QUE destaca toda sua indignação com a com a atenção à saúde dos pacientes internados no Hospital Municipal de Ipatinga, no ano de 2012, conforme relatado em sua visita técnica. QUE respondeu aos quesitos específicos formulados pelo Ministério Público Estadual e Federal em face do cenário assistencial “de guerra”. QUE considera que todo aquele problema se deveu essencialmente ao componente de gestão e seriedade nos gastos repassados pelos entes governamentais. QUE também considera relevante a desestruturação da saúde pública no Vale do Aço, no ano de 2012, como uma das causas para o congestionamento da atenção á saúde no Hospital Municipal de Ipatinga, haja vista atuar de fato como unidade regional de saúde. QUE considera importante a discussão sobre a criação da Rede Estadual de Urgência e Emergência na Macro leste, cujo assunto deverá preceder a qualquer outro, como, por exemplo, a criação/formação de Consórcio Intermunicipal de Urgência e Emergência. QUE a gestão independente é muito importante. QUE hoje, em face da Lei federal nº 12.527, d, e 18 de novembro de 2011, também conhecida como lei da transparência, os gestores, assim como os prestadores

filantrópicos ou sem fins lucrativos, devem agir com profissionalização, com transparência, diferenciando o que são recursos públicos federal, estadual ou municipal. QUE o próprio Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais lançou recentemente o SGI – Sistema Informatizado de Gestão de Identidade, de modo a centralizar os acessos dos jurisdicionados às páginas do Tribunal na internet. QUE, dentre outros, estão obrigados ao uso do SGI os fundos estaduais e municipais; os consórcios públicos com personalidade jurídica de direito público ou de direito privado, dos quais fazem parte o Estado de Minas Gerais ou qualquer dos seus municípios. QUE também o SICOM – Sistema Informatizado de Contas Municipais que irá substituir paulatinamente alguns dos atuais sistemas informativos do TCE-MG, faz parte da estratégia estabelecida no planejamento 2010/2014 do TCE-MG, onde, dentre outras, deverá disponibilizar informações sobre receita arrecadada e os gastos públicos. QUE alguns dos gestores municipais, em infração ao Termo de Compromisso celebrado, inclusive, com o Ministério da Saúde, tem feito retenção de repasses dos recursos, pela produção assistencial dos prestadores, nas ações e serviços da urgência e emergência (Rede Resposta e Retaguarda Hospitalar), o que não é admissível, com cometimento de infrações, como, por exemplo, apropriação indébita e improbidade administrativa, sem prejuízo da tomada de contas especial.

Dada a palavra ao Diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço, Dr. Anfilófilo Salles Martins informou que essa agência foi recentemente criada, tendo como uma das metas o planejamento das ações compartilhadas até o ano de 2030, envolvendo, por exemplo, transportes, meio ambiente, saúde. **Dada a palavra ao Prefeito Municipal de Belo Oriente, Pietro Chaves Filho** ressaltou a relevância da ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE seu município possui uma unidade hospitalar pública, sob a denominação de Fundação de Assistência Social e Saúde, sob gestão municipal. QUE seu prestador, criado no ano de 2004, com 36 leitos SUS, possui capacidade de expansão para 60 leitos SUS. QUE seus leitos são destinados para cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e pediatria. QUE tem conhecimento de que sua unidade de saúde é considerado hospital de pequeno porte, mas que tem feito um bom acolhimento às demandas locais. QUE tem interesse na agregação de serviços e densidade tecnológica de seu prestador, de modo a ser referência, na vocação sanitária, dentro do Vale do Aço, de modo a desafogar os atendimentos prestados pelo Hospital Municipal de Ipatinga e Hospital Márcio Cunha. QUE seu município fica próximo à BR 381, daí a possibilidade de ser ponto de atenção para a Rede SAMU. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Timóteo, Cleydson Domingues Drumond**

destacou que seu município também recebe usuários de toda a região do Vale do Aço. QUE tem conhecimento dos graves problemas de saúde originados da administração municipal anterior, razão pela qual nesse início de mandato tem se esforçado para resolução desse “passivo”. QUE vai equalizar os problemas de pagamentos atrasados pela produção assistencial do Hospital Vital Brasil. QUE possui como promessa de campanha a prestação de uma melhor saúde para a população de Timóteo. QUE comprometeu-se na construção de uma UPA para Timóteo. QUE essa UPA será porte II, com aprovação pela CIB-MG. QUE irá aumentar, quantitativa e qualitativa, a cobertura da atenção básica no município, como, por exemplo, nas Equipes de Saúde da Família (cobertura 50,5% - CNES Datasus). QUE reconhece a existência de dupla porta da urgência e emergência, ambulatorial, em Timóteo. QUE atualmente tem gasto aproximado de R\$ 700.000,00 na sua unidade de pronto atendimento, bem como, ainda, repassa para o pronto socorro do Hospital Vital Brasil cerca de R\$ 500.000,00. QUE espera acabar com essa dupla porta a partir da criação e funcionamento de sua UPA, porte II. QUE a nova UPA deverá atender cerca de 260 a 300 pessoas diariamente. QUE atualmente o pronto atendimento municipal passa por sérias dificuldades de seu financiamento, com possibilidades de seu fechamento antecipado, com impactos para toda a região do Vale do Aço, razão pela qual pondera para a atenção emergencial da Comissão de Mediação Sanitária, com proposta de resolução para esse grave problema. **Dada a palavra ao Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares, Renato Fraga,** também ressaltou a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE acredita nesse modelo democrático, plural, compartilhado de discussão e resolução dos principais problemas coletivos de saúde de toda Macro Leste. QUE reafirma sua solicitação no sentido de que seja marcada uma reunião de Mediação Sanitária no pólo Governador Valadares, com participação do promotor de Justiça de Defesa da Saúde Lélcio Braga Calhau. QUE, a exemplo dos trabalhos que estão sendo feitos pela Comissão de Mediação Sanitária, no pólo Ipatinga, também estão realizando, com o apoio da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, relatório situacional do módulo assistencial, em face dos diversos prestadores (unidades de saúde). QUE reivindica a nomeação de um membro da SMS de Governador Valadares na Comissão de Mediação Sanitária encarregada da discussão da Rede Estadual de Urgência e Emergência. **Dada a palavra ao Coordenador da Regulação Assistencial da SES/MG, Juliano Dantas de Menezes** ressaltou que ainda é evidente o déficit de leitos na região. QUE essa discussão

sobre definição vocação de cada um dos prestadores (hospitais) na região, com informação atualizada no CNES, é muito importante para qualificação do processo decisório dos reguladores da Central. QUE um dos graves problemas de acesso assistencial está na neurocirurgia, alta complexidade, uma vez que a referência (Hospital Márcio Cunha) está com número insuficiente desses profissionais. QUE é preciso iniciar uma discussão, com protocolos assistenciais, no sentido de que possa haver troca de pacientes, em face dos procedimentos especializados e da vocação da unidade hospitalar. QUE também concorda com a fala do promotor de Justiça Coordenador do CAOSAUDE no sentido de que muitas das vezes consegue-se transporte aéreo para deslocamentos de pacientes para outros municípios e não se consegue, pela via terrestre, esse deslocamento entre os hospitais da região, daí a necessidade de definição, clara, sobre essas responsabilidades. QUE é preciso utilizar bem a estrutura já existente. **Dada a palavra para o Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brazil, Dr. Alysson S. Campos,** também elogiou a ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, em especial do CAOSAUDE. Destacou sobre o equivocado foco do modelo, centrado no político e econômico, sem percepção adequada do assistencial. QUE há verdadeiro ciclo virtuoso em face da gestão administrativa e gestão clínico-assistencial. QUE considera correto o ajuste da função do médico, antes estritamente assistencial, para um modelo híbrido no qual o médico possa assumir funções de gestão dos pacientes em harmonia com as melhores práticas assistenciais e de custo-efetividade. QUE os centros de resultados (hospitais) dependem de pessoas adequadamente capacitadas, dimensionadas, articuladas em equipes multiprofissionais e trabalhando sob o espírito de ajuda mútua (com objetivos comuns), de modo a proporcionar o caminho para a efetividade. QUE, na sua modesta opinião, são os seguintes serviços médicos idealizados para o Hospital Vital Brazil, no cenário regional, a saber: (i) setores-serviços: pronto socorro, bloco cirúrgico, centro obstétrico, maternidade, internação, UTI adulto, UTI neo-pediátrica, ambulatório, diagnóstico por imagem e laboratório; (ii) plantões médicos: clínica médica (02), cirurgia geral (01), ortopedia (01), obstetrícia (02), pediatria (02), anestesia (01), UTI adulto (01) e UTI neo-pediátrica (01); (iii) sobreavisos médicos: anestesia (08), clínica médica (06), cirurgia geral (06), ortopedia (06), gineco-obstetrícia (03), pediatria (03), cardiologia (03), radiologia (03), neurologia (02), neurocirurgia (02), nefrologia (02), infectologia (02), cirurgia vascular (02), cirurgia pediátrica (02), urologia (02), otorrino (02), cirurgia plástica (02) e endoscopia (02); (iv) Ambulatórios: ortopedia,

cirurgia geral e anestesiologia. QUE os custos para investimentos dessa estrutura regional seria de R\$ 632.000,00 para os plantões presenciais; R\$ 220.400,00 para os sobreavisos e R\$ 60.000,00 para os ambulatórios, totalizando recursos de R\$ 912.400,00 mensalmente. QUE a fonte para esses investimentos poderia ser nos seguintes termos: R\$ 456.200,00 pelo Poder Público, R\$ 456.200,00 pelo Hospital Vital Brazil (SBSC). QUE essa é a proposta feita e aprovada pelo corpo clínico do Hospital Vital Brazil, reafirmando que não dá mais para caminhar de forma digna se não for através do cumprimento dessa proposta. QUE solicita do Coordenador do CAOSAÚDE a remessa da apresentação dessa proposta (Power point) para cada um dos atores presentes nessa reunião. **Dada a palavra ao Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Dr. Maurício Botelho,** justificou a ausência do presidente do Comitê Gestor da Urgência e Emergência Estadual (Dr. Rasível). Ressaltou a ação institucional da Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público. Citou os bons exemplos dessa mediação em face das Regiões Macro Oeste e Sudeste. QUE considera extremamente importante o desenvolvimento dessa história compartilhada, a valorização da decisão compartilhada. QUE é preciso pensar no modelo assistencial a partir de dada estrutura, razão pela qual não há como tergiversar sobre a política dos hospitais de pequeno porte. QUE a SES/MG tem trabalhado com o fortalecimento dos hospitais referência, micro e macrorregional. QUE a atenção primária na Região do Vale do Aço deverá progredir, haja vista sua ressonância para os demais níveis de atenção. QUE esses hospitais de pequeno porte deverão se adaptar à nova visão assistencial, na lógica do fortalecimento regional das ações e serviços de saúde. QUE o excesso de portas assistenciais leva para a crise de escala dos profissionais de saúde. QUE a SES/MG vem trabalhando com a lógica de somente abrir estruturas a partir de 150 leitos e que, também, já apresentam considerável grau de resolubilidade para o sistema. QUE não concorda com a fragmentação das especialidades para os hospitais, haja vista que na busca dessa vocação ou identidade sanitária, não se poderá desprezar a atuação nas demais clínicas, contudo sem o caráter concorrencial. QUE não é possível construir uma lógica de descentralização onde nas regiões de saúde se considere hospitais de trauma, de eletivas, de neonatologia, etc. QUE esses hospitais de pequeno porte podem, dentre outras, na lógica da regionalização, atuar na retaguarda da urgência da atenção básica, de modo a assumir os casos clínicos verdes e azuis (protocolo Manchester). QUE considera importante a discussão sobre o transporte sanitário entre as unidades hospitalares, destacando que 90% deles têm sido feito por

ambulância comum. QUE a média de transporte sanitário pela USA – Unidade de Suporte Avançado, nessa região do Vale do Aço, tem sido de apenas 01 paciente/dia. QUE considera importante a busca pela definição da atuação dos profissionais médicos de saúde nas unidades hospitalares, dentro dessa lógica da especialização e fortalecimento regional, com sugestão de que 70% desses profissionais atuem em disponibilidade para a urgência e emergência, enquanto 30% para os procedimentos eletivos. QUE há dificuldades de acesso dos usuários aos serviços da neurocirurgia e na cardiologia na região do Vale do Aço, razão pela qual é preciso procurar esse gargalo do sistema. QUE a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá discutir esse ponto com o Hospital Márcio Cunha. QUE essa região não dispõe de um bom sistema de controle e avaliação dos serviços para os fins de otimização da contratualização, daí o recorrente extrapolamento de teto assistencial, notadamente dos serviços da alta complexidade. QUE a SES/MG não tem condições de realizar esse controle e avaliação, para os fins de validação das metas da contratualização, razão pela qual já trabalha com um projeto de sua terceirização, com criação de um verificador, para processamento e deliberação da produção assistencial hospitalar. QUE atualmente a SES/MG contratualiza, sobretudo na maioria dos municípios sob gestão estadual, mas que na prática não tem condições mínimas para adequada fiscalização do cumprimento dessas metas quantitativas e qualitativas. QUE o próprio TCE-MG já decidiu a respeito dessa efetiva falta de fiscalização pelo Estado de Minas Gerais, através da SES/MG. QUE na próxima 6ª feira (17 de maio) terá uma reunião com o Secretário Nacional da Atenção à Saúde (Ministério da Saúde) de modo a discutir o avanço da Rede SAMU no estado de Minas Gerais. QUE concorda que seja feita a discussão sobre a criação do ponto Hemominas no município de Ipatinga. QUE a SES/MG pretende avançar no projeto da profissionalização dos hospitais micro e macrorregionais, referência para o SUS, de modo a se pensar na estratégia da PPP – Parceria Público Privada. QUE considera importante que dentro da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, os profissionais de saúde, sob a coordenação da Regulação Assistencial da SES/MG, possam discutir, semanalmente ou quinzenalmente, os casos clínicos, de modo a produzir uniformidade de atuação, com definição de protocolos assistenciais. **EM RESUMO, foram essas as principais abordagens. EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** Fica alterada a composição da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, módulo Rede Assistencial, haja vista a renovação da administração municipal (outubro/2012), para os fins de integração dos atuais Secretários Municipais de Saúde de Ipatinga

Eduardo Caldeira de Souza Penna, de Timóteo, Renato Martins Araújo e de Caratinga, Sueli de Oliveira Amorim. Integram, ainda, o Diretor Técnico do Hospital Municipal e a Coordenadora Municipal de Urgência e Emergência (Ipatinga). Passa a ser integrada, também, pelo Secretário Municipal de Saúde de Belo Oriente, José Úvio Ribeiro Júnior. Ratifica-se a integração do Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares, Renato Fraga. Permanecem integrados: Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Timóteo, Ipatinga, Coronel Fabriciano e Caratinga; Procuradoria da República de Ipatinga; Colegiado Regional dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS Regional); Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano e Governador Valadares; Delegado Regional de Medicina de Ipatinga; Secretário Executivo da Fundação São Francisco Xavier (Hospital Márcio Cunha); Coordenador da Central de Regulação Assistencial de Ipatinga; pelo profissional médico do Hospital Vital Brasil, Dr. ALISSON SILVEIRA CAMPOS, pelo Diretor Técnico do Hospital Vital Brasil, ABNER M. DE ARAÚJO JÚNIOR; pelo atual Diretor Técnico do Hospital Municipal de Ipatinga (José Roberto Batista); pelo representante do Sindicato dos Médicos do Vale do Aço, RONALDO ABREU; pelo Conselheiro Municipal de Saúde de Ipatinga, JOSÉ LAMEIRA DE MELLO, pela Conselheira Municipal de Saúde, JULIANA ZIMMERMAM GOMES e pelo Diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço. **2)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, módulo assuntos emergenciais, passa a ser, também, integrada pelo Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga, pelo Coordenador SAMU municipal de Ipatinga e pelo atual Coordenador Estadual da Regulação Assistencial de Ipatinga, Juliano Dantas de Menezes. **3)** Devido as alterações na composição da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, em seus dois módulos, fica aprovada deliberação de reunião, com apresentação de relatório, no prazo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento da presente ata. **4)** Ficam aprovadas (validadas) as metas de trabalho da Comissão de Mediação Sanitária, apresentadas, nesta reunião, em Power point, pelo Superintendente Regional de Saúde do município de Coronel Fabriciano, com cronograma de atividades (pendentes e concluídas). **5)** O Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, a Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga, a Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano e o Secretário Executivo da Fundação São Francisco Xavier deverão proceder reunião, nesta data, para os fins de discussão da criação de Núcleo da HEMOMINAS no município. Sem prejuízo, deverá o CAOSAÚDE providenciar ofício, com remessa desta Ata, para a presidente da HEMOMINAS em Belo Horizonte. **6)** O

Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Maurício Botelho, se compromete a levar à discussão, no próximo dia 17 de maio, em reunião com o Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, proposta aprovada de criação da Rede SAMU REGIONAL na Macro Leste. **7)** Fica aprovada a criação de um Fórum de Discussão Clínica, sob a coordenação da Regulação Estadual Assistencial, para os fins de uniformização operacional, a partir dos casos concretos, podendo adotar a construção de protocolos clínicos assistenciais. Esse Fórum deverá se reunir a cada 15 (quinze) dias, ou outro prazo aprovado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro, da qual (Fórum) se submete. **8)** A Comissão de Mediação Sanitária, módulo assuntos emergenciais, deverá discutir, no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento desta ata, a situação assistencial e financeira do Pronto Atendimento Municipal de Timóteo, com propostas para sua sustentabilidade, inclusive, de sua fusão pelo pronto socorro do Hospital Vital Brasil, mediante instrumento de contrato, com regras claras sobre metas quantitativas e qualitativas, glosas, cobertura assistencial, penalidades e adequado financiamento. **9)** O CAOSAÚDE deverá oficiar o Ministério da Saúde, com remessa desta ata, para os fins de verificar possibilidades de revisão do valor médio da AIH Regional, de modo que possam melhor prestar atenção à saúde regional na ortopedia, cirurgia vascular e neurocirurgia. **10)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá apresentar proposta da ORTOPEdia Regional para a atenção da alta complexidade, bem como suficiência da atenção nos procedimentos da cardiologia e neurocirurgia (alta complexidade). **11)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá discutir o déficit operacional de leitos em clínica médica no Vale do Aço, devendo ser analisada a proposta apresentada pelo Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga, de modo a “desafogar” o excesso de demandas nos procedimentos da média complexidade prestados (com extrapolamento) pelo Hospital Márcio Cunha. **12)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá discutir a melhor relação assistencial das recentes portas de urgência e emergência, ambulatorial, haja vista a recente inauguração do Pronto Socorro do Hospital Márcio Cunha e a proposta de inauguração da UPA Regional pelo município de Ipatinga, no final de 2013. **13)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que, a exemplo dos demais prestadores (hospitais) do Vale do Aço, conforme cronograma de investimentos 2012/2013, apresentados pela Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, possa, também, o Hospital Municipal de Ipatinga ser contemplado (equidade) com esses recursos financeiros, sobretudo para o

financiamento de seu bloco cirúrgico, novas unidades de UTI e ampliação dos leitos retaguarda de clínica médica. **14)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá discutir, sobretudo com a SES/MG, sobre o fato da criação (ou não) do bloco cirúrgico do Hospital São Camilo, situado no município de Coronel Fabriciano, haja vista seus desdobramentos, como, por exemplo, qualificação do processo decisório pela SMS Ipatinga quanto à criação (ou não) de bloco cirúrgico no Hospital Municipal de Ipatinga. O CAOSAÚDE providenciará, também, ofício para a SES/MG para prestação dessas informações. **15)** O Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano deverá incluir no cronograma apresentado, a presença do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, por ocasião da oportuna reunião de validação/aprovação dos trabalhos consolidados pelo Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, Antônio Jorge de Souza Marques, fazendo-se única apresentação, com a presença de toda a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária e do CAOSAÚDE. **16)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá, com obrigatoria observância da autonomia político administrativa do Município de Ipatinga, participar da discussão do Contrato nº 2038/2012, celebrado entre o Hospital Márcio Cunha e o município de Ipatinga, com vencimento para 15 de julho de 2013. **17)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, módulo rede assistencial, deverá discutir a proposta apresentada pelo prefeito municipal de Belo Oriente, no sentido de ser contemplado, pelas especificidades, com um ponto de atenção da Rede SAMU Regional. **18)** O Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano providenciará remessa, por email, para cada um dos membros da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, conforme solicitação feita pelo Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga, de informações sobre os leitos da Região do Vale do Aço, demonstrando, dentre outros, número de leitos existentes e déficit de leitos (especificar clínicas). **19)** O CAOSAÚDE deverá providenciar, conforme solicitação do Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares (Renato Fraga) e pela Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, reunião de Mediação Sanitária naquele município, com participação, dentre outros, dos promotores de Justiça com atribuições na Defesa da Saúde daquela região, prefeitos e secretários municipais de saúde, além da própria Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária das Microrregiões de Ipatinga, Caratinga, Timóteo/Coronel Fabriciano. **20)** O CAOSAÚDE deverá enviar cópia da presente ata para o presidente do Comitê Gestor da Rede Estadual de Urgência e Emergência da SES/MG, sem prejuízo do convite, a ser feito pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, de seu comparecimento na Região do Vale do Aço

para os fins de validação das propostas. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>WALTER FREITAS DE MORAIS JÚNIOR Promotor de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Ipatinga/MG</p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS</p>	<p>MAURÍCIO RODRIGUES BOTELHO Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde – SES/MG</p>
<p>CLEYDSON DOMINGUES DRUMOND Prefeito Municipal Timóteo/MG</p>	<p>PIETRO CHAVES FILHO Prefeito Municipal Belo Oriente/MG</p>
<p>RENATO MARTINS ARAÚJO Vice-Prefeito do Município de Timóteo/MG</p>	<p>EDUARDO CALDEIRA DE SOUZA PENNA Secretário Municipal de Saúde de Ipatinga/MG</p>
<p>RICARDO MARTINS ARAÚJO Secretário Municipal de Saúde de Timóteo/MG</p>	<p>SUELI DE OLIVEIRA AMORIM Secretária Municipal de Saúde de Caratinga/MG</p>
<p>JOSÉ CARVALHIDO GASPAR Conselheiro Regional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais - CRMMG</p>	<p>JOSÉ ANCHIETA POGGIALI Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Leste</p>
<p>LUÍS MARCIO ARAÚJO RAMOS Secretário Executivo da Fundação São Francisco Xavier – Hospital Márcio Cunha</p>	<p>ROSILÉA DA CUNHA DE SOUZA Coordenadora da Central de Regulação de Governador Valadares</p>
<p>ANFILÓFILO SALLES MARTINS Diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço</p>	<p>RENATO FRAGA Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares</p>

<p><i>JULIANO DANTAS DE MENEZES</i> Coordenador Estadual da Regulação Assistencial de Ipatinga</p>	<p><i>ALYSSON DA SILVEIRA CAMPOS</i> Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brasil</p>
---	---



ATA REUNIÃO

XXXVIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Conselheiro Lafaiete/MG

Aos dezesseis dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, às 09 h, no Auditório do edifício sede das Promotorias de Justiça da comarca de Conselheiro Lafaiete, com endereço na Rua Melvim Jones, nº 180, Centro; e, às 13h30, em sequência, no auditório da SEMED – Secretaria Municipal de Educação, com endereço na Praça Barão de Queluz, nº 11, centro, realizou-se a XXXVIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para (parte da manhã) discussão dos principais problemas coletivos de saúde no município de Conselheiro Lafaiete, com ressonância para a judicialização, notadamente em face de seus prestadores (hospitais), com foco na taxa de cobertura, identidade sanitária, cumprimento de metas, plantões presenciais, equilíbrio econômico financeiro dos contratos, adesão ao Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências e, ainda, discussão sobre o processo e suas etapas quanto ao hospital regional no município. Na parte da tarde, para discussão dos principais problemas coletivos de saúde em face da microrregião de Conselheiro Lafaiete/Congonhas; os desdobramentos da XXXIV Reunião de Mediação Sanitária realizada em Congonhas; ortopedia regional; garantia de acesso aos serviços referenciados; equipamentos de saúde (tomógrafo); referência obstétrica regional das urgências e emergências; fortalecimento, inclusive financeiro, das portas dos prestadores com referência regional. Participaram da reunião um total de 51 (cinquenta e uma) pessoas, sendo 30 (trinta) pela manhã e 21 (vinte e uma) na parte da tarde, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não,

com atuação e/ou interesse no Direito à Saúde daquele município. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Danielle Vignoli Guzella Leite, Promotora de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Conselheiro Lafaiete; Mauricio Rodrigues Botelho, Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG; Tiago Lucas da Cunha Silva, Coordenador do PROHOSP da SES/MG; Ivar de Almeida Cerqueira Neto, Prefeito de Conselheiro Lafaiete; Luiz Antônio Teixeira Andrade, Procurador do Município de Conselheiro Lafaiete; Nilton R. de Albuquerque, Prefeito de Queluzito; Kátia Regina Milagres, Secretária Municipal de Saúde de Queluzito; Hevellin da Silva Barbosa, Coordenadora da Visa; Carlos Roberto de Rezende, Prefeito de Cristiano Otoni; Leonardo Justino Martins, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); Fabrício A. Soares, Enfermeiro do Hospital Bom Jesus; Cláudio Maurício dos Santos Souza, Presidente do Conselho Municipal de Saúde; Tarcizo Miguel Lobo, Conselheiro Municipal de Saúde; José Dorotéa, Conselheiro Municipal de Saúde; Valnez das Silva dos Santos, Hospital São Vicente de Paulo; Francisco Xavier de Souza, Conselheiro Municipal de Saúde; Sandra Lúcia Pinto, Hospital São Vicente de Paulo; Terezinha Maria de Rezende Melo, Hospital Queluz; Nely Terezinha M. Matos, Hospital São Camilo; Filomena Maria Avelar F. Cardoso, Presidente do Hospital São Camilo; Márcia Aparecida Ferreira Nakamura, Superintendente Regional de Saúde – SRS-Barbacena; Wagner Costa Coelho, Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete; José Rodrigues dos Santos, Secretário Municipal de Saúde de São Brás do Suaçui; Nilson Albuquerque Júnior, Representante do CRMMG; Henrique Andrade do Carmo, Administrador Hospital São Vicente de Paulo; Sinara Espada da Silva, Conselho Municipal de Saúde; Laura Vargas de Oliveira Araújo, setor de epidemiologia da Superintendência de Saúde de Barbacena; Edna Lúcia C. Martins, SRS-Barbacena; Ana Waldemira de Paula Dornelles, SRS-Barbacena; Ângela Maria Goulart Baptista, Núcleo de Regulação da SRS-Barbacena; Ormesinda Maria Barbosa Salgado, do CISRU CentroSul - **A reunião foi aberta pelo Coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, oportunidade em que lhes explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público que, dentre outras, tem como escopo a redução das tensões, confrontos e conflitos entre os diversos atores, jurídicos ou não, com atuação no Direito à Saúde, a partir do enfrentamento dos problemas coletivos de saúde. Destacou o papel e importância do município de

Conselheiro Lafaiete em face da microrregião de saúde, integrada, ainda, por outros 17 municípios, abrangendo uma população de 290.316 habitantes. QUE o município de Conselheiro Lafaiete, juntamente com Congonhas, é sede daquela microrregião sanitária, hoje, guindada à condição de Região de Saúde (RS), por força do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR-MG) e Deliberação CIB-SUS/MG. QUE essa microrregião é integrada pelos seguintes municípios: Caranaíba (3.273 habitantes), Casa Grande (2.242 habitantes), Catas Altas da Noruega (3.475 habitantes), Congonhas (49.076 habitantes), Conselheiro Lafaiete (117.562 habitantes), Cristiano Ottoni (5.015 habitantes), Desterro de Entre Rios (7.017 habitantes), Entre Rios de Minas (14.329 habitantes), Itaverava (5.754 habitantes), Jeceaba (5.340 habitantes), Lamim (3.442 habitantes), Ouro Branco (35.643 habitantes), Piranga (17.249 habitantes), Queluzito (1.866 habitantes), Rio Espera (6.003 habitantes), Santana dos Montes (3.813 habitantes), São Brás do Suaçuí (3.531 habitantes) e Senhora de Oliveira (5.686 habitantes). QUE a sede da Macrorregião Sanitária fica em Barbacena. QUE as metas da contratualização, nos seus aspectos quantitativo e qualitativo, precisam ser observadas pelos prestadores (hospitais), devendo a fiscalização, dentre outros, ser feita pelos Conselhos de Saúde. QUE nos municípios sem gestão de governança de prestadores, ou seja, detentores da então Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), a responsabilidade pela contratualização desses serviços, junto aos prestadores, de média e alta complexidade, é da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). QUE no caso de municípios com gestão de governança de seus prestadores, ou seja, detentores da então Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), essa responsabilidade da contratualização, no enfoque da média e alta complexidade, é municipal. QUE o município de Conselheiro Lafaiete possui gestão de governança sobre seus prestadores. QUE o Gestor SUS municipal de Conselheiro Lafaiete possui grave responsabilidade (poder dever) de realizar adequada contratação desses serviços, média e alta complexidade, em face desses prestadores (Hospital e Maternidade São José; Hospital QUELUZ; Hospital São Camilo e Hospital São Vicente de Paula), com referência microrregional, de modo a assegurar a suficiência da atenção, redução do risco e garantia de acesso da população loco-regional. QUE essas contratações devem também levar em consideração as necessidades de saúde identificadas pelo Gestor SUS e não pela exclusividade dos serviços oferecidos pelos prestadores, de modo a eliminar a perversa política da concorrência entre eles. QUE na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja implantação é

obrigatória, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o que se busca é o fortalecimento dessas portas de serviços com referência regionalmente. QUE o Gestor SUS de Conselheiro Lafaiete deverá elaborar necessário planejamento de saúde em face de cada um desses prestadores, de modo que possa melhor contratar esses serviços, na lógica das necessidades da população, com suficiência da média e parte da alta complexidade, com financiamento responsável e participação plural na discussão dessas estratégias. QUE os serviços de saúde, hoje existentes, na Macro Centro Sul, podem ser considerados fragmentados e de pouca densidade tecnológica, não obstante essa importante Região de Saúde ser integrada, ainda, por 50 municípios, abrangendo uma população global de 727.516 habitantes. QUE essa fragmentação e baixa resolutividade, conforme demonstrados por indicadores, é multifatorial, inclusive, de natureza política e concorrencial (municípios e prestadores), com enorme prejuízo para a população, devendo, portanto, partir-se para uma nova cultura assistencial, haja vista os paradigmas legais de uma saúde pública solidária e regionalizada. QUE todas essas ocorrências, por obviedade, são ressonância para a judicialização da saúde, seja pelo Ministério Público, Defensoria Pública ou pela Advocacia, haja vista a notória falta de construção desses arranjos organizativos de forma suprapartidária pelos diversos atores. **Dada a palavra para a promotora de Justiça Danielle Vignoli Guzella Leite** ressaltou a existência de 04 prestadores (hospitais) no território municipal, razão pela qual também concorda que a política concorrencial entre eles deverá ser afastada, com definição sanitária (identidade) para cada um deles. QUE a atenção básica do município precisa ser melhorada, embora reconheça que na gestão municipal anterior essa política de atenção era ainda pior, o que ensejou, inclusive, a intervenção judicial do Ministério Público para garantia de sua manutenção quantitativa e qualitativa, haja vista o desmantelamento proposital intencionado por aquele anterior prefeito municipal. QUE, de fato, há necessidade de uma maior discussão assistencial de toda a microrregião, haja vista a inexistência de importantes serviços de saúde nessa Região, como, por exemplo, os especializados em neurocirurgia, ortopedia alta complexidade e referência obstétrica. QUE também externa sua preocupação com a construção (finalização) do hospital regional de Conselheiro Lafaiete, atualmente com suspensão de suas obras por questões multifatoriais. QUE sua preocupação é ainda mais forte quanto à necessária definição do papel sanitário que esse hospital regional irá desempenhar em face da microrregião, ou seja, sua vocação (identidade) sanitária para com os serviços especializados, hoje, inexistentes ou insuficientes. QUE é

preciso discutir, com coragem, a questão do custeio desse hospital regional, de modo que sua estrutura assistencial possa ter efetividade, com garantia de acesso da população loco-regional. QUE no próximo dia 21 de maio do corrente vence o prazo contratual com essa indigitada construtora, não obstante a suspensão das obras, razão pela qual a SES/MG e o município deverão apresentar estratégia que assegure a finalização da obra, seja pela mesma empresa ou por outra. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Conselheiro Lafaiete, Ivar de Almeida Cerqueira Neto** ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária organizada pelo Ministério Público. QUE concorda com todas as palavras do promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAUDE. QUE acredita no sucesso dessa nova agenda positiva, sobretudo pela integração do Ministério Público, o qual quer ter como seu parceiro institucional. QUE o componente da segurança jurídica nas decisões em saúde é de suma importância, razão pela qual deverá ser amplamente valorizado, haja vista que sua administração se prende ao princípio da legalidade formal. QUE os serviços da média e alta complexidade não são de sua responsabilidade, não obstante a sua gestão de governança sobre os prestadores. QUE acredita ser da SES/MG e do Ministério da Saúde a responsabilidade financeira por esses serviços da média e alta complexidade. QUE, não obstante, o município é constantemente judicializado para prestação de serviços da média e alta complexidade, o que compromete em muito o seu planejamento em saúde e a própria lei orçamentária municipal. QUE o município fica fragilizado nessas recorrentes judicializações, somente não sendo glosado pelo Tribunal de Contas ou apenas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, em razão da proteção dada pela sentença judicial. QUE recentemente foi obrigado, por força de sentença judicial, a prover serviços especializados, como, o da câmara hiperbárica para usuários. QUE boa parte desses recursos financeiros comprometidos com a judicialização seriam suficientes para o adequado avanço na implantação da atenção básica no município. QUE a ausência de credenciamento em alguns serviços especializados, como, por exemplo, acesso aos serviços da quimioterapia, prejudica em muito o acesso da população loco-regional. QUE considera paradoxal o fato de não se permitir que essa Microrregião de Saúde, hoje considerada Região de Saúde, possa avançar nesses serviços especializados na oncologia, obrigando seus usuários a longos percursos, por uma movimentada e perigosa BR-040, junto ao município de Barbacena ou Belo Horizonte. QUE, lado outro, sua região de saúde é a com maior incidência em câncer de todo o Estado de Minas Gerais, decorrente da exploração (milionária) na área de minérios. QUE solicita do

CAOSAÚDE a remessa do estudo (Parecer Técnico) elaborado a respeito da alta incidência de câncer na região. QUE é preciso o apoio da SES/MG para que essa pauta do credenciamento em serviços especializados na oncologia seja aprovado na CIB-SUS/MG. QUE a humanização do atendimento é carro-chefe de sua administração municipal, devendo ser em muito potencializada, de modo a garantir a dignidade da pessoa humana. QUE não concorda com a atual política da SES/MG e Ministério da Saúde no avanço, sem custeio, dos programas oficiais de saúde, o que gera enormes dificuldades para o orçamento municipal. QUE a falta do reajuste da Tabela Nacional de Procedimentos de Saúde, pelo Ministério da Saúde, agrava cada vez mais a situação dos prestadores (hospitais) filantrópicos, conveniados ao SUS, bem como ao próprio orçamento municipal que, no caso, se vê obrigado a fazer complementação financeira para esses serviços que não são primariamente de sua responsabilidade. QUE o município de Conselheiro Lafaiete está disposto a liderar, juntamente com o município de Congonhas, essa nova proposta da regionalização dos serviços de saúde, o que, infelizmente, não existia quando das anteriores administrações municipais, por questões multifatoriais, inclusive, de natureza meramente política. QUE o município de Conselheiro Lafaiete, através do Gestor SUS, visitará cada um de seus prestadores (hospitais), a fim de fazer amplo diagnóstico assistencial, com identificação das deficiências, fragilidades e potencialidades. QUE há uma proposta em discussão no sentido da fusão do Hospital Queluz, entidade beneficente sem fins lucrativos, CNPJ nº 19.717.578/0001-91 e o Hospital São Vicente de Paulo, entidade beneficente sem fins lucrativos, CNPJ nº 19.717.305/0001-47, de modo que passarão a ter 100 (cem) leitos. QUE hoje há uma dificuldade nacional nos serviços de pediatria, razão pela qual sugere a capacitação do profissional clínico para o atendimento dos serviços pediátricos. QUE há necessidade de uma grande mudança cultural no município de Conselheiro Lafaiete, assim como em toda a microrregião, de forma que os pacientes classificados em azul e verde possam ser atendidos na atenção básica e não mais na urgência e emergência ambulatorial. QUE de fato há uma grande pressão desses serviços para a urgência e emergência, o que sobrecarrega aquelas unidades de saúde, gerando, por conseqüência, tensões, confrontos e conflitos entre os diversos atores. QUE é preciso rever de forma séria a discussão da construção da UTI neonatal no território. QUE o hospital regional, em construção, possui seu projeto equivocado, sob responsabilidade da SES/MG, com previsão apenas de 70 novos leitos, com um andar inteiro destinado para área administrativa. QUE teve conhecimento de que a administração municipal anterior

teria aceitado, junto à SES/MG, a vocação desse hospital regional para atendimentos de urgência, atuando como verdadeiro pronto socorro. QUE, na sua opinião, esse processo vocacional está equivocada, haja vista que gerará a denominada tripla porta, uma vez que há no município os serviços de urgência e emergência de sua policlínica municipal e os prestados pelo Hospital São José. QUE esse hospital regional deveria ser criado para uma perspectiva acima de 200 novos leitos. QUE há problemas graves na construção dessa obra. QUE o próprio município não tem acesso às importantes informações solicitadas junto à construtora, razão pela qual teve que recorrer para o Ministério Público local. QUE a previsão do bloco cirúrgico para esse hospital regional é de apenas 04 salas, enquanto que o necessário deveria ser de 10 salas. QUE já teve reuniões com o Secretário Estadual de Saúde, Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, ocasião em que se posicionou no sentido de que o município não possui condições orçamentárias para sozinho gerenciar (administração) esse hospital regional. QUE a auditoria realizada nas obras do hospital regional, feita pela administração municipal anterior, foi muito supérflua, não alcançando os níveis da prestação de contas. QUE considera fundamental a destinação do andar da administração para a construção de novos leitos, ainda que tenha que modificar o atual projeto arquitetônico. QUE insiste na autorização (credenciamento) dos serviços em oncologia para Conselheiro Lafaiete que, no caso, já conta com o profissional cirurgião oncológico. QUE atualmente a documentação necessária para a implantação da UPA, porte II, no município de Conselheiro Lafaiete está sob análise do Ministério da Saúde. QUE os serviços dessa unidade (UPA) serão acoplados (integrados) ao hospital regional. QUE está disposto a caminhar de forma solidária na perspectiva de tornar essa microrregião, hoje classificada como uma das piores do Estado de Minas Gerais, com uma saúde de qualidade. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete, Wagner Costa Coelho** ressaltou a excelência da estratégia da Mediação Sanitária pelo Ministério Público. Esclareceu que teria participado da 34ª Reunião de Mediação Sanitária, no dia 24 de abril, em Congonhas, ocasião em que se convenceu de que essa atuação solidária, pelos diversos atores, jurídicos ou não, é o caminho democrático para a busca da solução dos diversos problemas de saúde. QUE a atual administração municipal é transparente e possui relação institucional próxima com o Ministério Público. QUE a decisão municipal de agregar sua UPA, porte II, em processo de autorização pelo Ministério da Saúde, junto ao futuro hospital regional, é forte sinalizador de que acredita na parceria institucional

solidária. QUE o terreno onde está sendo feita a construção do hospital regional pertence ao município. QUE o custeio mensal municipal para o bom funcionamento da UPA, porte II, deverá ficar em R\$ 175.000,00, com previsão de 04 plantões médicos presenciais, nas áreas de emergencista, cirurgião geral, anestesista e pediatria. QUE a SES/MG, sobretudo a CIB-SUS/MG, precisa dar autorização para que a UPA, porte II, possa ser agregada junto às instalações do futuro hospital regional, antes da remessa da documentação para o Ministério da Saúde. QUE traçou um planejamento de visita técnica pessoal a cada um dos pontos de atenção de saúde no município. QUE já fez visitas técnicas junto aos Hospitais Queluz e São Camilo, visando discussão da contratualização, com identificação das fragilidades, deficiências e potencialidades. QUE esses hospitais contam com baixa taxa de cobertura e com leitos ociosos. QUE estuda proposta (estratégia), juntamente com a administração desses dois hospitais (leitos ociosos) de agregar-lhes execução de alguns dos programas oficiais estratégicos da SES/MG, como, por exemplo, o Viva Vida e o Mãe de Minas. QUE os rendimentos financeiros, a título da aplicação, dos recursos depositados da obra do hospital regional deverão ser usados no próprio custeio, conforme já autorizado pela SES/MG. QUE com a reclassificação (menor) do Hospital São José, em face da Rede Resposta Estadual da Urgência e Emergência, passou, de fato, o Hospital Queluz a ser, desde janeiro de 2013, a referência para a obstetrícia regional, embora ainda não habilitado pelo Comitê Gestor Estadual da Urgência e Emergência. QUE a ausência dos serviços da neurocirurgia e da ortopedia alta complexidade na microrregião é fator que fragmenta o acesso dos usuários loco-regionais. QUE não acredita que a abertura do hospital regional irá prejudicar os demais prestadores (hospitais) na base territorial municipal. QUE, lado outro, acredita que a abertura do hospital regional ensejará uma nova relação jurídica e assistencial por parte daquelas demais unidades de saúde, de modo que possam submeter-se às regras da contratualização, com nova identidade sanitária regional. QUE, preliminarmente, acredita ser a identidade sanitária do Hospital São José para as linhas de cuidado da clínica médica e ortopedia; enquanto do Hospital Queluz para a linha obstétrica e do Hospital São Vicente de Paulo para a pediatria. QUE a atual produção assistencial, média complexidade, realizada pelo conjunto desses hospitais é muito baixa, quando, ao contrário, deveria haver a suficiência (integralidade) desse nível de atenção. QUE acredita ser o Hospital São José o mais indicado para a referência do SAMU regional. QUE o Hospital São José deverá garantir a presença do profissional neurologista, haja vista que o município

contribui financeiramente para a garantia dos plantões médicos presenciais. QUE considera estratégica a discussão da vocação do Hospital Regional, sugerindo, inclusive, preliminarmente, que possa ser na linha de cuidado da urgência e emergência, sobretudo para a alta complexidade na ortopedia/traumatologia, dentre outros. QUE o Hospital São Camilo poderá ser habilitado na retaguarda hospitalar desses centros, de modo a receber os pacientes aptos á longa permanência na clínica médica. **Dada a palavra para a Superintendente Regional de Saúde Márcia Aparecida Ferreira Nakamura**, informou que a SRS tem feito um amplo estudo, em face da urgência e emergência, em toda a Região de Saúde. QUE é sua pretensão a regularização, junto a cada município, das situações da rede, notadamente da urgência e emergência. QUE é preciso a realização de um novo desenho de rede, o qual está sendo feito, em conjunto, pela SRS. QUE, conforme informações do SISRU, a Policlínica municipal de Conselheiro Lafaiete tem sido referência para a Rede SAMU, com atendimentos em número muito superior ao do Hospital Maternidade São José, ora financiado. QUE realizou uma reunião no último dia 09 de maio visando o fortalecimento da vigilância na região. **Dada a palavra para o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Maurício Botelho**, enfatizou seu agradecimento ao projeto da Mediação Sanitária, sob a coordenação do promotor de Justiça Gilmar de Assis. QUE já teria comparecido por 03 (três) vezes no município para os fins da discussão da assistência, na lógica de sua reorganização, contudo, por questões multifatoriais, as “coisas não acontecem”. QUE o foco da SES/MG é somente no resultado, ou seja, a melhor atenção á saúde ao usuário. QUE cita como exemplo de atuação solidária, com presença forte da SES/MG, quando comprometida pelos diversos atores, principalmente os prefeitos municipais, o arranjo organizativo feito na macro Oeste, com sede em Divinópolis, com abertura de mais de 60 novos leitos de UTI para a região. QUE reputa o comportamento do município como causa pelo não avanço desses processos, na linha assistencial, com ressonância regional. QUE é preciso refinar as críticas feitas à SES/MG pelas faltas anteriores, haja vista que não há qualquer recurso financeiro do Ministério da Saúde na Rede da Urgência e Emergência da Macro Centro Sul. QUE o próprio Secretário Antônio Jorge teria recebido, por 06 a 07 vezes, no ano de 2012, o prefeito municipal de Barbacena para os fins de discussão dos avanços da implantação da Rede da Urgência e Emergência na região. QUE não concorda com a afirmação feita de que o Estado tem sido omissor nesse processo. QUE, contudo, a SES/MG não desistiu do avanço dessas discussões e quer, através dessa nova abertura, sobretudo reforçada pelo

diálogo da Mediação Sanitária, otimizar os processos sanitários na região. QUE o importante é a busca da solução desses graves problemas, “o que passou fica no passado”. QUE também concorda com a necessidade (urgente) da qualificação do processo decisório, inclusive, se for o caso, definição da vocação (identidade) de cada um dos prestadores, que, no seu entender, são muitos para um total da população de Conselheiro Lafaiete. QUE reconhece o esforço dos atuais prefeitos municipais dessa microrregião no tocante à qualificação da atenção básica que saltou para o percentual de 70% de cobertura, embora não tivesse sido assim no passado recente. QUE, hoje, em face dos modelos assistenciais e das demandas em saúde (crescentes), os prestadores (hospitais) com menos de 300 leitos tornam-se deficitários. QUE essa falta de escala “joga dinheiro fora”. QUE o Hospital QUELUZ, apontado nessa reunião, pela Secretaria Municipal de Saúde, embora em estudo preliminar, para ser referência obstétrica microrregional, faz apenas 150 partos mensalmente (aproximados). QUE a SES/MG tem desenvolvido sua estratégia de financiamento para prestadores, na linha obstétrica, com produção mensal de mais de 300 partos. QUE há indicadores no sentido da 32ª posição na mortalidade infantil em relação ao restante do estado de Minas Gerais. QUE a Região Macro Centro Sul ocupa a 3ª posição de índice de mortalidade infantil em todo o estado de Minas Gerais. QUE 70% das causas de óbito infantil estão relacionadas ao ambiente intra-hospitalar. QUE a pior maternidade estadual está aqui em Conselheiro Lafaiete. QUE a SES/MG se coloca à disposição do município de Conselheiro Lafaiete para que seus técnicos possam auxiliar na elaboração de eventual projeto (modificativo) do hospital regional, a fim de permitir-lhe ampliação do número de seus leitos. QUE ressalta a lógica de que os serviços de alta complexidade devem ser, sempre que possível, alocados dentro da macrorregião sanitária. QUE a SES/MG está disposta a participar, junto ao município, da discussão definidora da atual relação jurídica com a construtora. QUE ressalta, entretanto, que a ampliação do número de leitos e assunção aos novos serviços especializados, pelo hospital regional, em tese, irá provocar o fechamento de outros na base territorial do município. QUE a SES/MG providenciará, em conjunto com o município, criação de uma comissão de avaliação e acompanhamento para tratar dos assuntos específicos da construção do hospital regional. QUE, em tese, o custo para manutenção das atividades de um hospital regional no porte pretendido fica em torno de R\$ 2.000.000,00. QUE no caso de definição de afastamento da atual construtora para prosseguimento das obras, o Estado de Minas Gerais se compromete a realizar, com urgência, uma

nova licitação. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas, de caráter permanente, integrada pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Conselheiro Lafaiete (coordenadora) e Congonhas; Superintendência Regional de Saúde da região (coordenadora); presidente regional do COSEMS; Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete; Secretário Municipal de Saúde de Congonhas; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Congonhas; Delegado Regional do Conselho Regional de Medicina; Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência (CISRU); Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); representantes dos Hospitais São José, São Camilo, São Vicente de Paulo e Queluz. 2) Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá se reunir no próximo dia 13 de junho, às 13 horas, na sala de reunião das Promotorias de Justiça da comarca de Conselheiro Lafaiete, para estabelecimento de estratégias e cronograma de visitas in loco, em cada um dos municípios que integram a microrregião, com o objetivo de apresentação de proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região, com identificação das eventuais deficiências, fragilidades e potencialidades em face de cada um dos pontos de atenção de saúde, alcançando, dentre outras, a Rede da Urgência e Emergência, a Rede da Atenção Básica e a Rede da Atenção Psicossocial. 3) As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Centro Sul, para apreciação da instância colegiada (CIRA), sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais ou ao Ministério da Saúde. 4) O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG, com remessa desta ata de reunião, para os fins de validação (publicação) da Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, integrada, dentre outros, pela Superintendência Regional de Saúde da região; presidente do COSEMS regional; Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete; Secretário Municipal de Saúde de Congonhas; Procuradoria Geral do município de Conselheiro Lafaiete e presidente do Conselho Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete. A Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Conselheiro Lafaiete atuará como observadora. Essa Comissão deverá, com urgência, promover uma reunião na sede da SES/MG,

junto à Subsecretaria Estadual de Políticas e Ações de Saúde, para discussão, dentre outras, de estratégias relacionadas à retomada das obras, definição de construtora responsável, eventual licitação e foco assistencial. Caso seja definida pela atual empreiteira sua desistência contratual, deverão ser adotadas as providências, dentre outras, de auditoria, medição da obra concluída, visando, se for o caso, o pagamento com glosa. **5)** A SES/MG deverá dar apoio técnico (engenharia/jurídico) adequado ao município de Conselheiro Lafaiete, visando a re (elaboração) de projeto de ampliação de leitos do Hospital Regional, conforme necessidades reais de saúde da microrregião, alcançando, inclusive, se for o caso, a ala (andar) destinado para o setor administrativo. O município poderá solicitar o apoio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Hospital Regional. **6)** O Gestor SUS de Conselheiro Lafaiete deverá dar prosseguimento ao diagnóstico assistencial em face de cada um dos seus prestadores, na lógica da obrigatória regulação (controle, avaliação, monitoramento, fiscalização e auditoria), sobretudo pela ressonância com a implantação do Hospital Regional, de modo a resultar na suficiência da atenção da média complexidade e parte da alta, eliminação da concorrência, com adoção de estratégias de financiamento responsável. Deverá, outrossim, fazer necessária discussão dessas estratégias junto à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **8)** O CAOSAÚDE providenciará remessa de estudo (Parecer Técnico) versando sobre diagnóstico de alta incidência de câncer na região para ciência e deliberação pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, de modo a otimizar eventual processo decisório de implantação dos serviços em oncologia na região, conforme proposta municipal. **9)** O município de Conselheiro Lafaiete, juntamente com o município de Congonhas, nos aspectos políticos, deverá assumir agenda positiva de liderança dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **10)** O CAOSAÚDE oficiará à presidência da CIB-MG/MS para que inclua em pauta, em sua reunião ordinária, a discussão do processo de autorização da agregação da UPA de Conselheiro Lafaiete junto às instalações do futuro Hospital Regional, antes da remessa da documentação para o Ministério da Saúde. **11)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá, em caráter emergencial, discutir os serviços especializados, com participação do presidente do Comitê Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG (Dr. Rasível), nas linhas de cuidado em obstetrícia, neurocirurgia e ortopedia/traumatologia, dada sua ressonância microrregional. Em particular, deverá discutir com o prestador HOSPITAL QUELUZ, com a participação do presidente do Comitê

Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG a questão de sua atuação como retaguarda hospitalar na atenção obstétrica para a Rede Estadual da Urgência e Emergência, haja vista a falta de seu reconhecimento e inserção oficial na rede. **12)** Fica aprovada a criação de um Fórum de Discussão Clínica, sob a coordenação da Regulação Estadual Assistencial e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência (SISRU), para os fins de uniformização operacional, a partir dos casos concretos, podendo adotar a construção de protocolos clínicos assistenciais. Esse Fórum deverá se reunir a cada 15 (quinze) dias, ou outro prazo aprovado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **13)** O CAOSAÚDE e os municípios de Conselheiro Lafaiete e de Congonhas, poderão assegurar o suporte logístico (transporte) da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária em face do cronograma de visitas técnicas em cada um dos municípios e de seus prestadores. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p style="text-align: center;">DANIELLE VIGNOLI GUZELLA LEITE Promotora de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Conselheiro Lafaiete/MG</p>
<p style="text-align: center;">MAURÍCIO RODRIGUES BOTELHO Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde – SES/MG</p>	<p style="text-align: center;">TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA Coordenador do PROHOSP SES/MG</p>
<p style="text-align: center;">IVAR DE ALMEIDA CERQUEIRA NETO Prefeito de Conselheiro Lafaiete</p>	<p style="text-align: center;">WAGNER COSTA COELHO Secretário Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete</p>
<p style="text-align: center;">MÁRCIA APARECIDA FERREIRA NAKAMURA Superintendente Regional de Saúde – SRS-Barbacena</p>	<p style="text-align: center;">LEONARDO JUSTINO MARTINS Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas)</p>

<p>CLÁUDIO MAURÍCIO DOS SANTOS SOUZA Presidente do Conselho Municipal de Saúde</p>	<p>TEREZINHA MARIA DE REZENDE MELO Hospital Queluz</p>
<p>FILOMENA MARIA AVELAR F. CARDOSO Presidente do Hospital São Camilo</p>	<p>NILSON ALBUQUERQUE JÚNIOR Representante do CRMMG</p>
<p>ORMESINDA MARIA BARBOSA SALGADO CISRU CentroSul</p>	<p>HENRIQUE ANDRADE DO CARMO Administrador Hospital São Vicente de Paulo</p>



ATA REUNIÃO

XXXIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Passos/MG

Aos vinte dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, às 10 h (primeira parte) e às 14 h (segunda parte), no Auditório da Associação dos Municípios da Microrregião do Médio Rio Grande – AMEC, com endereço na Rua Benedita da Silveira Maia, nº 144, realizou-se a XXXIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para (parte da manhã) discussão específica dos principais problemas coletivos de saúde no município de Passos; fortalecimento da referência; relação jurídica com seus prestadores (hospitais): regras de contratualização; contrato de metas; taxa de cobertura; plantões médicos presenciais; cobertura assistencial; garantia de acesso e equilíbrio econômico financeiro. Na parte da tarde, para discussão dos principais problemas coletivos de saúde em face da microrregião sanitária de Passos/Piunhi; reorganização das ações e serviços regionais de saúde; fortalecimento regional; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Rede de Atenção à Saúde (RAS); instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional. Participaram da reunião um total de 72 (setenta e duas) pessoas, sendo 40 (quarenta) pela manhã e 32 (trinta e duas) na parte da tarde, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não, com atuação e/ou interesse no Direito à Saúde em face da Microrregião. Importante objetivo dessa reunião consistiu na diminuição das tensões, confrontos e conflitos entre os diversos atores, particularmente da denominada “judicialização” da saúde. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Eder da Silva Capute, Promotor de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Passos; Maurício Rodrigues Botelho, Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da

SES/MG; Rasível Santos, presidente do Comitê Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG; Kátia Regina de Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Ataíde Vilela, prefeito de Passos; Neli Leão do Prado, prefeita de Fortaleza de Minas; Wilson Marega Craide, prefeito de Piumhi; José Fernando H. de Freitas, prefeito municipal de Ibiraci; Eurípedes José da Silva, conselheiro do Conselho Regional de Medicina-CRMMG; Melanie Emerson, observadora da Ação Institucional de Mediação Sanitária - EUA-Rotary; Shelby Driscoll, observadora da Ação Institucional de Mediação Sanitária - Our Family Services-EUA-Rotary; Lauro Eduardo de Oliveira, secretário municipal de saúde de Passos; José Mauricio Lima Rezende, secretário municipal de saúde de Monte Santo de Minas; Marcos Rogério de Paula Oliveira, secretário municipal de saúde de Alpinópolis; Rogério Geraldo Pontes, secretário municipal de saúde de Guapé; Maria Rosely Rosa Passos, secretária municipal de saúde de São José da Barra; Solange Pereira S. Ferreira, secretária municipal de saúde de Claraval; Laudelina Reis Peixoto, secretária municipal de saúde de Delfinópolis; Walmir Rodrigues Cintra, secretário municipal de saúde de Ibiraci; Thiago Henrique Vilela, secretário municipal de saúde de São João Batista do Glória; Kátia Rita Gonçalves, Superintendente Regional de Saúde da SRS de Passos/MG; Dayana C. Garcia Rodrigues, SRS de Passos; Max Antônio de Oliveira Rodrigues, SRS de Passos; Adriana de Souza Bastos, prefeitura de Fortaleza de Minas; Edina Apda de Andrade Gonçalves, prefeitura de Fortaleza de Minas; Luiz Gonzaga Alves Grillo, SRS de Passos; Bruno Pontara Carielo, SRS de Passos; Vanessa Apda de Assis Goulart, SRS de Passos; Edmilson Silveira de Sousa, controlador da prefeitura municipal de Cássia; Eliane David de Oliveira, agente administrativo da secretaria municipal de saúde de Cássia; Lucimar Costa Bastos Campos, auxiliar administrativa do hospital São Vicente de Paulo de Cássia; Rômulo Oliveira Fraga, assessor jurídico da prefeitura de São José da Barra; Eliéder da Silva de Paulo, auxiliar administrativo da secretaria municipal de saúde de Claraval; Kátia Janine Alves Santana, oficiala da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Passos; Fabíola Silveira, superintendente da Santa Casa de Passos; Renato M.S. Maia, gerente do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos; Paulo Rabello, assessor jurídico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos; Renato Rattis Pádua, assessor jurídico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos; Daniel Ponto Soares, diretor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos; Rufo Machado Lemos, assessor jurídico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos;

Marcos Antônio de Oliveira, diretor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos; Antônio Donizete Lopes, supervisor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Passos; Denílson Vaz de Figueiredo, administrador do Hospital Irmandade Santa Casa do município de Alpinópolis; **A reunião foi aberta pelo Coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, oportunidade em que lhes explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público que, dentre outras, tem como escopo a redução das tensões, confrontos e conflitos entre os diversos atores, jurídicos ou não, com atuação no Direito à Saúde, a partir do enfrentamento dos problemas coletivos de saúde. Destacou a importância daquela microrregião de saúde, hoje, guindada à condição de Região de Saúde, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR/MG) e Deliberação CIB-SUS/MG, integrada por 18 municípios, com população global de 275.208 habitantes, a saber: Alpinópolis (18.600), Bom Jesus da Penha (3.915), Capetinga (7.063), Capitólio (8.217), Cássia (17.422), Claraval (4.565), Delfinópolis (6.849), Doloresópolis (1.447), Fortaleza de Minas (4.124), Guapé (13.891), Ibiraci (12.325), Itaú de Minas (15.041), Passos (106.987), Piunhi (32.121), São João Batista do Glória (6.934), São José da Barra (6.834) São Roque de Minas (6.714) e Vargem Bonita (2.159). QUE os municípios de Passos e de Piunhi são sede desta Região de Saúde. QUE o município de Passos, juntamente com os municípios de Alfenas, Pouso Alegre, Poços de Caldas e Varginha, é sede da Macrorregião Sul, portanto, Região de Saúde Sul ampliada. QUE essa Região de Saúde integra as comarcas de Passos, Alpinópolis, Cássia, Ibiraci, Guapé, Piunhi e São Roque de Minas. QUE a Constituição Federal deu às ações e serviços de saúde caráter de relevância pública, ao mesmo tempo em que incumbiu ao órgão do Ministério Público, instituição permanente, a responsabilidade por zelar por esses serviços de relevância pública, de modo a promover as ações necessárias para sua garantia e eficácia. QUE as ações e serviços de saúde, na perspectiva constitucional, são compreendidas como um ideário, devendo ser implantadas de forma programática, embora constitua-se em norma de aplicação imediata. QUE a judicialização, como regra constitucional de acesso à Justiça, deve ser amplamente valorizada em um Estado Democrático de Direito, devendo ser sempre que possível de forma refletida e não reflexiva, com observância das normas legais infraconstitucionais. QUE o Ministério Público de Minas Gerais tem valorizado em muito essa atuação resolutiva em substituição à demandista. QUE a Lei

Complementar nº 141, de janeiro de 2012, ao tratar, em capítulo específico, sobre a transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, incumbiu, expressamente, o órgão do Ministério Público, ao lado de outros órgãos responsáveis pelo controle interno e externo, pela efetiva fiscalização da gestão da saúde pública. QUE, portanto, o Ministério Público é órgão fiscalizador da gestão pública de saúde. QUE, também, essa mesma lei complementar, dispôs sobre os percentuais mínimos de aplicação nas ações e serviços de saúde, pelos diversos entes, das três esferas de governo, além de definir o que são e não são considerados ações e serviços de saúde. QUE o Ministério Público do Estado de Minas Gerais tem contribuído para uma efetiva atuação resolutiva na saúde pública, sendo essa ação institucional de Mediação Sanitária, criada pela Resolução PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012, espetacular ferramenta de espaço democrático, compartilhado, pelos diversos atores, jurídicos ou não, na tentativa da redução de confrontos, tensões e conflitos, bem como a própria judicialização, através da resolução dos graves problemas de saúde pelas suas causas (fonte). QUE cada vez mais importantes atores de órgãos/entidades da sociedade, públicos ou não, jurídicos ou não, prestam sua adesão à estratégia da Mediação Sanitária. QUE a SES/MG tem sido participante ativa em cada uma dessas reuniões de Mediação Sanitária, com resultados positivos para uma construção solidária de importantes políticas, ou mesmo de sua reorganização, na lógica do fortalecimento regional da saúde, mapa da saúde, desenho de rede, Rede de Atenções, etc. QUE já houve, por força de cooperação técnica, o primeiro curso de capacitação de promotores de Justiça para acesso do SUSFácil, o que será ampliado por todo o ano de 2013, em processo interiorizado. QUE é muito importante que a capacidade real de oferta de serviços, pelos diversos prestadores/pontos de atenção em saúde, possa estar com seus dados/indicadores atualizados junto ao CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por ser ferramenta irradiadora de efeitos para todo o microsistema. QUE, hoje, também, os gestores de saúde, alcançados os prestadores filantrópicos e as entidades sem fins lucrativos, conveniadas ao SUS, devem possuir uma gestão qualificada, com transparência, por força da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. QUE, dessa forma, hoje, o Ministério Público possui condições técnicas de, em tempo real, avaliar, através dos sistemas informatizados/indicadores, cada uma das negativas de atendimento de acesso de usuários aos serviços da atenção ambulatorial e hospitalar, como, exemplo, o SUSFácil, conjugando as informações fornecidas com a oferta real registrada no CNES. QUE há muitas ocorrências de negativas de acesso aos serviços de saúde

por prestadores (hospitais), contratados/conveniados com o SUS, com recebimento de recursos financeiros, com metas físicas e qualitativas pactuadas. QUE a configuração dessas situações poderá levar inclusive à responsabilização por improbidade administrativa. QUE os prestadores de serviços de saúde, nessa nova lógica de gestão qualificada e transparente, com responsabilidades contratuais, devem pactuar tão somente o que sua capacidade real, nas diversas clínicas, lhe possa garantir, com estabelecimento de uma relação jurídica saudável, inclusive com observância do equilíbrio econômico financeiro desses instrumentos contratuais. QUE no tocante aos denominados instrumentos de gestão, com ressonância direta para o planejamento das ações e serviços de saúde, afetos à responsabilidade dos gestores, há necessidade de que os mesmos possam ser elaborados a partir das necessidades de saúde, exemplos, plano municipal de saúde, programação anual de saúde, lei orçamentária anual, plano plurianual da saúde, relatório anual de gestão. QUE a administração pública municipal, independentemente do passivo deixado pela anterior prefeito (pleito outubro/2012), pelo princípio da continuidade da gestão de governo, torna-se responsável por esses indicadores, compromissos e prestação de contas. QUE não é legítimo, nem mesmo legal, a suspensão de pagamento de importantes recursos financeiros aos diversos prestadores, contratados/conveniados ao SUS, pelo simples fato de compromissos pactuados na anterior administração municipal. QUE no tocante aos repasses voluntários, como exemplo, as verbas de subvenção, aprovadas por lei municipal, importante deixar evidente o princípio de legalidade e a vedação constitucional do retrocesso. QUE os Conselhos de Saúde, atualmente com regras novas, definidas pela Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, possuem função constitucional primordial na fiscalização e deliberação das ações e serviços de saúde. QUE é preciso dar a cada um dos conselheiros de saúde essa estruturação, inclusive, logística para o desempenho de suas funções, ao lado de permanente capacitação. QUE a sociedade, particularmente o Ministério Público, Conselho Regional de Medicina, Gestores e Entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, precisam discutir, de forma democrática, o novo papel do profissional médico dentro dessas unidades de saúde quase-estatal, por força da lei federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (lei da filantropia). QUE o Ministério Público possui entendimento pacificado de que, embora o profissional médico não seja obrigado a trabalhar para o SUS, ainda que lotado nessas unidades subvencionadas de saúde (hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos), deverá, lado outro, sob pena de improbidade administrativa, fazer o devido ressarcimento

à unidade de saúde pela utilização dos equipamentos, insumos e produtos de saúde, adquiridos por recursos públicos, quando seu trabalho for exclusivamente privado ou plano de saúde. QUE, também, os gestores devem fiscalizar, com imposição de penalidades, o cumprimento da carga horária desses profissionais de saúde. QUE esses profissionais, ressalto, não são obrigados a trabalhar para o SUS, mas a partir do momento de sua habilitação/credenciamento/contratação, deverão seguir as regras, diretrizes e princípios do SUS. QUE os dirigentes desses estabelecimentos de saúde são também responsáveis solidários na exigência do cumprimento da carga horária, bem como dos plantões médicos presenciais. QUE não se pode descuidar da regra constitucional da regulação das ações e serviços de saúde pública, portanto, de observação obrigatória por todos (norma cogente). QUE há necessidade de definição clara dos papéis dos diversos atores no SUS, ressaltando que o Gestor é o responsável legal pela efetiva gestão (fiscalização, controle, monitoramento, auditoria, etc), portanto, é dele a gerência das ações e serviços de saúde, não podendo, lado outro, submeter-se às regras impostas por eventual prestador. QUE a definição das necessidades de saúde, para os fins de elaboração dos instrumentos de planejamento, não pode ser pela oferta dos serviços disponibilizados pelos prestadores, em face de sua potencial densidade tecnológica, mas pela decisão do próprio Gestor SUS, fundamentada nas evidências epidemiológicas e participação popular. QUE o mais importante dessa regra é o foco no usuário, de modo a garantir-lhe a assistência à saúde (eficácia), em tempo e modo próprios, mesmo que fora de sua base territorial. QUE os prestadores devem evitar a nefasta política da concorrência entre eles, haja vista que o sistema deve ser pensado de maneira macro, regionalizada e não pontual (solitária). QUE é preciso buscar uma identidade sanitária para cada deles, de modo a se tornarem estratégicos regionalmente, podendo ser considerados como retaguarda hospitalar em face das Redes de Atenção à Saúde (RAS). QUE, nessa perspectiva, será preciso dar nova definição aos pequenos hospitais, em face da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, definida pela Portaria MS nº 1.044, de 1º de junho de 2004, não podendo mais subsistir o critério eminentemente político em detrimento do interesse público coletivo sanitário. QUE nas Regiões de Saúde Sudeste (Juiz de Fora), Oeste (Divinópolis), Leste (Governador Valadares e Ipatinga) e Triângulo do Sul (Uberaba), uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, de composição plural, sob a coordenação da SES/MG, através da Superintendência Regional de Saúde (SRS), tem se deslocado a cada um dos seus municípios abrangidos, para os fins de reorganização das ações e serviços de

saúde, na lógica do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, visando levantar deficiências, fragilidades, desconformidades e mesmo potencialidades, tudo traduzido em oportuno relatório/diagnóstico assistencial, para validação nas instâncias colegiadas, bem como, para os fins de Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) ou Convênio de Cooperação entre Entes Públicos, com chancela do Ministro da Saúde, Secretário Estadual de Saúde e COSEMS/MG. QUE, dentre outros, o Ministério Público participa ativamente de toda essa estratégia operacional da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE há um grande equívoco cultural por parte dos municípios no sentido de que a assunção á antiga Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) impõe-lhes responsabilidades financeiras para a atenção da média e alta complexidade, o que não é verdade. QUE a responsabilidade financeira pelo teto MAC continua a ser da União (Ministério da Saúde) e dos Estados (SES). QUE não há razoabilidade de o município de Passos, sede de micro e macrorregião de saúde, continuar com Gestão Plena da Atenção Básica, daí que sem governança sobre seus prestadores. QUE hoje são destinados um total de R\$ 38.000.000,00 de recursos do teto MAC Federal, conforme SISMAC, repassados diretamente para o Fundo Estadual de Saúde, ante o fato de o município de Passos não ser da Gestão Plena do Sistema Municipal. Que do total desses recursos (federal), R\$ 22.887.300,43 são destinados para atendimento da população referenciada. **Dada a palavra para a Superintendente Regional de Saúde de Passos, Kátia Rita Gonçalves** ressaltou que a Região de Saúde de Passos passa por um bom momento, sobretudo pela integração dos novos gestores. QUE essa Região de Saúde é muito extensa, conforme se observa pelo atual PDR/MG, impondo a todos os gestores superação aos desafios permanentes, sobretudo pelos municípios mineiros fronteiriços com o estado de São Paulo. QUE cita como exemplo o município de Ibiraci, praticamente dentro do estado de São Paulo, muito próximo da cidade de Franca/SP, o que exige toda uma abordagem específica. QUE acredita ser necessária oportuna discussão da PPI interestadual, atualmente prevista no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE concorda que o município de Passos, em razão da especificidade de ser sede de micro e de macro, possui as condições políticas necessárias para exercer uma liderança que fortaleça o processo regionalizado assistencial. QUE também concorda que o SUS Ideal está muito longe do SUS real, mas que esse fato não pode ser empecilho para que as ações e serviços de saúde, na lógica de sua implantação planejada, sobretudo pelas Redes de Atenção à Saúde, possam avançar. QUE o Ministério Público é instituição fundamental para que aconteça

essa perseguição ao SUS Constitucional. QUE o controle social, criado constitucionalmente, como importante diretriz do SUS, precisa ser melhor estruturado, ser trazido para perto dos demais atores, de modo que seus conselheiros possam se empoderar dos conhecimentos técnicos importantes para qualificação de seu processo decisório. QUE concorda que os denominados instrumentos de gestão são a base de todo um bom planejamento da saúde, sendo eles, por obviedade, ressonância para a eficácia ou ineficácia das ações e serviços de saúde. QUE esses instrumentos não podem ser vistos pelos gestores como cartoriais, mas como estratégias de ressonância direta na mudança de percepção das ações e serviços de saúde, pela prática assistencial. QUE concorda que é preciso continuar na discussão/deliberação da reorganização das ações e serviços de saúde, como exemplo, o fato de que o prestador Santa Casa de Misericórdia de Passos tem recebido diversos usuários de municípios que sequer pertencem a microrregião, fora do fluxo operacional da regulação. QUE percebe que muitos dos gestores ainda não apreenderam sua responsabilidade sanitária no seu município. QUE são eles os responsáveis por fazer acontecer a saúde de fato em seu município. QUE os processos de referência e contrarreferência nessa região tem sido dolorosos, fragmentados, divorciados das estratégias da própria regulação. QUE em muitos desses municípios o ordenador de despesa da saúde tem sido o próprio prefeito municipal, em flagrante contradição ao artigo 9º, III, da Lei federal nº 8.080/90. QUE considera ilegítimo o fato de que muitos dos prestadores filantrópicos, conveniados ao SUS, com recebimento de recursos públicos importantes, façam diferenciação de pessoas quando do atendimento SUS ou por planos de saúde. QUE a Rede da Urgência e Emergência da região, criada em outubro de 2012, tem sido financiada por recursos exclusivamente estadual. QUE há estratégias de investimentos estaduais, em face dessa rede de urgência e emergência, não somente em Passos, mas também nos municípios de São Sebastião do Paraíso e Piunhi. QUE a estratégia da discussão da identidade sanitária pelos diversos prestadores na região, visando a lógica do fortalecimento regional da saúde, bem como otimizado mapa da saúde, já vem sendo feito pela Superintendência Regional de Saúde de Passos. QUE a questão do cumprimento de carga horária é hoje um dos principais gargalos e ressonância para os conflitos entre os diversos atores, com formação de demandas reprimidas e falta de acesso do usuário. QUE é preciso encontrar um ponto ótimo para que essas regras contratuais possam ser devidamente observadas, com foco na assistência. QUE outro importante fator negativo é o da AIH assistencial, assim como a própria PPI,

não acompanhar o paciente, sobretudo quando dessas relações com os municípios fronteiriços do estado de São Paulo. QUE há necessidade de uma discussão urgente quanto ao papel do profissional de saúde dentro dos estabelecimentos (prestadores) filantrópicos, conveniados ao SUS, assim como no setor público, devendo ser abordados aspectos essenciais, como exemplos, cumprimento de carga horária, plantão presencial e plano de carreira. QUE a SRS de Passos, em conjunto com o município de Delfinópolis, tem feito um trabalho de revisão do plano municipal de saúde, papel do prestador, etc. QUE está à frente da SRS Passos há 01 ano e 06 meses, convencendo-se de que o trabalho realizado é bom. QUE são os seguintes prestadores (hospitais) em sua Região de Saúde: ALPINÓPOLIS: Hospital Cônego Ubirajara Cabra, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 40 leitos, sendo 36 destinados ao SUS; BOM JESUS DA PENHA: Hospital Dr. José Carvalho de Faria, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 16 leitos, sendo 16 destinados ao SUS; CAPETINGA: Hospital Municipal São José, tipo geral, público, sob gestão dupla, com 11 leitos, sendo 11 destinados ao SUS; CAPITÓLIO: Santa Casa de Caridade de Capitólio, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 33 leitos, sendo 30 destinados ao SUS; CÁSSIA: Instituto São Vicente de Paula, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 40 leitos, sendo 30 destinados ao SUS; CLARAVAL: sem prestador; DELFINÓPOLIS: Hospital Municipal Elpídio Rodrigues Pinto, tipo hospital geral, público, sob gestão dupla, com 20 leitos, sendo 20 destinados ao SUS; DORESÓPOLIS: sem prestador; FORTALEZA DE MINAS: Hospital Municipal João Soares da Silveira, tipo Policlínica, público, sob gestão dupla, sem leitos; GUAPE: Santa Casa de Misericórdia de Guapé, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 30 leitos, sendo 29 destinados ao SUS; IBIRACI: Hospital Municipal de Ibiraci, tipo hospital geral, público, sob gestão dupla, com 20 leitos, sendo 20 destinados ao SUS; ITAÚ DE MINAS: Hospital Itaú de Assistência Social, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 34 leitos, sendo 20 destinados ao SUS; PASSOS: Hospital Oto Krakauer, tipo hospital especializado em psiquiatria, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 156 leitos, sendo 120 destinados ao SUS; Hospital São José Unimed, tipo hospital geral, privado, cooperativa, com 34 leitos, sem destinação para o SUS; Santa Casa de Misericórdia de Passos, tipo hospital geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 273 leitos, sendo 214 destinados ao SUS; PIUNHI: Santa Casa de Misericórdia de Piumhi, tipo hospital

geral, beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, com 124 leitos, sendo 102 leitos destinados ao SUS; SÃO JOÃO BATISTA DA GLÓRIA: Hospital Municipal Dona Chiquita, tipo hospital geral, público, sob gestão dupla, com 30 leitos, sendo 30 destinados ao SUS; SÃO JOSÉ DA BARRA: sem prestador; SÃO ROQUE DE MINAS: Hospital Municipal Santa Marta, tipo hospital geral, público, sob gestão dupla, com 12 leitos, sendo 12 destinados ao SUS; VARGEM BONITA: sem prestador. **Dada a palavra para o promotor de Justiça da comarca de Passos Eder da Silva Capute** ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária organizada pelo Ministério Público. QUE há recorrentes demandas judiciais, sob o enfoque individual (varejo), o que demonstra falha no planejamento do sistema. QUE o SUS, na proposta constitucional, na prática, tem tido uma enorme dívida para com o cidadão. QUE tem proposto ações judiciais, haja vista a fragmentação do sistema, como, exemplo, ação civil pública para as pessoas idosas dependentes de cirurgia em cataratas. QUE possui, também, outra ação civil pública para garantia do acesso da população às cirurgias eletivas, com considerável fila de espera. QUE o município de Passos não consegue se organizar na lógica da programação assistencial concebida pelo sistema. QUE a atenção básica de Passos ainda está aquém, com cobertura atual de 54,48% de Equipes de Saúde da Família (ESF), deixando boa parte da população de 107.661 habitantes sem acesso a essa importante política pública. QUE em decorrência, também, dessa insuficiente cobertura da atenção básica, as unidades da urgência e emergência, nível ambulatorial, estão abarrotadas. QUE o excesso de demandas individuais aportadas em seu gabinete tem-lhe dificultado uma atuação mais resolutiva em face das demandas coletivas. QUE também concorda que a questão do cumprimento da carga horária pelos profissionais médicos deve ser tratada (discutida) emergencialmente, pois, impacta diretamente o acesso da população aos serviços de saúde. QUE em diligência (consulta) ao CNES verificou que havia profissionais médicos em Passos com vínculo (carga horária) superior a 25 horas diariamente. QUE considera como pontos importantes para o início da discussão na região o cumprimento da carga horária pelos profissionais médicos de saúde e o déficit de serviços que possam garantir o acesso adequado da população loco-regional. QUE constatou a existência de profissional de saúde, com remuneração fixada para uma carga horária de 08 horas diariamente, contudo, na prática, por falta de fiscalização do próprio Gestor SUS, essa carga horária não é observada. QUE o Brasil está longe de ter uma política de saúde universal, igualitária e integral. QUE a lógica tem sido de um maior financiamento público no setor

privado, ao invés do maior plano de saúde pública do mundo (SUS). QUE o SUS tem se tornado um plano de saúde para pobres. QUE o Ministério Público da comarca de Passos, com atuação na defesa da saúde, celebrou, no ano de 2003, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com os municípios da região, visando o fortalecimento da urgência e emergência do Hospital Santa Casa de Passos, mediante, inclusive, financiamento. QUE considera que na atenção básica os municípios não se organizam para uma boa prestação, daí a superlotação das portas da urgência e emergência, ambulatorial. QUE praticamente não lhe sobra tempo para uma melhor atuação coletiva, haja vista a recorrência de demandas individuais, chegando a ser expedido de 05 a 06 ofícios diariamente para a Secretaria Municipal de Saúde. QUE em todos os casos em que não há resposta da SMS, tem optado pela judicialização, haja vista que considera que o usuário não pode esperar, sobretudo nas situações de urgência e emergência. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Passos, Ataíde Vilela** ressaltou que o município é o ente governamental mais demandado na área da saúde. QUE há falta de importantes recursos financeiros para fortalecimento das ações e serviços de saúde, podendo destacar o fato da ausência considerável da União, através do Ministério da Saúde. QUE a própria presidenta da República já adiantou seu posicionamento no sentido de que todos os recursos dos royalties do petróleo serão usados na educação. QUE considera essa posição absolutamente equivocada, haja vista que em alguns municípios há sobra de recursos para educação. QUE a saúde continua sendo subfinanciada. QUE os governos federal e estadual, no tocante às ações e serviços de saúde, apenas têm disponibilizados recursos de investimentos, deixando de fazê-lo no mais crítico, ou seja, recursos de custeio de programas que eles próprios tem criado. QUE o cenário aponta para uma maior expectativa de vida das pessoas, com camadas de idosos cada vez mais crescente, o que é bom do ponto de vista da dignidade das pessoas, mas, por outro lado, o financiamento federal e estadual, na área da saúde, não tem acompanhado esse ritmo de crescimento. QUE faz crítica a atuação do Ministério Público ao deixar de observar, por ocasião da judicialização, as responsabilidades (legal) de cada um dos entes governamentais no tocante à execução das ações e serviços de saúde. QUE infelizmente o município tem suportado ações judiciais para fornecimento de medicamentos para doenças raras, importados de outros países. QUE são os municípios os responsáveis pelo financiamento da saúde no Brasil. QUE, lado outro, esse mesmo Ministério Público, no caso, Federal, já o obrigou, por força de ação judicial, a devolver aos cofres públicos o valor de R\$ 250.000,00, por os ter

utilizado para atendimento da saúde de usuários em TFD – Tratamento Fora do Domicílio. QUE concorda que a responsabilidade municipal na execução das ações e serviços de saúde seja limitada à sua lei orçamentária anual, sob pena de quebra da legalidade, podendo sofrer penalização junto ao Tribunal de Contas do Estado. QUE reconhece a existência de dívida do município com o Hospital Santa Casa de Passos, contudo, quer deixar registrado o fato de essa mesma administração hospitalar não ter exigido o pagamento dessa dívida em face do prefeito anterior. QUE o ente governamental mais importante para essa mediação sanitária deixou de comparecer, no caso o Ministério da Saúde. QUE esses 03 (três) diferentes contratos atualmente existentes, além da própria PPI assistencial, são equivocados, devendo, no seu entendimento, haver nova pactuação. QUE repassa para a Santa Casa de Passos os recursos da Rede da Urgência e Emergência, como, exemplo, o valor de R\$ 400.000,00, referente a competência de dezembro de 2012. QUE também o Ministério Público Federal deveria integrar essa ação da Mediação Sanitária a fim de possibilitar um melhor alinhamento dos posicionamentos institucionais. QUE o município de Passos tem feito investimentos superiores a 24% nas ações e serviços de saúde. QUE rotineiramente são negados pelo INSS local os diversos pedidos previdenciários de usuários, razão pela qual, os exames diagnósticos sugeridos ou próprios para comprovação em sede de recurso têm sido feitos pelo SUS. QUE esses exames especializados são de alto custo e objetivam tão somente a comprovação das exigências feitas pelo INSS. **Dada a palavra para o Delegado Regional do CRMMG, Eurípedes José da Silva** informou que a entidade está atenta aos graves problemas de saúde no Estado de Minas Gerais. QUE o CRMMG está liderando um processo de levantamento de todas as condições de trabalho e necessidades de saúde, em face dos prestadores (hospitais) de Minas Gerais. QUE esse trabalho já se iniciou a partir do município de Oliveira/MG. QUE o seu presidente Dr. João Batista Gomes pretende entregar todo esse diagnóstico, conforme acordado com o CAOSAÚDE, para o Ministério Público do Estado de Minas Gerais. QUE concorda que uma das causas de tensão entre os atores está situada no fato de lançamento de informações incorretas no CNES. QUE concorda com a fala do Dr. Gilmar, coordenador do CAOSAÚDE, no sentido de que, em razão do processo de continuidade entre as administrações e não governos, o atual prefeito municipal possui a obrigação de não somente honrar as pactuações firmadas, como também realizar o pagamento das dívidas do município em face do Hospital Santa Casa. QUE o Hospital Santa Casa tem cumprido adequadamente as metas físicas e qualitativas celebradas. QUE o

Ministério Público deveria fiscalizar o próprio contratante desses serviços, de modo a exigir-lhe o cumprimento de sua responsabilidade. QUE o profissional médico do Hospital Santa Casa tem que efetivamente prestar serviços ao SUS, mas também poderá fazê-lo com relação ao privado e planos de saúde. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Ibiraci, José Fernando H. de Freitas** ressaltou que todos os recursos de sua PPI assistencial estão referenciados para o município de Passos. QUE o município de Ibiraci está mais próximo (fronteira) com o estado de São Paulo (Franca) do que com o município de Passos. QUE considera importante a celebração de uma PPI interestadual, de modo que seus usuários possam oficialmente acessar os serviços de saúde no estado de São Paulo. QUE não utiliza os serviços de urgência e emergência, ambulatorial, do município de Passos, embora participe da obrigação no financiamento do Hospital Santa Casa de Passos, por força do supracitado TAC. QUE atualmente gasta próximo de 30% de seu orçamento com as ações e serviços de saúde. QUE o município possui custos relevantes com o suporte motorizado (ambulância) para transporte de usuários e seus familiares. QUE também contrata UTI móvel privada nos casos de necessidade. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Piumhi, Wilson Marega Craide** informou que seu município também é sede de microrregião de saúde, juntamente com Passos. QUE reconhece a atuação da SES/MG em seu município, inclusive, do ponto de vista do financiamento. QUE não concorda com a atual interpretação do protocolo de Manchester pelos seus profissionais médicos, haja vista que esses entendem que o atendimento deverá ser dado no limite do tempo estabelecido para cada uma das cores. QUE o município possui três tipos de contratos na área da saúde pública: 1) urgência e emergência com a Santa Casa de Misericórdia de Passos, por força do TAC celebrado com o Ministério Público, no ano de 2003; 2) consultas e exames especializados; 3) cirurgias eletivas para complementação das AIH's. QUE atualmente paga ao prestador Santa Casa de Passos R\$ 159.000,00 para garantia da urgência e emergência; R\$ 80.000,00 para realização de cirurgias eletivas e R\$ 80.000,00 para compra de serviços especializados e consultas médicas, independentemente dos recursos da PPI assistencial. QUE os serviços prestados pela Santa Casa de Passos não melhoraram, fato que não dá garantia de acesso para sua população. QUE possui grande preocupação com a segurança jurídica desses contratos pulverizados, sobretudo em face do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. QUE concorda que todos esses contratos poderiam ser unificados, com maior transparência, submetidos às regras do Direito Administrativo, com garantia de acesso da

população às metas físicas pactuadas. QUE é preciso discutir melhor as regras operacionais para o acesso da população aos serviços de urgência e emergência prestados pela Santa Casa de Passos. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Guapé, Rogério Geraldo Pontes** ressaltou ser essa a única Macrorregião Sanitária em que os municípios colocam importantes recursos financeiros (próprios) por força de um TAC, celebrado com o Ministério Público. QUE há necessidade de que todos esses contratos, para financiamento do prestador Santa Casa de Passos, possam ser unificados, com mais transparência e regras para seu cumprimento, com definição dos valores de participação de cada um dos municípios, SES/MG e Ministério da Saúde. QUE há muitas dificuldades financeiras e orçamentárias para os municípios. QUE seu município tem aplicado muito acima do estabelecido pela Constituição Federal para as ações e serviços de saúde. QUE há sérios problemas (operacionais) que dificultam o acesso da sua população aos serviços referenciados em Passos. QUE é preciso que a SES/MG possa agilizar o processo da Rede Estadual da Urgência e Emergência na região. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Alpinópolis, Marcos Rogério de Paula Oliveira** disse que concorda estar havendo muita “queima de AIH’s”. QUE seria interessante a possibilidade de que esses contratos pudessem ser feitos diretamente com o prestador Santa Casa de Passos. QUE concorda com a sugestão de que haja uma grande articulação no sentido de se definir (vocação) os diversos hospitais da região, dando para os considerados de pequeno porte um novo papel na lógica das Redes de Atenção à Saúde. QUE há casos em que o município referenciado (Passos) não dá garantia de acesso aos serviços da PPI assistencial, como, exemplo, internação de paciente para submissão ao procedimento de cateterismo, no caso concreto, realizado no município de São Sebastião do Paraíso. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Monte Santo de Minas, José Maurício Lima Resende** esclareceu que também concorda que a atenção básica é fundamental para todo o sistema. QUE possui problemas sérios nos atendimentos do PSF, uma vez que os profissionais do PROVAB são recém formados e ficam apenas por um ano no município. QUE há necessidade de que seja feito verdadeiro diagnóstico das necessidades regionais dos municípios na área da saúde. QUE concorda que os recursos financeiros, federal e estadual, preponderantemente são para investimentos e não custeio. QUE concorda que seja feito um amplo diagnóstico em toda macrorregião para levantamento dessas necessidades reais de saúde. QUE, pela falta de garantia de acesso junto aos municípios referenciados, na prática, de forma não regulada, tem encaminhado

pacientes para serem atendidos no município de Ribeirão Preto/SP. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Ibiraci, Walmir Rodrigues Cintra** ratificou o fato de que seu município gasta cerca de 29,5% na saúde pública. QUE a saúde pública na sua região é um “faz de conta”. QUE entende como estratégico o fortalecimento do consórcio público da região (SISLAGO). QUE, através desse consórcio, sua população tem acesso às consultas, mensalmente, em cardiologia, oftalmologia, etc. QUE não vê vantagens, a qualquer natureza, de seu município continuar participando desses contratos (complementares) com o prestador Hospital Santa Casa de Passos, além dos seus recursos da PPI assistencial. QUE sua população não tem tido garantia de acesso aos serviços referenciados no município de Passos, não obstante seus recursos da PPI assistencial, bem como os repassados por força da celebração TAC supracitado. QUE há usuários em seu município, em fila de espera, há mais de 08 meses, aguardando realização de cirurgia eletiva (retirada de cisto) em Passos. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Delfinópolis, Laudelina Reis Peixoto**, esclareceu que o atendimento prestado pela Santa Casa de Passos aos seus usuários é precário, não obstante os recursos originados da PPI assistencial, bem como os que têm repassado, por força da celebração do TAC com o Ministério Público. QUE possui grandes dificuldades no transporte de seus usuários para acesso àqueles serviços de saúde em Passos, inclusive, alguns deles realizados por balsas. QUE seu município fica muito distante da referência em Passos. QUE não possui especialidades médicas em seu território. QUE possui contrato direto com a operadora UNIMED do município de Franca para atenção complementar da saúde para sua população. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de São João Batista do Glória, Thiago Henrique Vilela**, informou que o prestador Santa Casa de Passos, sua referência regional, tem negado, em certas ocasiões, o acesso de sua população, mesmo nos atendimentos da urgência e emergência. QUE concorda com as críticas feitas pelo Secretário Municipal de Saúde de Ibiraci. QUE muitas das vezes tem garantido acesso de sua população aos serviços de saúde privados. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de São João da Barra, Maria Rosely Rosa Passos** reforçou as críticas feitas pelos seus colegas secretários municipais de saúde no tocante à dificuldade de acesso da sua população aos serviços de saúde referenciados para a Santa Casa de Passos, não obstante o repasse dos importantes recursos financeiros. QUE considera falha no sistema da regulação, quando, por exemplo, a Santa Casa de Passos garante o acesso a um serviço da alta complexidade, mas, lado outro, não garante o retorno do mesmo paciente para

retirada de um pino. QUE o acesso de sua população àqueles serviços prestados pela Santa Casa de Passos se agrava quando se trata dos procedimentos eletivos. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Cássia, Eliane David de Oliveira** informou que representava, neste ato, seu secretário municipal de Saúde. QUE é preciso investir regionalmente na atenção básica. QUE seus profissionais médicos não cumprem a carga horária contratada, não chegando a trabalhar 06 (seis) horas diariamente. QUE o sistema tem sido refém dos profissionais médicos. QUE não há porta de entrada para a rede da urgência e emergência, sendo que essa atenção tem sido verificada diretamente no Pronto Atendimento. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Claraval, Solange Pereira S. Ferreira** que também concorda com toda as falas dos secretários municipais que a precederam. QUE não há, na prática, uma PPI assistencial, haja vista que não conseguem garantir o acesso de sua população aos serviços referenciados, não somente nas eletivas mas também nas urgências e emergências. QUE não possui contrato com o município de Passos, através de seu principal prestador Hospital Santa Casa, para execução dos serviços de urgência e emergência. QUE os atendimentos são feitos no município de Franca/SP. QUE também concorda com a discussão da celebração de uma PPI interestadual, haja vista as peculiaridades locais. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza de Minas, Edina Apda de Andrade Gonçalves** ressaltou que seu município é devedor de R\$ 116.000,00, referente aos serviços de saúde referenciados com o prestador Santa Casa de Passos. QUE em razão desse débito tem cortado de seu planejamento de saúde alguns serviços de saúde importantes, como, exemplos exames diagnósticos. QUE hoje sua população não possui mais acesso direto aos serviços de saúde prestados pela Santa Casa de Passos. QUE essa regulação assistencial está muito fragilizada e precária. QUE pode citar, como um dos exemplos, o fato de que um seu paciente foi devolvido pela Santa Casa de Passos em situação de pré-eclâmpsia. QUE há um grande desinteresse dos profissionais médicos na execução dos serviços. QUE seu município tem oferecido pagamento de R\$ 1.500,00, de segunda a sexta feira e de R\$ 1.680,00, finais de semana e feriados, para cobertura dos plantões da urgência e emergência. QUE dos contratos celebrados, por força do TAC supracitado, repassa para o prestador Santa Casa de Passos, a título de urgência e emergência, um total de R\$ 16.000,00 mensalmente, bem como outros R\$ 12.000,00 a título de contrato direto. **Dada a palavra para o Diretor Administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Passos, Daniel Porto Soares** ressaltou a fala do coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça

Gilmar de Assis, no sentido de que o maior desafio a ser superado é mesmo o componente político. QUE é preciso haver respeito, credibilidade e confiança por todos os envolvidos para que uma solução possa ser adequada aos diversos problemas de saúde na região. QUE seu prestador possui serviço próprio de Ouvidoria. QUE considerou equivocada a postura do município de Guapé que levou uma demanda local diretamente para discussão com o Senhor Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, quando, na oportunidade, a Santa Casa já providenciava uma resposta formal por escrito, anteriormente solicitada pelo mesmo gestor. QUE ressalta o aspecto positivo do TAC supracitado, de iniciativa do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, da comarca de Passos, com perduração de seus efeitos há mais de 10 (dez) anos. QUE durante esse tempo não foi providenciado pelos Gestores (federal, estadual ou municipal) qualquer iniciativa de regulação que pudesse substituir os efeitos desse TAC. QUE a Santa Casa não quer e jamais pensou em colocar o Gestor SUS local em situação de refém do sistema. QUE considera a separação dos papéis, com ênfase à transparência, fundamental para que os processos possam ser menos controvertidos. QUE a celebração daquele TAC foi fundamental, haja vista que a situação da saúde na região naquela época era absolutamente caótica. QUE a SES, à época, não quis participar do custeio mensal para o financiamento da porta hospitalar de referência na região. QUE a definição desses critérios de repasses financeiros não foi feita pela Santa Casa de Passos e sim pelo próprio Ministério Público através de uma atuação resolutiva. QUE o denominado “contrato direto”, também objeto do supracitado TAC, foi celebrado pelos municípios ante a precariedade do próprio consórcio intermunicipal. QUE não houve obrigatoriedade de participação dos municípios na assinatura desse contrato direto. QUE os valores repassados pelos municípios participantes têm como referência a tabela SUS. QUE, nessa época, os “apadrinhamentos” era inevitáveis, razão pela qual muitos dos prefeitos municipais pagavam valores entre R\$ 200,00 a R\$ 300,00 por consultas particulares. QUE a Santa Casa de Passos mantém serviço de ambulatório para realização dessas consultas, de modo a atender aos municípios que pactuaram o denominado contrato direto, com valores de consultas médicas especializadas abaixo dos praticados pelos planos de saúde e regras de mercado. QUE pode destacar, dentre outros, para os fins de atendimento dessas consultas especializadas, disponibilizadas para os diversos municípios, os serviços da neurocirurgia, reumatologia, cardiologia, nefrologia, etc. QUE o controle e fluxo operacional desses serviços são feitos pela Central de Marcação da Santa Casa. QUE o gestor

repassa a relação dos pacientes e o agendamento é feito pela Santa Casa. QUE a Santa Casa de Passos trabalha com linha de cuidados especiais, como, exemplo, programa para a gestante da alta complexidade, não obstante possuir o apoio federal/estadual da Rede Cegonha. QUE no tocante ao contrato dos procedimentos cirúrgicos eletivos, objeto do TAC supracitado, esse foi definido após audiência pública, sob a coordenação do Ministério Público, com participação dos municípios da região. QUE foi definido um valor fixo (uniforme) para cada um dos municípios participantes desse instrumento de pactuação. QUE o valor do déficit operacional auditado (2012) da Santa Casa de Misericórdia de Passos foi de R\$ 8.000.000,00. QUE não obstante a participação financeira fixa de cada um desses municípios, importante ressaltar que muitas das vezes há extrapolação das quotas, como exemplo, das 129 AIH's definidas para o município de Guapé, exercício 2012, aquele teria utilizado um total de 248 AIH's, gerando um passivo superior a R\$ 100.000,00, absorvidos pela Santa Casa de Passos. QUE também o município de Alpinópolis teve, no ano de 2012, considerável extrapolação de suas quotas AIH's, passando de 120 das previstas para 412 encaminhadas. QUE a Santa Casa de Passos teria feito consideráveis atendimentos de usuários, no ano de 2011 e 2012, não pertencentes à Região de Saúde, o que demonstra fragilidade da regulação assistencial. QUE a Santa Casa conta com mais de 1.300 servidores, sendo 200 deles apenas de profissionais médicos. QUE a Santa Casa não teria recebido qualquer recurso, a título de extrapolação, em face dos atendimentos da população local, levantada em cerca de 313 excessos, no período de março 2012 a março 2013. QUE a Santa Casa possui um crédito, conforme seu levantamento auditado, a título de extrapolação no atendimento da população referenciada, no período de 2011 a 2012, no valor de R\$ 1.783.000,00. **Dada a palavra para a presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Kátia Regina de Oliveira Rocha,** ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE, na pessoa de seu promotor de Justiça Gilmar de Assis. QUE esse caminho do entendimento é o mais favorável para o enfrentamento dos desafios e problemas de saúde pública. QUE os novos tempos exigem uma relação jurídica entre os prestadores e gestores mais qualificada e transparente, sem imposição e com necessária negociação, privilegiando-se, conforme texto da própria Lei federal nº 8.080/90, um equilíbrio econômico financeiro dos contratos. QUE não há dúvidas de que o sistema não pode ser refém dos prestadores ou de qualquer outro órgão, contudo, esclarece, há falta de habilidade técnica dos gestores quando

da negociação com os prestadores. QUE os gestores precisam conhecer bem, através de um adequado planejamento em saúde, quais são as suas reais necessidades, de modo a negociarem com os prestadores o que realmente lhes interessa. QUE o plano operativo desses contratos é muito importante, porque nele são definidos, dentre outras, as metas físicas e qualitativas, as clínicas contratadas, os procedimentos e os valores financeiros pela produção hospitalar. QUE não há dúvidas de que o pagamento por produção espelha um caminho regulatório equivocado, quando, o certo deveria ser o pagamento pela disponibilidade dos serviços. **Dada a palavra para o presidente do Comitê Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG, Rasível Santos** ressaltou a importância desse encontro regional e a necessidade do refinamento da discussão dos diversos problemas loco-regionais. QUE essa Região de Saúde é a que conta com maior adensamento tecnológico em todo o estado de Minas Gerais, inclusive, maior do que a própria Macro Centro, com sede em Belo Horizonte. QUE tem conhecimento do TAC celebrado à época pelo Ministério Público. QUE a SES/MG não pretende desequilibrar os atuais investimentos e pactuações já consolidados na região. QUE é preciso instituir um novo Desenho do Estado da Arte. QUE a adesão à Rede Estadual da Urgência e Emergência, pelos municípios da região, deverá ser voluntária, calculada no valor de R\$ 0,25 per capita. QUE na época ficou deliberado que esse valor seria deduzido da contraprestação já consolidada pelos diversos municípios. QUE com a instituição da Rede SAMU, a região vai aumentar seu percentual de eficiência nos atendimentos das ocorrências da urgência e emergência, evitando-se, obviamente, mortes indesejáveis. QUE é preciso que todos os gestores compreendam esse novo processo (desenho), sendo indispensável a contrapartida financeira, haja vista que os recursos da rede da urgência e emergência (retaguarda hospitalar) são exclusivamente do tesouro estadual. QUE a União (Ministério da Saúde) não participa do financiamento dessa retaguarda hospitalar, salvo para a Macro Centro. QUE concorda que o atual desenho, garantido por força de um TAC celebrado com o Ministério Público é singular, sem precedentes nas demais regiões de saúde do estado de Minas Gerais. QUE considera fundamental a discussão da resolutividade do prestador Santa Casa de Misericórdia de Passos. QUE também concorda com a proposta apresentada pelo Ministério Público, no sentido de haver uma franca discussão dos profissionais médicos e a entidades filantrópicas. QUE considera muito importante a identificação dos problemas micro e macrorregionais na área da saúde, de modo que todos eles possam ser discutidos dentro da Mediação Sanitária, sem

necessidade da judicialização. QUE o interesse da SES/MG é o da integralização, em uma Central Única, da regulação SUSFácil e SAMU. QUE hoje o desembolso direto do cidadão com serviços de saúde estão relacionados com medicamentos e plano de saúde. QUE a SES/MG possui como estratégia da Rede da Urgência e Emergência o atendimento 100% SUS, afastando-se os atendimentos privados (privado). QUE nesse redesenho para otimização da rede, os hospitais que não contam com a estrutura de pronto socorro são estanques para a sociedade e para a própria Rede da Urgência e Emergência. QUE esses hospitais de pequeno porte deverão assumir outra identidade sanitária, com discussão na rede, sob pena de sua sucumbência. QUE acredita ser processo equivocado a criação de UPAs em municípios com menos de 200 mil habitantes. QUE na implantação dessas redes de atenção, como, exemplo, da urgência e emergência, o Estado traz os regramentos, mas não a imposição, exigindo-se que os assuntos sejam discutidos e deliberados. QUE a rede da urgência e emergência trabalha, para sua qualificação, com 03 (três) diretrizes: gravidade, recurso e tempo. QUE no caso da implantação da Rede SAMU, voltada para os atendimentos da urgência e emergência, poderia haver uma oportuna discussão no sentido de serem descontados os valores financeiros atualmente repassados pelos municípios para a Santa Casa de Misericórdia de Passos. QUE com a criação da rede SAMU haverá, como ressonância, maior densidade operacional dos prestadores, bem como uma atenção aos serviços de maior complexidade. QUE quando se faz uma rede bem qualificada e desenhada não há impacto considerável no município pólo. QUE com a criação da Rede da Urgência e Emergência os atendimentos deverão ser efetivamente prestados. QUE não há possibilidades de negativas de atendimentos. QUE não é razoável a criação de uma UPA, porte I no município de Passos. QUE essa UPA não poderá ser substituta da atenção primária nem dos serviços do pronto socorro da Santa Casa de Passos, havendo, no seu entender, verdadeira duplicidade e desperdício de recursos pela dupla porta. QUE com vedação às negativas. QUE há necessidade de que seja feita uma discussão séria sobre os serviços de plantão, das diferentes clínicas, na Santa Casa de Passos, definindo-se os presenciais e os de sobreaviso. QUE os hospitais de pequeno porte, sobretudo os de nível IV, existentes na região não possuem vocação para internação de pacientes, devendo esses ser obrigatoriamente referenciados, após estabilização. QUE esses hospitais devem possuir nova identidade sanitária para cobertura dos vazios assistenciais da rede estadual. QUE, como exemplo de hospital de pequeno porte dentro dessa região, pode citar o de São Roque de Minas. QUE o pronto socorro da Santa Casa de

Passos foi projetado, dentro da nova rede estadual de urgência e emergência, para atendimento de mais de 1.200.000 habitantes. QUE pela rede estadual da urgência e emergência, conforme desenho feito, a Santa Casa de Misericórdia de Passos deverá contar com 10 (dez) profissionais médicos. **Dada a palavra para o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, Maurício Botelho**, fez sua saudação a cada um dos presentes, em especial aos prefeitos e secretários municipais. Reafirmou a excelente parceria estratégica da SES/MG e o Ministério Público, através da ação institucional de Mediação Sanitária. QUE essa ação tem sido decisiva para construção de ambientes democráticos, visando uma discussão séria a respeito dos principais desafios e problemas de saúde micro e macrorregionais. QUE também concorda que essa ação tem aproximado os diversos atores, com redução de confrontos e conflitos, sobretudo da judicialização da saúde. QUE cita o trabalho de mediação sanitária em desenvolvimento na Macro Oeste, com sede em Divinópolis, onde a SES/MG inclusive resultou na criação de um Plano para Expansão e Melhoramento da Macro Oeste. QUE a SES/MG trabalha atualmente com o foco assistencial no usuário. QUE reconhece os serviços bem administrados da Santa Casa de Misericórdia de Passos. QUE essa unidade hospitalar conta com bons equipamentos e gestão. QUE a SES/MG não concorda com os procedimentos de negativa de atendimentos, sobretudo quando escudados no fato de que aquela se deu pelo extrapolamento das quotas pactuadas. QUE, nesses casos, o atendimento deverá ser garantido, devendo o prestador, juntamente com o gestor, discutir eventual repactuação nas instâncias colegiadas. QUE o prestador Santa Casa de Passos passará a receber da SES/MG R\$ 600.000,00 a mais dos recursos atualmente existentes no PROHOSP. QUE também considera a importância do marco TAC, à época dos fatos, para uma melhor atenção médico hospitalar na região, mas que atualmente é preciso fazer a rediscussão dos atuais 03 (três) contratos existentes, de modo que possa, se for o caso, ser transformado em contrato único, com adesão voluntária pelos municípios. QUE tem convicção de que o pretense modelo de instalação de uma UPA, porte I no município de Passos está equivocado, haja vista que não será exitosa sua coexistência com os serviços da urgência e emergência (pronto socorro) do Hospital Santa Casa. QUE é preciso ficar atento ao fenômeno da dupla porta, haja vista os desperdícios de recursos financeiros e baixa resolubilidade. QUE é preciso qualificar a discussão do credenciamento da cardiologia no município de Passos, o que, no seu entender deverá ser feito com celeridade pelo Ministério da Saúde e SES/MG. QUE é preciso instituir, também, o processo da classificação de risco na

atenção primária, de modo que essas unidades de saúde possam fazer o atendimento dos casos agudos, não caracterizados como de urgência e emergência. QUE não há empecilho para conversão do pronto socorro do Hospital Santa Casa de Passos na UPA. QUE a SES/MG, nesse caso, poderia participar de investimentos para reforma do pronto socorro do Hospital Santa Casa. QUE considera equivocado e falha no processo da classificação de risco o fato de que, segundo consta, estaria a UPA local com mais de 600 atendimentos dia. QUE a Câmara de Compensação utiliza-se dos recursos (sobras) dos municípios com gestão básica para pagamento do extrapolemanto da referência. QUE não considera importante o fato de os municípios mudarem de condição de gestão, de modo a assumirem a Gestão Plena do Sistema Municipal, haja vista que esse fato poderá fragilizar o atual sistema da câmara de compensação. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:**

- 1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macrorregião Passos/Piumhi, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde de Passos (coordenadora), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Passos, Alpinópolis, Cássia, Ibiraci, Guapé, Piumhi e São Roque de Minas; presidente regional do COSEMS; Secretário Municipal de Saúde de Passos; Secretário Municipal de Saúde de Piumhi; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Passos; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Piumhi; Delegado Regional do Conselho Regional de Medicina de Passos; Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas – CISLAGOS; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos.
- 2)** O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos Promotores de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde, das comarcas de Passos, Alpinópolis, Cássia, Ibiraci, Guapé, Piumhi e São Roque de Minas para integração da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro; assim como os demais órgãos supracitados.
- 3)** Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá

proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região, de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região. 4) Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da busca pela suficiência dos serviços de saúde da média complexidade em cada microrregião de saúde, bem como os da alta complexidade na macro (Passos), conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.5) Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. 6) As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Sul, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. 7) O CAOSAÚDE, a pedido, providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação Sanitária. 8) O CAOSAÚDE enviará para essa Comissão de Trabalho minuta de relatórios assistenciais, em desenvolvimento, nas Macro Oeste (Divinópolis), Macro Leste (Ipatinga) e Macro Triângulo do Sul (Uberaba), para os fins de uniformização de atuação operacional. 9) O município de Passos, assim como o município de Piumhi, sede da região, deverão

assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios, de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **10)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá, em caráter emergencial, identificar e discutir os serviços especializados de saúde da alta complexidade, de retaguarda hospitalar, inexistentes e/ou insuficientes na região, com participação do presidente do Comitê Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG (Dr. Rasível). **11)** O CAOSAÚDE convidará a Coordenação Estadual da Atenção Psicossocial da SES/MG para adequado apoio aos serviços operacionais na área da saúde mental que serão realizados pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **12)** O CAOSAÚDE e os municípios de Passos e de Piumhi poderão assegurar, mediante prévia solicitação, o suporte logístico (transporte) da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para realização in loco do cronograma de visitas técnicas em cada um dos municípios e de seus prestadores. **13)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, conforme deliberado, deverá promover uma reunião para discussão solidária dos efeitos do atual Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), celebrado à época (2003) com o Ministério Público, em face dos municípios da região, de modo a verificar, dentre outros, possibilidade de conversão, em instrumento único, dos atuais 03 modelos de contrato com o prestador Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos, mediante adequação às regras do direito administrativo e normas do SUS. Para tanto, poderá ser substituído pelo Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos, com fundamento no artigo 241 da Constituição Federal, artigo 14, § 12º da Constituição do Estado de Minas Gerais, artigo 18 da Lei Federal nº 8.080/90, artigo 3º da Lei Federal nº 8.142/90, artigo 13 da Lei Federal nº 11.107/2005, artigo 23, inciso XXVI da Lei Federal nº 8.666/93, Lei Federal nº 4.320/64, Lei Complementar Federal nº 101/2000, Consulta

TCE/MG nº 751.717, artigo 2º, inciso VIII do Decreto nº 6.017/2007, Decreto nº 7.508/2011, artigo 21 da Lei Complementar nº 141/2012. **14)** O CAOSAÚDE remeterá para a Comissão de Trabalho minuta desse Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos, tendo como uma de suas diretrizes, o obrigatório financiamento (custeio) dessas ações e serviços de saúde pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, dada sua responsabilidade legal. Ressalta-se que (hoje) esses contratos estão sendo financiados exclusivamente com recursos dos municípios da região. **15)** A Comissão de Trabalho deverá discutir, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: a) verificação de possibilidade técnica (escala/demanda) de credenciamento da cardiologia no município de Passos, haja vista que esses serviços já vem sendo executados adequadamente pelo município de São Sebastião do Paraíso; b) discussão sobre a (in)viabilidade técnica, financeira e operacional da implantação de uma UPA, porte I, no município de Passos, haja vista os parâmetros populacional e a necessidade de se evitar a dupla porta; c) proposta de elaboração de PPI interestadual, em face das especificidades dos municípios contíguos ao estado de São Paulo. **16)** Fica aprovada a criação de um Fórum de Discussão Clínica, sob a coordenação da SES/MG, através (hoje) de sua Central de Regulação Estadual Assistencial e, oportunamente, pelo Complexo Regulador da Urgência e Emergência, para os fins de uniformização operacional, a partir dos casos concretos, podendo adotar a construção de protocolos clínicos assistenciais. Esse Fórum deverá se reunir a cada 15 (quinze) dias, ou outro prazo aprovado pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **17)** O CAOSAÚDE convidará o Ministério Público Federal a participar da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>EDER DA SILVA CAPUTE Promotor de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Passos/MG</p>
<p>MAURÍCIO RODRIGUES BOTELHO Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde – SES/MG</p>	<p>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais</p>
<p>18. 19. RASÍVEL SANTOS Comitê Gestor da Urgência e Emergência da SES/MG</p>	<p>ATAÍDE VILELA Prefeito Municipal de Passos/MG</p>
<p>EURÍPEDES JOSÉ DA SILVA Delegado Regional do CRMMG</p>	<p>JOSÉ FERNANDO H. DE FREITAS Prefeito Municipal de Ibiraci/MG</p>
<p>WILSON MAREGA CRAIDE Prefeito Municipal de Piumhi/MG</p>	<p>KÁTIA RITA GONÇALVES Superintendente Regional de Saúde de Passos</p>
<p>ROGÉRIO GERALDO PONTES Secretário Municipal de Saúde de Guapé/MG</p>	<p>MARCOS ROGÉRIO DE PAULA OLIVEIRA Secretário Municipal de Saúde de Alpinópolis/MG</p>
<p>JOSÉ MAURÍCIO LIMA RESENDE Secretário Municipal de Monte Santo de Minas/MG</p>	<p>WALMIR RODRIGUES CINTRA Secretário Municipal de Ibiraci/MG</p>

<p>LAUDELINA REIS PEIXOTO Secretária Municipal de Saúde de Delfinópolis/MG</p>	<p>THIAGO HENRIQUE VILELA Secretário Municipal de Saúde de São João Batista do Glória/MG</p>
<p>MARIA ROSELY ROSA PASSOS Secretária Municipal de Saúde de São João da Barra/MG</p>	<p>ELIANE DAVID DE OLIVEIRA Secretaria Municipal de Saúde de Cássia/MG</p>
<p>SOLANGE PEREIRA S. FERREIRA Secretária Municipal de Saúde de Claraval/MG</p>	<p>EDINA APDA DE ANDRADE GONÇALVES Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza de Minas/MG</p>
<p>DANIEL PORTO SOARES Diretor Administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Passos/MG</p>	



ATA REUNIÃO

XL Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Araxá/MG

Aos vinte e dois dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, às 10 h (primeira parte) e às 14 h (segunda parte), na sala de reuniões do edifício sede das Promotoras de Justiça da comarca de Araxá, com endereço na Avenida Tancredo Neves, 340, bairro Vila Silvéria, realizou-se a XL Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para (parte da manhã) discussão específica dos principais problemas coletivos de saúde no município de Araxá, notadamente em face do prestador Santa Casa de Misericórdia, entidade privada sem fins lucrativos, sob gestão dupla, do prestador Casa do Caminho e do PAM Municipal, visando averiguar cumprimento de metas, fortalecimento da referência, taxa de cobertura, plantões médicos presenciais, garantia de acesso e equilíbrio econômico financeiro, dentre outros. Na parte da tarde, o objeto da reunião foi para se discutir os principais problemas coletivos de saúde em face da microrregião sanitária de Araxá; Reorganização das ações e serviços regionais de saúde; Fortalecimento da saúde regional; Mapa da Saúde; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Rede de Atenção à Saúde (RAS); PPI assistencial e instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional. Participaram da reunião um total de 79 (setenta e nove) pessoas, sendo 43 (quarenta e três) pela manhã e 36 (trinta e seis) na parte da tarde, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não, com atuação e/ou interesse no Direito à Saúde em face da Microrregião. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE;

Cláudia Alfredo Marques Carvalho, promotora de Justiça, Coordenadora Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macro Triângulo do Sul, com sede em Uberaba; Mara Lúcia Silva Dourado, promotora de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de Araxá; Wagner Aparecido Rodrigues Dionízio, promotor de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca Araxá; Genebaldo Vitória Borges, promotor de justiça, com atuação na Defesa da Ordem Econômica e Tributária; Bárbara Francine Prette Nunes, promotora de justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ibiá/MG; Viviane Reis Couto, Apoiadora Institucional das Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde no Estado de Minas Gerais; Jeová Moreira da Costa, prefeito municipal do município de Araxá/MG; Edna de Fátima Alves Castro, vice-prefeita municipal de Araxá; Iraci José de Souza Neto; superintendente da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba; Leonardo Justino Martins, representante da Federassantas; Carla Fernanda Ribeiro Borges, secretaria municipal de saúde de Araxá; Ana Maria de O. M. Quintão, secretaria municipal de saúde de Araxá/MG; Wilson Dimas Domingues, representante do DENASUS/MG; Senize Peroni Deslandes, DENASUS/MG; Lousana B. Cavalcanti, DENASUS/MG; Sônia Maria Ferreira, DENASUS/MG; João Batista Rodrigues, coordenador da Vigilância Sanitária de Campos Altos; Marcelo Henrique de Lima, setor de regulação da secretaria municipal de saúde de Campos Altos; Aletéia Alcântara Gonçalves, secretaria municipal de saúde e Conselheira Municipal de Saúde de Araxá; Elias Pedro Vieira, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Araxá; Marcelo Alves, assessor da prefeitura municipal de Araxá; Rodrigo Montandon Pires, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Araxá; José dos Reis Borges, conselheiro municipal de saúde de Araxá; Idani Maria de Souza da Silva, conselheiro municipal de saúde de Araxá; Paula Rios de Rezende, conselheira municipal de saúde de Araxá; Vicente de Paulo, secretaria municipal de saúde de Araxá; Kleber Pereira Valeriano, provedor da Santa Casa de Misericórdia de Araxá; Elione Pinheiro da Silva, representante da Santa Casa de Misericórdia de Araxá; Bruna Cristina Cardoso, assessora jurídica da Santa Casa de Misericórdia de Araxá; João Batista Arantes da Silva, representante da Santa Casa de Misericórdia de Araxá/MG; Emília Paula Guimarães Neves, representante da secretaria municipal de saúde de Araxá; Ana Cristina Carvalho Dudek, prefeitura municipal de Araxá; Maria

Célia de Castro, secretária municipal de saúde de Araxá; Aparecida Silva de Castro, secretária municipal de saúde de Araxá; Waleria Aparecida Cotes da Silva, representante do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho de Araxá; Érica Patrícia Pereira, representante do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho de Araxá; Glória Cristina Castro Ferreira, superintendente do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho de Araxá; Ana Paula Mota Teixeira Borges, Diretora Assistencial da Santa Casa de Araxá; Richard Pires de Oliveira, gestor do município de Pedrinópolis; Elvira A. Oliveira Pereira, representante da Santa Casa de Misericórdia de Araxá; Angélica A. Kiritá, secretária municipal de saúde de Ibiá/MG; Giselda R. Nogueira, secretária municipal de saúde de Santa Juliana; Fanny Fravet, oficial da promotoria de justiça de defesa da saúde de Araxá; Kátia Cristina Afonso Marcondes, analista da promotoria de justiça de defesa da saúde de Araxá; Letícia Valle de Aguiar Nunes, diretora administrativa do Hospital Dom Bosco de Araxá; Letícia Silva de Oliveira, assistente administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Araxá; Rodrigo F. de Araújo, representante da OAB de Araxá; Marcelo Luiz Alves, representante da prefeitura municipal de Araxá; Wellington Rodrigues Gonçalves, médico da prefeitura municipal de Araxá; Carolina M. Garcia P. de Souza, APS Araxá; **A reunião foi aberta pela promotora de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de Araxá, Mara Lúcia Silva Dourado** que fez saudação e agradecimentos a cada um dos presentes pelo atendimento ao convite de participação da importância ação institucional da Mediação Sanitária. Ressaltou seus agradecimentos ao coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis. Esclareceu os objetivos da reunião de Mediação Sanitária, no sentido de proporcionar, de forma aberta, respeitosa, uma ampla discussão sobre os graves problemas (coletivos) de saúde no município de Araxá e em toda a microrregião sanitária. QUE considera importante essa reorganização das ações e serviços de saúde, de modo que as demandas individuais, muito recorrentes, possam diminuir, com reflexos para a judicialização. QUE tem uma grande preocupação com a desestruturação da própria Secretaria Municipal de Saúde de Araxá, resultando na falta de diálogo e tensão entre os diversos atores. QUE o Ministério Público tem tido uma agenda apertada na área da saúde, como ressonância dessa falta de qualificação do processo pela Secretaria Municipal de Saúde. QUE são muitas as ações individuais de saúde aportadas na promotoria de Justiça,

resultados dessa desorganização e ausência de políticas públicas efetivas coletivas. QUE a denominada judicialização tem sido inevitável. QUE não há sequer uma sintonia entre a Secretaria Municipal de Saúde e as demais pastas do governo municipal. QUE a SMS de Araxá tem atuado praticamente em face dessas demandas protocolares e não na lógica do planejamento e organização dos serviços. QUE há entre os próprios servidores públicos (efetivos e contratados) diferenças salariais com quebra do princípio constitucional da isonomia. QUE há considerável insatisfação desses servidores, com reflexos imediatos para a execução das ações e serviços de saúde. QUE o município não conta com plano de carreira, cargos e salários, aprovados em lei municipal, para seus servidores da área da saúde. QUE a atenção básica (primária) do município não funciona bem, com número insuficiente de equipes, com equipes incompletas, de modo a sobrecarregar imediatamente a atenção ambulatorial da urgência e emergência. QUE as demandas próprias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm sido levadas diretamente para a atenção ambulatorial da urgência e emergência, elevando consideravelmente tensões e confrontos. QUE a atuação da Vigilância Sanitária é absolutamente insuficiente, sobretudo pela falta de adequado número de servidores. QUE há várias desconformidades sanitárias, apontadas pela Vigilância Estadual, nos diversos pontos de atenção da saúde, como, exemplos, o próprio Pronto Atendimento Municipal (PAM) e unidade de farmácia. QUE o PAM não possui servidores suficientes para cobertura mínima dos plantões. QUE há motivos técnicos (sanitários) suficientes para a imediata interdição do PAM. QUE devido a essa sobrecarga de atendimentos, o PAM não garante a suficiência dos atendimentos da população, gerando crescentes conflitos, inclusive, com registro de boletins de ocorrência policial. QUE há profissionais médicos com recebimento de salários em duplicidade, o que denota a existência de desorganização administrativa municipal. QUE há forte tensão e conflitos (recorrentes) entre os profissionais médicos de saúde e a administração municipal. QUE o município conta com prestador Santa Casa de Misericórdia. QUE esse prestador, hospital geral, está sob gestão dupla. QUE a dependência, sobretudo econômica, desse prestador com o município é muito forte. QUE esse importante prestador sempre trabalha com dificuldades, não obstante o razoável investimento público financeiro. QUE esse prestador tem recebido importantes recursos financeiros para

equipamentos de UTI, contudo, sequer possui estrutura predial própria. QUE os demais municípios da microrregião sanitária são diretamente afetados pela desorganização das ações e serviços de saúde de Araxá. QUE são recorrentes as ameaças de suspensão dos serviços de saúde pelo prestador Santa Casa de Araxá. QUE há atrasos no pagamento de seus profissionais de saúde. QUE há atraso na construção da UTI neonatal, mantendo os recursos financeiros já alocados sem movimentação. QUE o prestador Santa Casa não atende efetivamente as demandas dos usuários dos outros municípios da microrregião. QUE o município de Uberaba, sede da macrorregião de saúde, tem sido sobrecarregado com as demandas de saúde, sobretudo da média complexidade, da microrregião de Araxá. QUE a atenção psicossocial no município é muito precária, não obstante o crescimento vertiginoso dos casos agudos, sobretudo pelo maior consumo de drogas, como, exemplo, crack. QUE não tem conhecimento se o município de Araxá fez adesão ao programa federal de combate ao crack. QUE o município conta apenas com os serviços do CAPSad e CAPS II, contudo desfragmentados da lógica de uma rede de atenção psicossocial. QUE a vigilância sanitária já apresentou relatório de desconformidades dessas unidades de saúde mental, com funcionamento em espaços precários, insuficiência de RH, dentre outros. QUE o município de Araxá não possui governança sobre seus prestadores, haja vista que ainda detém a denominada Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), embora sede de microrregião de saúde. QUE o pedido de mudança de sua gestão para plena do sistema municipal (GPSM) foi feito ainda no ano de 2010, sem solução até presente momento. **Dada a palavra para o coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis,** deu as boas vindas a cada um dos participantes, oportunidade em que, também, lhes explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público que, dentre outras, tem como escopo a redução das tensões, confrontos e conflitos entre os diversos atores, jurídicos ou não, com atuação no Direito à Saúde, a partir do enfrentamento dos problemas coletivos de saúde. Destacou a importância daquela microrregião de saúde, hoje, guindada à condição de Região de Saúde, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR/MG) e Deliberação CIB-SUS/MG, integrada por 08 municípios, com população global de 169.609 habitantes, a saber: Araxá (94.798),

Campos Altos (14.312), Ibiá (23.385), Pedrinópolis (3.500), Perdizes (14.561), Pratinha (3.294), Santa Juliana (11.587 e Tapira (4.172). QUE o município de Araxá é sede dessa Região de Saúde. QUE o município de Uberaba é a sede da Região de Saúde ampliada, também denominada macrorregião de saúde Triângulo do Sul. QUE essa Região de Saúde de Araxá conta com 04 comarcas, a saber: Araxá, Campos Altos, Perdizes e Ibiá. QUE o Ministério Público possui a competência constitucional da fiscalização da gestão pública de saúde. QUE os gestores devem se esforçar, conforme diretrizes nacionais, no sentido da implantação das ações e serviços de saúde, de modo eficiente, coletiva, de forma programática, com observância rigorosa dos instrumentos de gestão. QUE a denominada judicialização na Região de Saúde de Araxá tem sido crescente, sobretudo como reflexo (ressonância) da falta de uma atuação solidária, articulada, regionalizada pelos próprios municípios integrantes. QUE o Ministério Público de Minas Gerais tem valorizado em muito sua atuação resolutiva em substituição à demandista, mas, quase sempre, se vê refém de atuação recorrente nas demandas individuais devido a fragmentação do sistema. QUE o Ministério Público do Estado de Minas Gerais tem contribuído para uma efetiva atuação resolutiva na saúde pública, sendo essa ação institucional de Mediação Sanitária, criada pela Resolução PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012, espetacular ferramenta de espaço democrático, compartilhado, pelos diversos atores, jurídicos ou não, na tentativa da redução de confrontos, tensões e conflitos, bem como a própria judicialização, através da resolução dos graves problemas de saúde pelas suas causas (fonte). QUE, no seu modesto entender, não há outro caminho mais apropriado para resolução desses problemas de saúde. QUE essa macrorregião de saúde hoje conta com uma Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, criada pela Resolução PGJ nº 77, de 18 de setembro de 2012, com sede em Uberaba, sob a coordenação da promotora de Justiça Cláudia Alfredo Marques Carvalho. QUE foi instituída uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macro Triângulo do Sul para atuação em toda aquela região, hoje, abrangida por 27 municípios, com população global de 706.088 habitantes. QUE os trabalhos operacionais dessa Comissão de Trabalho, sob a coordenação do Superintendente Regional de Saúde da SES/MG em Uberaba, Iraci José de Souza Neto e da promotora de Justiça Cláudia Alfredo Marques Carvalho têm sido absolutamente importantes, na lógica

solidária da (re) organização das ações e serviços de saúde. QUE é muito importante a valorização, aliás de cumprimento obrigatório, dos instrumentos de gestão. QUE a PAS – programação anual da saúde, em estreita compatibilidade com o Plano de Saúde (PS) e Lei Orçamentária Anual (LOA) deve ser respeitada e efetivamente cumprida, de modo que o Relatório Anual de Gestão (RAG) possa demonstrar o cumprimento ou não dos indicadores e metas pactuadas. QUE não há importância na responsabilização dos gestores sem a resolução dos problemas de saúde. QUE o CAOSAÚDE tem se interessado pela solução dos problemas de saúde com a responsabilização coletiva. QUE os estudos que serão finalizados, de forma democrática, plural, pela Comissão de Trabalho de Mediação da Macro Triângulo do Sul serão apresentados, oportunamente, ao Secretário Estadual de Saúde, COSEMS/MG, Conselho Estadual da Saúde e Ministério da Saúde. QUE esse trabalho deverá ser discutido e deliberado nas instâncias colegiadas (CIR, CIRA e CIB-MG), conforme Lei federal nº 12.466. QUE o teto MAC (média e alta complexidade) de Araxá, até maio de 2013, repassado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES) foi de R\$ 12.054.370,82, sendo R\$ 4.891.124,23 para a população própria e R\$ 4.477.235,40 para a população referenciada. QUE esses recursos foram repassados para o Fundo Estadual de Saúde (FES), posto que o município de Araxá não conta com Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). QUE há um grande equívoco por parte dos prefeitos municipais, verdadeiro temor para a assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal, posto considerarem que deverão aportar recursos municipais para a execução das ações e serviços de saúde da média e alta complexidade. QUE a responsabilidade financeira para as ações e serviços de saúde da média e alta complexidade, independentemente da gestão municipal, continua sendo da União (Ministério da Saúde) e do Estado (Secretaria Estadual de Saúde). QUE o nível de cobertura da atenção básica (primária) dos municípios da microrregião, no tocante à Estratégia Saúde da Família (ESF), está assim representada: ARAXÁ (46,77%), Campos Altos (71,80%), Ibiá (87,91%), Perdizes (93,79%), Pedrinópolis (98,29%), Pratinha (99,16%), Santa Juliana (58,33%) e Tapira (81,54%). QUE esse percentual de cobertura se refere a quantidade de criação de unidades, devendo ser, ainda, mensurado a qualidade da cobertura e RH disponível. QUE os municípios, independentemente da gestão assumida, possuem responsabilidades gerais

no monitoramento, regulação e controle dos serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde, alcançados os de natureza hospitalar conveniados ao SUS. QUE a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro Triângulo do Sul, dentre outras, deverá fazer discussão séria em face dos prestadores enquadrados na Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, dando-se a cada deles nova reclassificação na estratégia da Rede de Atenção ou nova identidade sanitária. QUE a Santa Casa de Misericórdia de Araxá, conforme informações do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, possui seguintes números de leitos: 16 cirúrgicos (11 SUS); 28 clínicos (22 SUS); 17 obstétricos (10 SUS); 14 pediátricos (09 SUS); 02 psiquiátricos, 04 UTI adulto tipo I e 10 UTI adulto tipo II. QUE a unidade Obras Assistenciais Casa do Caminho, CNPJ nº 20.060.331/0001-24, hospital especializado, sem fins lucrativos, sob gestão dupla, conforme informações do CNES, possui seguintes números de leitos: 18 cirúrgico (12 SUS); 29 clínicos (20 SUS); 07 UTI adulto tipo II; 87 crônicos (80 SUS) e 30 Saúde Mental. QUE os hospitais e entidades conveniadas ao SUS são obrigados, hoje, a prestação de contas, com transparência, por força da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. QUE há muitas ocorrências de negativas de acesso aos serviços de saúde por prestadores (hospitais), contratados/conveniados com o SUS, com recebimento de recursos financeiros, com metas físicas e qualitativas pactuadas. QUE a configuração dessas situações poderá levar inclusive à responsabilização por improbidade administrativa. QUE no tocante aos denominados instrumentos de gestão, com ressonância direta para o planejamento das ações e serviços de saúde, afetos à responsabilidade dos gestores, há necessidade de que os mesmos possam ser elaborados a partir das necessidades de saúde, exemplos, plano municipal de saúde, programação anual de saúde, lei orçamentária anual, plano plurianual da saúde, relatório anual de gestão. QUE a administração pública municipal, independentemente do passivo deixado pela anterior prefeito (pleito outubro/2012), pelo princípio da continuidade da gestão de governo, torna-se responsável por esses indicadores, compromissos e prestação de contas. QUE a política da atenção à saúde deve ser suprapartidária, com observância do princípio da continuidade e máxima eficiência. QUE no tocante aos repasses voluntários, como exemplo, as verbas de subvenção, aprovadas por lei municipal, importante deixar evidente o princípio de

legalidade e a vedação constitucional do retrocesso. QUE os Conselhos de Saúde, atualmente com regras novas, definidas pela Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, possuem função constitucional primordial na fiscalização e deliberação das ações e serviços de saúde. QUE é preciso dar a cada um dos conselheiros de saúde essa estruturação, inclusive, logística para o desempenho de suas funções, ao lado de permanente capacitação. QUE a sociedade, particularmente o Ministério Público, Conselho Regional de Medicina, Gestores e Entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, precisam discutir, de forma democrática, o novo papel do profissional médico dentro dessas unidades de saúde quase-estatal, por força da lei federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (lei da filantropia). QUE o Ministério Público possui entendimento pacificado de que, embora o profissional médico não seja obrigado a trabalhar para o SUS, ainda que lotado nessas unidades subvencionadas de saúde (hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos), deverá, lado outro, sob pena de improbidade administrativa, fazer o devido ressarcimento à unidade de saúde pela utilização dos equipamentos, insumos e produtos de saúde, adquiridos por recursos públicos, quando seu trabalho for exclusivamente privado ou plano de saúde. QUE, também, os gestores devem fiscalizar, com imposição de penalidades, o cumprimento da carga horária e vínculo de trabalho desses profissionais de saúde. QUE esses profissionais, ressaltado, não são obrigados a trabalhar para o SUS, mas a partir do momento de sua habilitação/credenciamento/contratação, deverão seguir as regras, diretrizes e princípios do SUS. QUE os dirigentes desses estabelecimentos de saúde são também responsáveis solidários na exigência do cumprimento da carga horária, bem como dos plantões médicos presenciais. QUE não se pode descuidar da regra constitucional da regulação das ações e serviços de saúde pública, portanto, de observação obrigatória por todos (norma cogente). QUE a definição das necessidades de saúde, para os fins de elaboração dos instrumentos de planejamento, não pode ser pela oferta dos serviços disponibilizados pelos prestadores, em face de sua potencial densidade tecnológica, mas pela decisão do próprio Gestor SUS, fundamentada nas evidências epidemiológicas e participação popular. QUE o mais importante dessa regra é o foco no usuário, de modo a garantir-lhe a assistência à saúde (eficácia), em tempo e modo próprios, mesmo que fora de sua base territorial. QUE os prestadores devem evitar a nefasta política da

concorrência entre eles, haja vista que o sistema deve ser pensado de maneira macro, regionalizada e não pontual (solitária). QUE o Ministério Público não pode ser substituto da política da atenção à saúde, ou seja, não pode ser porta de entrada do sistema, daí a necessidade da reestruturação das ações e serviços de saúde, de forma programada, pelos diversos gestores. QUE no tocante à saúde mental o CAOSAÚDE tem incentivado a operacionalização da Rede da Atenção Psicossocial, definida pela Portaria SES nº 3.206, de 04 de abril de 2012. Hoje, Minas Gerais é o único estado do Brasil com uma rede de saúde mental aprovada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº 664, de 24 de abril de 2013. QUE essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado de Minas Gerais é composta por unidades de saúde destinadas às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. QUE com a aprovação da RAPS/MG, o Ministério da Saúde se comprometeu a repassar mais de R\$ 400.000.000,00 para financiar a prestação dos serviços de saúde mental no Estado e nos Municípios. QUE a Portaria SES nº 3.206, de 04 de abril de 2012 estabelece exatamente, essa lógica regionalizada de uma rede de atenção, com os diversos pontos de saúde em face das microrregiões, daí que deverá haver a necessária mobilização dos gestores municipais. QUE o CAOSAÚDE tem orientado as promotorias de Justiça com atuação na Defesa da Saúde que nas demandas aportadas individualmente, deverá ser exigida a passagem prévia obrigatória do demandante na porta de entrada da saúde mental (unidades especializadas ou Referência Técnica em Saúde Mental). QUE a abordagem e projeto terapêutico individual devem ser feitos pelos pontos da saúde mental. QUE o Ministério Público deverá acautelar-se no tocante aos pedidos de internação compulsória, haja vista que essa deverá ser exceção, precedida de relatório médico psiquiátrico pormenorizado, preferencialmente com indicação do projeto terapêutico pela rede municipal de atendimento. QUE o CRMMG, atendendo solicitação da promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Araxá, realizou, em data de 24/04/2013, vistoria técnica na Santa Casa de Misericórdia de Araxá. QUE essa vistoria verificou condições de funcionamento, RH, responsável técnico, cobertura hospitalar, percentual de população atendida (própria e referenciada), equipamentos, alvará, resolubilidade regional, especialidades cobertas por plantões médicos, necessidades em saúde em face da

epidemiologia. QUE os mecanismos de referência do Hospital Santa Casa são com o Hospital Escola da Universidade Federal de Uberaba (distante 100 km), Hospital Regional Antônio Dias (FHEMIG – Patos de Minas) e a Santa Casa de São Sebastião do Paraíso. QUE a Santa Casa de Araxá recebe recursos do PROHOSP, do tesouro estadual, bem como é contratualizada pela portaria ministerial do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos e/ou de ensino. QUE esse Hospital está sem Diretor Técnico em desacordo com o Decreto Federal nº 20.931/32, Lei federal nº 6.839/80 e Resoluções CFM nº 997/80 e 1.980/2011. QUE seu Diretor Clínico ainda não regularizou sua situação perante o CRMMG. QUE a Comissão de Revisão de Prontuário Médico, prevista pela Resolução CFM nº 1.638/02 não está ativa. QUE o CRMMG constatou a existência de prontuários inadequadamente preenchidos. QUE a Santa Casa terceiriza os serviços de laboratório de análises clínicas e hemodiálise. QUE mantém plantão médico presencial 24 horas apenas na UTI, cujos plantonistas médicos recebem por plantão, através de cooperativa, diretamente do hospital. QUE mantém plantão SOBREAviso 24 horas, remunerado pela prefeitura, médicos nas especialidades de cirurgia geral, pediatria (com cobertura de sala de parto), obstetrícia, anestesiologia e neurologia. QUE mantém assistência em cardiologia, nefrologia, neurologia e urologia como interconsultores. QUE a evolução médica é feita pelo médico responsável pelo paciente ou pelo plantonista, sendo que, para esse trabalho, a clínica recebe um valor mensal da prefeitura, que é dividido entre os seus membros. QUE a remuneração paga pela prefeitura é embasada na CBHPM. QUE é a própria SMS de Araxá quem seleciona os profissionais médicos que trabalharão no hospital, garantindo a suficiência do Corpo Clínico. QUE os problemas financeiros da prefeitura repercutem diretamente na assistência da Santa Casa. QUE, conforme estatística hospitalar, 90% dos pacientes atendidos na Santa Casa são de Araxá, 70% das internações são pelo SUS, 60% das cirurgias são pelo SUS, 72% dos partos são cirúrgicos. QUE a taxa de ocupação varia entre 26% na pediatria e 82% na UTI. QUE a média de permanência varia entre 1.5 dias na obstetrícia e 5.8 dias na UTI. QUE o setor de imagenologia conta com os serviços de radiologia, ultrassonografia, mamografia e tomografia computadorizada (esta não é credenciada pelo SUS). QUE a Santa Casa terceiriza serviço de Terapia Renal Substitutiva, instalado em prédio ao lado do hospital, mas sem acesso direto. QUE a ambulância para o transporte de

pacientes é fornecida pela prefeitura, com possibilidades, se necessário, inclusive para UTI móvel. QUE outro importante prestador em Araxá é o Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho, CNPJ nº 20.060.331/0001-24. QUE esse prestador é entidade beneficente sem fins lucrativos, tipo hospital especializado, sob gestão dupla. QUE essa unidade de saúde possui 18 leitos cirúrgicos (12 SUS); 30 leitos clínicos (20 SUS); 07 UTI adulto; 87 leitos crônicos (80 SUS) e 30 leitos saúde mental. QUE essa unidade de saúde possui contrato de metas nº 0039/2013, celebrado com a SES/MG, visando a execução de atividades e serviços referentes ao SUS por intermédio de pactuação de metas no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos e/ou de Ensino. QUE esse contrato de metas exige o oferecimento de leitos de clínica médica (60 mensais) e de cirúrgicos (37 mensais) para o SUS. QUE o valor dessa contratualização, pelo prazo de 60 meses, é no valor global de R\$ 23. 619.372,00. **Dada a palavra para a Superintendente Regional de Saúde de Uberaba, Iraci José de Souza Neto** ressaltou que coordena, ao lado da promotora de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de Uberaba, Dra. Cláudia Alfredo Marques, a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE essa Comissão já iniciou os trabalhos in loco de diagnóstico assistencial em face de cada um dos 27 municípios integrantes da Macro Triângulo do Sul. QUE, dentre outras estratégias, a Comissão está levantando a situação ambulatorial e hospitalar em toda a região, de modo a conhecer a realidade da retaguarda hospitalar, suas deficiências, insuficiências, equívocos, classificação e potencialidades. QUE estão atentos à melhor definição de cada um dos prestadores enquadrados na Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. QUE a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba comunga do entendimento de que o Hospital Regional de Uberaba, em construção, deverá absorver as demandas da média complexidade. QUE não considera importante a criação de outro Hospital Regional, de natureza microrregional, no município de Araxá, visando ao atendimento das demandas da média complexidade. QUE uma eventual decisão de implantação de um Hospital Regional Microrregional em Araxá, demandaria, também, pelo aspecto isonômico, a criação dessas estruturas nas demais Microrregiões de Saúde. QUE essa questão passa necessariamente, dentre outros, para o indicador de escala. QUE em geral o nível de atendimento e qualificação da atenção básica na Macro é ruim. QUE é preciso a abertura da estrutura do Hospital do Povo

em Iturama. QUE esses municípios são sede da Microrregião de Saúde, integrada por 11 (onze) municípios, com população global de 162.113 habitantes. QUE o prestador existente em Iturama é privado, com fins lucrativos, daí o desinteresse na prestação de serviços para o SUS. QUE a Rede Estadual da Urgência e Emergência planejada para a Macro Triângulo do Sul, está prevista para ser discutida no ano de 2014, daí a necessária e prévia reestruturação das ações e serviços de saúde, cujo protagonismo foi assumido pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada, dentre outros, pelo Controle Social e COSEMS regional. QUE concorda com as colocações postas pelo Dr. Gilmar, coordenador do CAOSAÚDE, devendo haver uma mobilização dos municípios dessa importante microrregião, no sentido do planejamento regional. QUE não é possível a negativa de acesso, pelo prestador hospitalar, público ou privado conveniado ao SUS, nas situações de urgência e emergência. QUE o município de Araxá deve manter a política do TFD – Tratamento Fora do Domicílio. QUE há previsão de construção de UPA, porte II, nas micros de Araxá, Frutal e Iturama. QUE esses municípios poderão utilizar-se dos parâmetros populacionais microrregional para cumprimento das exigências. **QUE Dada a palavra para a promotora de Justiça Cláudia Alfredo Marques Carvalho, Coordenadora Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macro Triângulo do Sul,** também ressaltou a importância da Mediação Sanitária, como ferramenta indispensável à discussão coletiva dos problemas de saúde. QUE tem participado ativamente dos trabalhos operacionais iniciados pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro Triângulo do Sul. QUE considera importante a criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional em Araxá e Frutal/Iturama, em face das especificidades dos problemas. QUE há muitos problemas coletivos de saúde nessas microrregiões, daí que os resultados (levantados) poderiam ser consolidados no planejamento macrorregional. QUE considera fundamental a estratégia da discussão dos problemas de saúde, com coerência, democracia, pelos diversos atores. QUE há necessidade de planejamento da saúde por todos, de modo que os resultados possam ser com soluções. QUE o município de Uberaba teve um dos piores indicadores no combate a Dengue, inclusive, com maior número de mortalidades. QUE há necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde. QUE é

preciso colocar em prática, urgentemente, a lógica coletiva da implantação dos serviços de saúde. QUE concorda com o Coordenador do CAOSAÚDE quando aborda que saúde pública não pode se pautar pela lógica partidária. QUE as ações e serviços de saúde devem sempre avançar, sem solução de continuidade, independentemente do processo de renovação das administrações municipais. QUE o Ministério Público não tem interesse no patrocínio das judicializações, mas a prática o tem levado a essa atuação demandista nos casos individuais, como ressonância direta da desestruturação e/ou fragmentação da adequada política de saúde. QUE o Ministério Público quer ser parceiro dessa construção solidária, regionalizada, das ações e serviços de saúde, daí que está empenhado efetivamente na busca de soluções dos problemas coletivos intermunicipais. QUE considera suficiente a legislação sanitária, podendo afirmar ser uma das mais modernas do mundo. QUE o que realmente falta é a operacionalização da política, com observância das metas e diretrizes já existentes. QUE o problema do subfinanciamento da saúde não é empecilho para a melhor organização dos serviços. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Araxá, Jeová Moreira da Costa** ressaltou sua grata surpresa na mobilização dos diferentes atores na busca de soluções regionalizadas na área da saúde. QUE ficou muito contente e impressionado com o discurso do Coordenador do CAOSAÚDE, o qual endossa plenamente, sentindo-se, agora, melhor confortado, com a entrada do Ministério Público na discussão democrática dos problemas de saúde. QUE está há 35 anos residindo em Araxá. QUE tem 42 anos de carreira médica. QUE por 12 anos, de forma escalonada, foi prefeito municipal de Araxá. QUE sua administração está absolutamente motivada e preparada para o enfrentamento da agenda da saúde. QUE concorda com o Coordenador do CAOSAÚDE no sentido de que Araxá deverá retomar a liderança regional na área da saúde, devendo, portanto, ser sede desse pólo microrregional. QUE fechou seu consultório médico particular para se dedicar às atividades da administração municipal. QUE pretende fazer uma administração, sobretudo na área da saúde, suprapartidária, com foco na população. QUE quer estreitar sua parceria com o Ministério Público, não apenas local, como, também, com a Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macro Triângulo do Sul. QUE cancelou todos os seus compromissos, inclusive, agenda em Brasília, para dedicar-se exclusivamente à pauta dessa

ação institucional de Mediação Sanitária. QUE o município de Araxá, dentro da Macrorregião, foi o que alcançou o menor índice de incidência por infestação Dengue. QUE hoje é possível encontrar no mercado o equipamento NS1 para imediato diagnóstico de dengue, ao custo de R\$ 58,00 cada um. QUE tem conhecimento de que esse equipamento, adquirido pela SES/MG, tem sido utilizado apenas para os municípios considerados prioridades por infestação *Aedes Aegypti*. QUE Brasília teria comprado 300 mil kits desse equipamento. QUE é favorável a implantação de concurso público para a área da saúde, devendo, lado outro, também ser exigido de seus profissionais de saúde o efetivo cumprimento da carga horária e das metas sanitárias. QUE não concorda com a posição do Superintendente Regional de Saúde de Uberaba, convencendo-se de que, de fato, pelos indicadores epidemiológicos, há necessidade de um hospital microrregional na região, sobretudo para os atendimentos da média complexidade. QUE essa unidade hospitalar (regional) diminuiria em muito a dependência da região em face do município de Uberaba. QUE o Hospital Regional de Uberaba, em construção, deveria ter como principal vocação o atendimento da alta complexidade. QUE praticamente todos os serviços de TFD – Tratamento Fora do Domicílio são referenciados para o município de Araxá, embora em alguns casos deveria ser para Brasília. QUE esses seus pedidos de TFD para Brasília têm sido negados. QUE faz crítica construtiva ao Ministério Público local, haja vista que, hoje, praticamente sua pauta tem sido para os atendimentos das recorrentes demandas desse Órgão de Execução. QUE somente na semana passada fez cumprimento de mais de 10 (dez) pedidos de internação (saúde mental) originados do Ministério Público. QUE concorda com o Dr. Gilmar de Assis quanto a não ser o Ministério Público portas dos atendimentos em saúde mental. QUE se compromete a organizar sua demanda em saúde mental, inclusive, para os fins de acolhimento, atendimento e referenciamento. QUE não tem interesse na construção de uma unidade hospitalar pública no município. QUE considera importante a revisão de sua atual gestão para a plena do sistema municipal (GPSM). QUE o município continuará sendo parceiro das unidades de saúde (filantrópicas), concordando que seja feita uma nova discussão dos contratos existentes entre elas (hospitais) e a SES/MG, com a interveniência do município. QUE concorda com a imediata discussão da construção de um plano de cargos, carreiras e salários, sobretudo para a

categoria da área da saúde. QUE sente a falta de uma presença maior do CRMMG no município. QUE concorda que tem que haver verdadeiro choque de gestão na área da saúde, contando com o apoio do Ministério Público, de modo que todos possam efetivamente cumprir suas tarefas, com ressonância para a assistência à saúde, sob pena de abrir processo administrativo para responsabilização dos faltosos. QUE ele próprio, sempre que necessário, dá plantões médicos na Santa Casa, de modo a não permitir vazios nas escalas. QUE há necessidade de que o PAM esteja funcionando junto ao Hospital Santa Casa. QUE há proposta de construção de uma UPA, porte II, no município de Araxá. QUE o custeio mensal de seu PAM é de R\$ 240.000,00. QUE o município de Araxá recebe recursos do PROURGE (PAM) e PROHOSP (Santa Casa). QUE os investimentos para construção de sua UPA, porte II, será de R\$ 2.000.000,00 e de R\$ 250.000,00 para custeio. QUE concorda que a estratégia da eliminação da dupla porta é importante. **Dada a palavra para o presidente da Sociedade de Medicina de Araxá, Rodrigo Montandon Pires** ressaltou que o profissional médico é o principal elo no Sistema Único de Saúde. QUE nos últimos 04 (quatro) anos a saúde pública em Araxá foi diretamente afetada pelas brigas entre o poder público (prefeitura municipal) e os profissionais médicos. QUE a desorganização administrativa estava muito bem patenteada, a ponto de seis ou sete profissionais médicos praticarem plantão duplo. QUE é preciso a melhoria das condições de trabalho, bem como a valorização financeira dos profissionais médicos do SUS. QUE não concorda com a fala do prefeito municipal no sentido de existência de médicos vampiros. QUE não se considera um médico vampiro, mas um profissional que quer o melhor da assistência à saúde para a população. **Dada a palavra para o representante do DENASUS, Wilson Dimas Domingues** esclareceu que se encontra no município há quase uma semana para realização de auditoria nas unidades de saúde de Araxá, conforme solicitação feita pelo Ministério Público Estadual. QUE os trabalhos alcançarão a Santa Casa de Araxá e as unidades básicas de saúde. QUE o DENASUS não somente realiza auditorias, como também se coloca à disposição dos Gestores Municipais, mediante cooperação técnica, para o atendimento técnico em suas dificuldades administrativas e operacionais. QUE, segundo informações no sistema oficial, a cobertura da atenção básica em Araxá está em 53%. QUE o Ministério da Saúde não mais reconhece os postos de saúde como pontos da

atenção básica, salvo se atuantes como equipes parametrizadas. QUE é preciso uma cobertura mínima de 80% para a atenção básica, haja vista que 20% da população possui plano privado de saúde. QUE o modelo de atenção básica em Araxá não conseguiu modificar o módulo da assistência. QUE a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa tomar conta de sua população adscrita. QUE o controle social, com assento constitucional, é fundamental no processo da qualificação da saúde. QUE o Pronto Atendimento Municipal (PAM) dentro da Santa Casa de Araxá, na prática, tem gerado conflito de interesses, mesmo profissional, como, exemplo, utilização comum dos insumos e equipamentos. QUE é preciso definir os papéis de cada um deles. QUE o PAM está situado em imóvel de propriedade privada. QUE a implantação de uma UPA, porte II, conforme informado pelo prefeito municipal, contribuirá para a diminuição desses conflitos e definição de papéis. QUE a eventual criação do SAMU Regional deverá ter como referência, dentre outros, a UPA, porte II. QUE é preciso celebrar, com urgência, contrato entre o município e a Santa Casa, de modo que os serviços realizados no PAM possam ser melhor definidos. QUE a Santa Casa de Araxá possui baixa resolubilidade nos serviços, mesmo possuindo UTI adulto, haja vista que não agrega parte da média e alta complexidade. QUE o aparelho tomógrafo, adquirido por verbas (emenda) do Ministério da Saúde, disponível na Santa Casa de Araxá, não faz atendimento SUS. QUE é preciso realizar estudo de viabilidade quanto ao uso do tomógrafo para a população SUS em face de toda a microrregião, haja vista que o município de Uberaba é a referência aprovada na CIR. QUE é preciso encontrar soluções para manutenção dos plantões médicos presenciais. QUE no caso do plantão médico pediatra a situação se torna mais agravada pela falta do neonatologista. QUE é preciso elaborar estudo técnico situacional para levantar, dentre outros, parâmetros com vistas à definição dos serviços médicos neonatologista. QUE tem conhecimento de que a SES/MG liberou recursos para o Hospital Santa Casa visando implantação dos leitos UTI neonatal. QUE havendo definição dessa identidade sanitária, os serviços da maternidade deverão ser regionalizados, de modo a atender, em tempo e modo, a população microrregional. QUE é preciso estabelecer a identidade sanitária dos principais prestadores (Santa Casa de Araxá e Casa do Caminho) de modo que seja evitada a concorrência entre eles. **Dada a palavra para a Apoiadora Institucional das Redes de**

Atenção à Saúde no Estado de Minas Gerais, Viviane Reis Couto, informou que o Ministério da Saúde objetiva a implantação das Redes de Atenção, conforme exigência do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em cada uma das definidas Regiões de Saúde. QUE atualmente a prioridade tem sido a implantação da Rede da Urgência e Emergência. QUE, não obstante, há outras importantes redes para serem implantadas, como: atenção básica, atenção psicossocial, cegonha, oncologia. QUE não é possível a implantação das redes de atenção, sem que primeiramente seja fortalecida a atenção básica. QUE uma cobertura de apenas 53% de atenção básica, como, exemplo de Araxá, não dá para iniciar-se a implantação de uma Rede da Urgência e Emergência. QUE, após avaliar as discussões travadas nessa ação de Mediação Sanitária, está convencida de que é preciso melhorar a qualidade/quantidade da atenção básica de Araxá, bem como as relações profissionais entre o poder público e os médicos. QUE na eventual (re)contratualização é preciso discutir as metas físicas quanti-qualitativas. QUE considera muito importante a instituição de um plano de carreira para os profissionais de saúde em Araxá. QUE o Ministério da Saúde tem trabalhado, em parceria, com a SES/MG, visando a implantação dessas redes de atenção em saúde em todo o estado de Minas Gerais. QUE se coloca à disposição para orientações e apoio a essas importantes estratégias para a microrregião de Araxá, disponibilizando seu e-mail viviane.couto@saude.gov.br. **Dada a palavra para o provedor do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araxá, Kleber Pereira Valeriano** reconheceu que uma gestão amadora em uma unidade complexa de saúde, como exemplo, hospital, é absolutamente nefasta. QUE não esconde a gestão amadora feita pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araxá. QUE, não obstante, estão abertos para a sua profissionalização. QUE concorda com a baixa resolubilidade do Hospital. QUE é preciso dotá-lo com mais equipamentos e insumos, de modo a mudar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como humanização no atendimento médico. QUE a unidade de saúde tem feito os atendimentos referenciados e espontâneos, mas que muitas das vezes não tem recebido por eles. QUE o município é o responsável pelo pagamento dos profissionais médicos, equipamentos e insumos. QUE atualmente as funções de Diretor Técnico são acumuladas com as do Diretor Clínico. QUE a classe médico de Araxá distanciou, nos últimos anos, das discussões em saúde. QUE há muita

dificuldade da implementação da educação permanente para os profissionais de saúde (médicos), sobretudo pela falta de interesse deles. **Dada a palavra para a Superintendente do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho, Glória Cristina Castro Ferreira** ressaltou que trabalhar na área da saúde é um grande desafio. QUE seu hospital não possui atritos ou dificuldades de relacionamento com os profissionais médicos, haja vista a filosofia de trabalho. QUE o objetivo de sua unidade de saúde é mesmo assistencial. QUE há atendimento de serviços não apenas em Araxá mas em toda a região. QUE é muito grande a demanda dos serviços de saúde. QUE concorda com a definição de identidade sanitária para cada um dos prestadores. QUE seu hospital não quer dividir serviços, mas desenvolver uma lógica de atuação complementar. QUE está disposta a participar das discussões de (re)organização dos serviços, ou seja, quer ser parceiro. QUE reconhece que nos últimos anos a área da saúde ficou muito prejudicada, sobretudo porque Araxá perdeu sua liderança regional. QUE é preciso retomar essa agenda positiva, de modo a reforçar a saúde local, com alinhamento, de modo a dar a ressonância para toda a microrregião. **Dada a palavra para a Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, representada por Leonardo Justino Martins** ressaltou que a discussão da rede deverá levar em consideração os prestadores. QUE é preciso o fortalecimento da retaguarda hospitalar, com celebração de contratos transparentes, com metas físicas, bem como adequado financiamento dos serviços. QUE concorda com a definição de identidade para os prestadores, uma vez que é absolutamente prejudicial a concorrência entre eles. QUE o CRMMG inseriu-se nas discussões do papel do profissional médico de saúde na sua prestação de serviços nos estabelecimentos filantrópicos. QUE é preciso melhorar as discussões, bem como a relação jurídica, entre o município e o prestador Santa Casa de Araxá. QUE as unidades de saúde filantrópicas e sem fins lucrativos filiadas à Federassantas têm buscado a realização de uma gestão profissionalizada. QUE a Federassantas tem realizado cursos e orientações necessárias para que esse objetivo seja alcançado. QUE também concorda que o PAM de Araxá dentro da Santa Casa gera conflitos e desentendimentos. QUE os profissionais de saúde devem ser anuentes nos contratos/convênios celebrados entre o poder público (federal, estadual ou municipal) e a Santa Casa de Araxá. QUE também os profissionais médicos

não podem ficar distantes dessa discussão de (re) organização dos serviços. **Dada a palavra para a promotora de Justiça da comarca de Ibiá, Bárbara Francine Prette Nunes** ressaltou as dificuldades dos municípios pequenos, como, exemplo, Ibiá, no acesso às ações e serviços de saúde dos prestadores referência. QUE efetivamente muita coisa precisa ser feita, uma vez que o município de Araxá, referência microrregional, não tem garantido, através de seus prestadores, o acesso da população. QUE a Santa Casa de Araxá, assim como o PAM, não tem sido eficientes, inclusive, com negativas de atendimento aos usuários de Ibiá, não obstante o remanejamento dos recursos financeiros (teto MAC), pela PPI Assistencial. QUE essa falta de reorganização dos serviços, com suficiência na atenção da média e parte da alta complexidade, tem gerado aumento da judicialização, com muitas demandas individuais, sobretudo no Juizado Especial. QUE a própria Secretaria Municipal de Saúde de Ibiá orienta os usuários a procurarem a promotoria de Justiça para atuação/solução das demandas em saúde. QUE são muitos os problemas de saúde em Ibiá, podendo ressaltar a falta de medicamentos, exames básicos e acesso do usuário ao SUSFácil. QUE são absolutamente insuficientes as quotas de procedimentos (consultas, exames, cirurgias) destinadas para a população de Ibiá. QUE também possui muitas demandas na área da saúde mental, especificamente no tocante às solicitações de internações compulsórias. QUE considera muito importante a formação dessa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária microrregional, haja vista que os serviços precisam ser reordenados, com fortalecimento, inclusive, financeiro dessas portas de referência. **Dada a palavra para o promotor de Justiça da comarca de Araxá, Wagner Aparecido Rodrigues Dionízio** também ressaltou a importância da ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAUDE. QUE será removido para a comarca de Campos Altos a partir do mês de outubro do corrente ano. QUE considera desarrazoado o fato de uma cidade tão importante como Araxá encontrar-se nessa situação precaríssima na área da saúde, não devendo o componente político sobrepor-se ao da assistência. QUE também concorda com a criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional. QUE um dos principais problemas enfrentados pela Promotoria tem sido a questão das drogas. QUE o município de Araxá não dispõe de uma Rede de Atenção Psicossocial. QUE o CAPSad de Araxá encontra-se em situação calamitosa. QUE concorda que cada um dos

municípios deva possuir, no mínimo, uma referência técnica em saúde mental. QUE o Ministério Público não pode ser substituído da política pública de saúde. **Dada a palavra para o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Araxá, Elias Pedro Vieira** reconheceu a produtividade da reunião de Mediação Sanitária. QUE concorda que haja uma mobilização, verdadeira coalizção de todos, visando o melhor da assistência para o usuário. QUE é preciso trabalhar cada um dos pontos negativos, sobretudo os de natureza coletiva, de modo que a saúde possa se reorganizar. QUE há um TCG – Termo de Compromisso de Gestão assinado pelo município de Araxá, razão pela qual se comprometeu na execução de cada uma daquelas metas e percentuais. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Araxá, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (coordenadora), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Araxá (coordenadora); pelas promotorias de Justiça das comarcas de Perdizes, Ibiá e Campos Altos; presidente regional do COSEMS; Secretário Municipal de Saúde de Araxá; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Araxá; Delegado Regional do Conselho Regional de Medicina; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araxá e Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho. **2)** O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos Promotores de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde, das comarcas de Araxá, Perdizes, Ibiá e Campos Altos para integração da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro; assim como os demais órgãos supracitados. Fica facultada a participação da Coordenadora Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macro Triângulo do Sul. **3)** Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá proceder

levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região, de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região. 4) Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência dos serviços de saúde da média complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.5) Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. 6) As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Triângulo do Sul, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. 7) O CAOSAÚDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação Sanitária. 8) O município de Araxá, sede da região de saúde, deverá assumir a coordenação de uma agenda política de liderança regional junto aos demais municípios, de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização

dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **9)** A Comissão de Trabalho deverá discutir, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: a) vocação (identidade) dos dois principais prestadores em Araxá; b) definição dos plantões médicos presenciais em cada uma das clínicas, inclusive, finais de semana e feriados. Levantar os custos financeiros desses serviços para oportuna pactuação tripartite; c) estudos para validação dos serviços de tomografia para o SUS, em face dos usuários da microrregião; d) elaboração dos estudos e indicadores para os fins de implantação da Rede SAMU regional; e) estudos para validação dos serviços da UTI neonatal, com fortalecimento da retaguarda hospitalar como referência obstétrica microrregional; f) elaboração/validação dos protocolos assistenciais e fluxos operacionais das referências e contrarreferências; g) estudos sobre a viabilidade técnica (necessidades, escala, potencialidade) de implantação de hospital microrregional em Araxá; h) discussão e estratégias com vistas à redução dos conflitos entre o Hospital Santa Casa e PAM, inclusive, sobre a fixação de plantões médicos presenciais nessa unidade ambulatorial; i) garantia de acesso dos usuários da microrregião sanitária aos serviços de saúde referenciados para Araxá. **10)** O município de Araxá, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, deverá providenciar, em face das normas de vigilância, a estruturação e adequação de sua Rede de Atenção Psicossocial, especialmente os atuais pontos de atenção (CAPS e CAPS II), conforme relatório do DENASUS. **11)** Os prestadores Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araxá e Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho deverão providenciar atualização de seu regimento interno, de modo a regularizar, inclusive, sobre a prestação dos serviços SUS pelos profissionais médicos, dispondo, dentre

outras, sobre ressarcimento, carga horária e vínculo. **12)** O município deverá providenciar o fortalecimento de sua regulação em face dos prestadores, fazendo, inclusive, a mudança de sua gestão para a Plena do Sistema Municipal (GPSM). **13)** Os municípios integrantes da microrregião deverão aumentar sua cobertura (quantidade e qualidade) da atenção básica, no mínimo em 80%. **14)** O município de Araxá deverá providenciar projeto de lei, a ser encaminhado para a Câmara Municipal, visando a instituição do plano de cargos e carreiras dos profissionais de saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento desta ata de reunião. **15)** O CAOSAÚDE providenciará ofício para SES/MG e Ministério da Saúde para os fins de prestação de informações sobre a UPA, porte II, destinada para o município de Araxá. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p style="text-align: center;">MARA LÚCIA SILVA DOURADO <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Araxá/MG</p>
<p>CLÁUDIA ALFREDO MARQUES CARVALHO <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Coordenadora Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macro Triângulo do Sul com sede em Uberaba/MG</p>	<p style="text-align: center;">WAGNER APARECIDO RODRIGUES DIONÍZIO <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Promotoria de Justiça da Comarca de Araxá/MG</p>
<p style="text-align: center;">BÁRBARA FRANCINE PRETTE NUNES <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ibiá/MG</p>	<p style="text-align: center;">GENEBALDO VITÓRIA BORGES <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> Promotoria de Justiça de Defesa da Ordem Econômica e Tributária de Araxá/MG</p>

<p>VIVIANE REIS COUTO Ministério da Saúde Apoiadora Institucional das Redes de Atenção à Saúde no Estado de Minas Gerais</p>	<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS, Representante da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais</p>
<p>WILSON DIMAS DOMINGUES Representante do SEAUD/MG-DENASUS</p>	<p>JEOVÁ MOREIRA DA COSTA Prefeito Municipal Araxá/MG</p>
<p>IRACI JOSÉ DE SOUZA NETO Superintendente da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba/MG</p>	<p>RODRIGO MONTANDON PIRES Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Araxá/MG</p>
<p>KLEBER PEREIRA VALERIANO Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Araxá/MG</p>	<p>GLÓRIA CRISTINA CASTRO FERREIRA Superintendente do Hospital Obras Assistenciais Casa do Caminho de Araxá/MG</p>



ATA REUNIÃO

XLIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania SAÚDE PRISIONAL – Belo Horizonte/MG

Aos dezoito dias do mês de junho do ano de dois mil e treze, às 10 h, na sala de reuniões da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Edifício Minas, 12º andar, Cidade Administrativa, realizou-se a XLIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) e Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos e Apoio Comunitário (CAODH) para discussão da estratégia da atenção da Saúde Prisional no Estado de Minas Gerais, com foco na garantia de seu acesso, nos diversos níveis de atenção, pela população carcerária: Equipes de Saúde Prisional (ESP); Concurso Público; Recursos Humanos; Capacitação; Financiamento; Convênios com Secretarias Municipais de Saúde; Portaria Interministerial nº 1.777/2003 e Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional de Minas Gerais (SEDS/MG). Participaram da reunião um total de 27 (vinte e sete) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Nívia Mônica Silva, promotora de justiça, Coordenadora do CAO-DH; Antônio de Padova Marchi Júnior, procurador de justiça e conselheiro do Conselho de Criminologia e Política Criminal de Minas Gerais; Luciana Cristina Giannasi, promotora de justiça da 13ª promotoria de justiça da comarca de Contagem; Peterson Queiroz Araújo, promotor de justiça da 2ª promotoria de justiça da comarca de Ribeirão da Neves; Felipe Gomes de Araújo, promotor de justiça da 1ª promotoria de justiça da comarca de Igarapé; Luciana Perpétua Corrêa, promotora de justiça da 3ª promotoria de justiça da

comarca de Igarapé; Francisco Antônio Tavares Júnior, Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MG; Kátia Regina de Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Naíla Augusta Anacleto, Coordenadora da Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade da SES/MG; Beatriz Eugênia Palhares, Secretária Municipal de Saúde do município de São Joaquim de Bicas; Mariana Cristina P. Santos, Gabinete do Secretário Adjunto da SES/MG; Fabiana Fernandes da Silva, Coordenadora da Superintendência de Atendimento ao Preso – SAPE da Secretaria de Estado de Defesa Social - SEDS/MG; Tiago M. De Azevdo, Assessor da Superintendência de Atendimento ao Preso da SEDS/MG; Jader Gabriel de Souza, Diretor de Saúde da Superintendência de Atendimento ao Preso – SAPE; Rosa Núbia V. Moura, assessora da Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE; Ludymilla Spagnol Moreira, Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE; Judsônia Pereira dos Santos Curte, Diretora de Atendimento do Complexo Penitenciário Nelson Hungria – CPNH do município de Contagem; Adriana Cardoso de Oliveira, Diretora de Atendimento do Presídio Feminino José Abranches Gonçalves – PRFJAG do município de Ribeirão das Neves; Roberto Wagner Colodetti Lana, Auditor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão das Neves; Karine Aparecida Ribeiro Soares, Secretária de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves; Igor Rodrigues de Pinho Tavares, Diretor Geral da Penitenciária José Maria Alkimin – PJMA do município de Ribeirão das Neves; Clésio Rocha da Costa, Diretor Administrativo do Complexo Penitenciário Nelson Hungria – CPNH do município de Contagem; Ana Ferreira da Silva, Diretora de Atendimento do Presídio Inspetor José Martinho Drumond – PRIJMD do município de Ribeirão das Neves; Simone G. L. M. Nunes, Presídio Inspetor José Martinho Drumond – PRIJMD do município de Ribeirão das Neves; Alexandra de Souza Mendes, Presídio Inspetor José Martinho Drumond – PRIJMD do município de Ribeirão das Neves; Cibele Rodrigues Botelho, Coordenadora da Vigilância Sanitária do município de São Joaquim de Bicas; **A reunião foi aberta pelo Coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, oportunidade em que lhes explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. Ressaltou a atuação resolutiva do Ministério Público, com participação democrática, solidária, compartilhada pelos diversos atores, jurídicos ou não, visando a construção de adequadas políticas públicas, de modo programático, com redução das tensões, confrontos e

conflitos entre eles (judicialização). QUE a questão da saúde prisional é matéria transversal, alcançando não apenas a temática da saúde, mas também da segurança pública, direitos humanos, execução penal, dentre outros. QUE o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, com o objetivo de garantir o acesso à saúde pelas pessoas privadas de liberdade (masculinas, femininas e psiquiátricas), de modo a oferecer-lhes ações e serviços de atenção básica in loco, ou seja, dentro das unidades prisionais. QUE, na prática, essas ações e serviços de saúde praticamente não existem, ainda que da atenção básica, dentro das unidades prisionais. QUE, dentre outras, esse Plano Nacional preconiza ações de campanha de vacinação, direito à visita íntima, distribuição de Kit de medicamentos da farmácia básica, incluindo a distribuição de preservativos masculinos e medicamentos específicos para gestantes; inclusão da população penitenciária na política de planejamento familiar. QUE essas ações devem ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por médico, cirurgia dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com ações voltadas para a prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde, como exemplos, saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmitidas, AIDS, hepatites virais, saúde mental, controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, assistência farmacêutica básica, imunizações e coletas de exames laboratoriais. QUE o acesso da população confinada aos demais níveis de atenção (média e alta complexidade) devem ser definidos em Plano Estadual, com participação da SES/MG e SEDS/MG, com aprovação do Conselho Estadual de Saúde (CES). QUE o Estado de Minas Gerais está qualificado (adesão) ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). QUE em face disso o Estado de Minas Gerais recebe recursos financeiros repassados pela União, na lógica de 70% (Ministério da Saúde) e 30% (Ministério da Justiça). QUE o número de Equipes de Saúde Prisional (ESP) para os estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, está aquém do número da população confinada (taxa de cobertura). QUE em muitas dessas unidades prisionais sequer há um profissional médico. QUE a responsabilidade para adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais, bem como aquisição de equipamentos de saúde, é da SEDS/MG. QUE o Ministério da Saúde repassa trimestralmente, conforme lógica de programação assistencial, um elenco de medicamentos da atenção básica para o atendimento das pessoas presas vinculadas. QUE o elenco desses medicamentos está definido na Portaria GM nº 3.270, de 26 de outubro de 2010.

QUE a unidade prisional é responsável pela organização desse planejamento, de modo a evidenciar as necessidades de saúde de sua população confinada. QUE, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na tabela Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, foram encontrados os seguintes registros: Complexo Penitenciário Feminino Estevão Pinto (Belo Horizonte), Complexo Penitenciário Doutor Pio Canedo (Pará de Minas), Penitenciária Nelson Hungria (Contagem), Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (Juiz de Fora), Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (Barbacena), Unidade de Atendimento ao Sistema Prisional (Juatuba), Penitenciária Agostinho de Oliveira Júnior (Unaí), Penitenciária de Formiga (Formiga), Penitenciária de Francisco Sá (Francisco Sá), Penitenciária de Três Corações (Três Corações), Penitenciária Denio Moreira de Carvalho (Ipaba), Penitenciária Dr. Manoel Martins Lisboa Júnior (Muriaé), Penitenciária José Edson Cavalieri (Juiz de Fora), Penitenciária Professor Aluizio Ignácio de Oliveira (Uberaba), Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires (Juiz de Fora), Presídio de Araguari, Presídio de Janaúba, Presídio Floramar (Divinópolis), Presídio Regional de Montes Claros, Presídio Sebastião Sátiro (Patos de Minas), Presídio Dr. Nelson Pires (Oliveira), Centro de Apoio Médico e Pericial (Ribeirão das Neves), Penitenciária José Maria Alkimin (Ribeirão das Neves), Presídio Antônio Dutra Ladeira (Ribeirão das Neves) Presídio Inspetor José Martinho Drumond (Ribeirão das Neves) e Penitenciária Jason Soares Albergaria (São Joaquim de Bicas). QUE não há dúvidas de que esses dados encontram-se incompletos, portanto, desatualizado o próprio CNES. QUE, segundo dados informados pelo INFOPEN – Sistema Integrado de Informações Penitenciárias do Ministério da Justiça, competência julho 2012, Minas Gerais conta com 45.298 presos, sendo 42.640 do sexo masculino e 2.658 do sexo feminino. QUE desse total, 24.839 são presos provisórios sistema penitenciário, 14.104 regime fechado, 5462 regime semi-aberto, 893 em regime aberto. QUE além desses há 6.602 presos sistema Polícia Judiciária. QUE no item quantidade de estabelecimentos penais os dados encontrados no INFOPEN são os seguintes: 20 Penitenciárias, 01 Casa de Albergado, 103 Cadeias Públicas, 04 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. QUE no tocante aos recursos humanos (servidores penitenciários) são os seguintes indicadores: 1037 servidores apoio administrativo, 15.506 agentes penitenciários, 151 enfermeiros, 622 auxiliar e técnico de enfermagem, 275 psicólogos, 73 dentistas, 262 assistentes sociais, 326 advogados, 64 médicos clínicos gerais, 03 médicos ginecologistas, 66 médicos psiquiatras, 48 pedagogos, 632 professores. QUE o atual Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde Prisional

de Minas Gerais é datado de 2003, conforme sua aprovação pela Deliberação CIB SUS-MG nº 049, de 09 de dezembro de 2003, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculina e femininas, bem como nas psiquiátricas, bem como aprovação Deliberação Conselho Estadual de Saúde (CESMG) nº 092, de 15 de dezembro de 2003. QUE a Resolução SES nº 1.888, de 27 de maio de 2009 aprova a alocação de recursos financeiros para custeio de procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar da Programação Integrada/PPI Assistencial/MG. QUE a Deliberação CIB-SUS/MG nº 615, de 09 de dezembro de 2009 aprova a alocação de recursos financeiros para a Câmara de Compensação, visando a sua aplicação na revisão da Programação Pactuada Integrada dos privados de liberdade em Minas Gerais, na PPI/MG. QUE conforme Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 623, de 03 de fevereiro de 2010, tem sido alocado meta financeira, para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, para um total de 130 unidades prisionais em Minas Gerais. QUE, nesse sentido, definiu-se no tocante ao município de São Joaquim de Bicas, para atendimento do Presídio de São Joaquim de Bicas I, Presídio de São Joaquim de Bicas II e Penitenciária Professor Jason Soares Albergaria, para média complexidade, o valor anual de R\$ 256.542,00 e, para alta complexidade o valor anual de R\$ 129.051,00. QUE para o município de Ribeirão das Neves, para o conjunto de unidades prisionais (Penitenciária José Maria Alkimim, Presídio Antônio Dutra Ladeira, Presídio Feminino José Abranches, Presídio Inspetor José Martinho Drumond e Centro de Apoio Médico e Pericial), os recursos são no valor de R\$ 330.149,82 para média complexidade e de R\$ 166.078,71 para alta complexidade. QUE para o município de Contagem, para o conjunto de unidades prisionais (Penitenciária Nelson Hungria e CERESP Contagem) foram definidos os valores de R\$ 136.822,40 (média complexidade) e de R\$ 68.827,20 (alta complexidade). **Dada a palavra para a promotora de Justiça Nívia Mônica Silva, Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos e Apoio Comunitário (CAODH)** ressaltou, também, a importância da Mediação em busca de uma solução para esse grave problema de saúde prisional. QUE é preciso a busca por deliberações mais concretas, que possam dar ressonância assistencial. QUE também concorda que haja a revisão do Plano Operativo Estadual da Saúde Prisional do Estado de Minas Gerais, sobretudo porque o mesmo data de 2003 e não apresenta, na prática, qualquer traço de efetividade à saúde da população confinada. QUE concorda na elaboração de uma política pública emergencial para atendimento imediato à

saúde prisional, praticamente inexistente em face das unidades prisionais do Estado de Minas Gerais, em especial aos municípios da região metropolitana, presentes nesta reunião. **Dada a palavra para o procurador de Justiça Antônio de Pádova Marchi Júnior, do Conselho de Criminologia e Política Criminal de Minas Gerais** destacou que no conjunto de atividades da saúde prisional, em face desses estabelecimentos penais, há que se preocupar também com a saúde bucal e saúde mental das pessoas confinadas. QUE é fato que muitos dos presos, em razão do ambiente de confinamento, passam a adquirir sérios problemas relacionados à saúde mental, como, exemplo, a depressão, daí a necessidade da atenção psicológica e psiquiátrica. QUE o Estado de Minas Gerais, especificamente a SES/MG e SEDS/MG precisam se mobilizar, de modo a encontrar estratégias adequadas para garantia da saúde prisional. QUE reconhece o desafio na construção de uma política de saúde prisional que possa ser adequada e integral, mas que é preciso se mobilizar. QUE o Estado não pode se afastar da realidade dessas necessidades de saúde da população confinada. **Dada a palavra para o Secretário Estadual Adjunto de Saúde de Minas Gerais, Francisco Antônio Tavares Júnior, bem como para a Coordenadora Estadual de Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade Náila Augusta Anacleto** reafirmaram a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, para a busca de soluções consensuadas, de forma democrática, a partir da conjugação dos diversos saberes. QUE a SES/MG integra, desde o início, essa estratégia da Mediação Sanitária. QUE a SES/MG tem demonstrado sua participação aberta nas diversas discussões. QUE o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), consubstanciado na Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, deverá ser convertido em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com sua aprovação confirmada pelo GT da CIT – Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde. QUE a previsão para sua entrada em vigência é julho do corrente ano. QUE, doravante, essa política reconhecerá a responsabilidade do SUS em oferecer suporte técnico e operacional para o desenvolvimento de práticas preventivas e atenção primária de caráter geral, acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a preservação das condições de saúde física e psíquica para todas as pessoas. QUE a lógica dessa política em saúde prisional levará em consideração a própria metodologia da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida pela Portaria MS nº 4.279, de 21 de outubro de 2011. QUE essa política alcançará as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, com idade superior aos 18 anos, sob custódia do Estado, provisoriamente

ou sentenciados. QUE essa mudança é muito importante, haja vista que pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, os presos provisórios não estavam alcançados por aquele Plano Nacional. QUE essa política utilizará o sistema e-SUS, em substituição ao SIAB, com possibilidades de integração do prontuário eletrônico. QUE esse prontuário eletrônico é de suma importância na saúde prisional, de modo que possa acompanhar o preso quando de sua transferência para outra unidade prisional. QUE um dos princípios da PNAISP é a integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde executadas nos diferentes níveis de atenção. QUE outro importante princípio da PNAISP é o da co-responsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços, segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. QUE o objetivo geral da PNAISP é o de ampliar o acesso da população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde, como reconhecimento dos direitos humanos e de cidadania. QUE a população custodiada, em regime semiaberto e aberto, será preferencialmente assistida pelos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). QUE a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica ou Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP). QUE o acesso às demais ações e serviços de saúde será ofertado de acordo com a contratualização na Rede de Atenção à Saúde loco-regional. QUE os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. QUE a atenção integral à assistência farmacêutica às pessoas privadas de liberdade dar-se-á por meio da descentralização dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de saúde, de acordo com as adesões firmadas no âmbito da PNAISP. QUE a dispensação de medicamentos no sistema prisional terá como orientação a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME em vigência. QUE no tocante aos municípios que vierem a aderir ao PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo. QUE nessa transição (Plano Operativo X Política Nacional) sugere a criação de uma Comissão de Avaliação, com participação, inclusive, do Ministério Público para ajustamento ao novo modelo, como exemplo, os atuais serviços atualmente habilitados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). QUE também concorda na atualização/revisão do atual Plano Operativo Estadual de Saúde Prisional do Estado de Minas Gerais, haja vista sua aprovação no ano de 2003 e a ressonância

da eventual Política Nacional (PNAISP). QUE concorda com o Ministério Público na exigência de que as unidades prisionais, em face de seus pontos de atenção em saúde, possam fazer atualização dos dados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sem prejuízo da alimentação ao INFOPEN. QUE o Ministério da Saúde, assim como o Ministério da Justiça, em face dessa nova Política Nacional, terão competências, dentre outras, para o apoio técnico e financeiro à construção, ampliação, adaptação e aparelhamento das unidades básicas de saúde em estabelecimentos prisionais. QUE a SES/MG, doravante, terá como competência, dentre outras, contratar e gerir os serviços e equipes de saúde no sistema prisional, quando a gestão e a assistência à saúde forem estaduais. QUE a SEDS/MG, doravante, terá como competência, dentre outras, a garantia de espaços adequados, nas unidades prisionais, a fim de viabilizar a implantação e implementação da Política e a salubridade das pessoas privadas de liberdade. QUE a SEDS/MG será responsável, também, pelo apoio técnico e financeiro na aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBS-P). QUE outra importante competência afeta à SEDS/MG será a garantia do transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade. QUE os municípios, com gestão e assistência à saúde municipal, deverão contratar e gerir os serviços e equipes de saúde no sistema prisional. QUE no caso de municípios, com estabelecimentos prisionais em seu território, com adesão ao PNAISP, receberá os recursos financeiros para execução da Política Nacional através do Ministério da Saúde/Ministério da Justiça e SES/MG e SEDS/MG. QUE haverá modalidades de equipes multiprofissionais compostas por: Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I – EABp I, integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem; Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II – EABp II, integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um assistente social, um psicólogo, um profissional de nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Nutricionista); Equipe de Saúde Bucal Prisional – ESPp, composta por um cirurgião dentista, um técnico de higiene bucal ou auxiliar de consultório dentário; Equipe de Saúde Mental Prisional – ESMp, composta por um médico psiquiatra ou médico especialista em saúde mental, dois profissionais de nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social ou Enfermeiro). QUE no tocante aos novos custeios, repassados fundo a fundo, caberá uma contrapartida estadual, na proporção mínima de 20%, aos

recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. QUE os valores de custeio mensal para ações e serviços de saúde, por modalidades de equipes, ressalvados os 20% de contrapartida estadual, bem como a aplicação do índice diferenciado de complementação, foram definidos da seguinte forma: Unidades Prisionais até com 100 custodiados: EABp I, com carga horária semanal mínima de 06 horas, valor do incentivo mensal R\$ 2.795,00; EABp II, carga horária semanal mínima de 06 horas, valor do incentivo mensal de R\$ 4.595,00; ESBp, carga horária semanal mínima de 06 horas, valor de R\$ 1.162,50; ESMp, carga horária semanal mínima de 06 horas, valor de R\$ 2.832,50. Para as Unidades Prisionais com mais de 100 e menos de 300 custodiados: EABp I, carga horária semanal mínima de 18 horas, valor mensal do incentivo R\$ 8.384,99; EABp II, carga horária mínima de 18 horas, valor mensal de R\$ 13.784,99; ESBp, carga horária mínima de 18 horas, valor mensal de R\$ 3.487,50; ESMp, carga horária mínima de 18 horas, valor mensal de R\$ 8.497,49. Para as Unidades Prisionais com 301 a 700 custodiados: EABp I, carga horária mínima de 30 horas, valor mensal do incentivo R\$ 13.974,98; EABp II, carga horária mínima de 30 horas, valor mensal de R\$ 22.974,98; ESBp, carga horária mínima de 30 horas, valor mensal de R\$ 5.812,50; ESMp, carga horária mínima de 30 horas e valor mensal do incentivo de R\$ 14.162,48. QUE concorda com a proposta do Ministério Público no sentido de que, durante essa transição, em face da urgência, independentemente da entrada em vigor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), possa ser constituída, como projeto piloto para os municípios da região metropolitana, uma Equipe de Saúde Itinerante, integrada, dentre outros, por um profissional médico, de modo a assegurar, em cada uma daquelas unidades prisionais, a atenção à saúde das pessoas confinadas. QUE a SES/MG poderá fazer a antecipação de sua contrapartida de 20% para cada um dos municípios, pelo conjunto das futuras Equipes de Saúde Prisionais, de modo a possibilitar o imediato atendimento à saúde prisional por essa equipe de saúde itinerante. QUE sugere que a SEDS/MG, em face do processo seletivo aberto, possa fazer a imediata realização do certame em face desses municípios da região metropolitana. QUE esses profissionais poderiam ser encaminhados pela própria SEDS/MG para esses municípios (projeto piloto) da região metropolitana. QUE os municípios, no caso, seriam os responsáveis pela contratação emergencial desses profissionais, aprovados no concurso realizado pela SEDS/MG, com complementação financeira (atrativo), a ser remetida pela SES/MG, mediante elaboração de convênio ou termo de compromisso. QUE concorda, também, com a proposta feita pelo Secretário

Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, no sentido de que os municípios poderiam abrir processo de licitação, com chamamento de entidades e/ou órgãos, possuidores de experiência e vocação em atividades carcerárias, como, por exemplo, Pastoral Carcerária, para que, mediante contrato, aqueles pudessem assumir a saúde prisional, devidamente financiada, com recursos definidos, inclusive com a contrapartida estadual, pelo PNAISP. QUE é muito difícil, na prática, ainda que bem remunerado a criação de uma ambiência favorável entre o profissional médico servidor e a população carcerária, daí o reforço de que esses serviços deveriam ser feitos por aqueles que já realizam essas atividades (vocação) no campo. QUE no caso de algum município não aderir ao PNAISP, por questões multifatoriais, embora com importantes unidades prisionais em seu território, os serviços, nos diferentes níveis de atenção, deveriam ser repactuados na PPI assistencial para outro município contíguo ou não. QUE, lado outro, os recursos financeiros atualmente repassados para esses municípios, para a saúde prisional (PAB variável e PPI assistencial) deverão ser remanejados para o município referência. **Dada a palavra para a Secretaria Estadual de Defesa Social (SEDS/MG), representada pelo Diretor de Saúde da Superintendência de Atendimento ao Preso – SAPE, Jader Gabriel de Souza e pelo assessor da SAPE, Tiago M. de Azevedo,** ressaltaram que hoje há 60 equipes de saúde prisional cadastradas na SEDS/MG, embora contando apenas com 23 delas habilitadas. QUE a saúde prisional não é condição de saúde, reconhecendo que é importante a prioridade na atenção básica. QUE a maioria dos servidores da saúde prisional é de contratados. QUE há processo seletivo aberto pela SEDS/MG, razão pela qual poderá, em face desses municípios da região metropolitana, fazer o encaminhamento do profissional aprovado para cada um dos municípios, conforme sugestão da SES/MG. QUE essa complementação financeira, comprometida pela SES/MG, para formação dessa equipe de saúde itinerante, será, com certeza, um grande fator para que haja o interesse do profissional médico. QUE a SEDS/MG criou a carreira do profissional médico da saúde prisional, sendo esse fator mais um importante componente para a adequação dos serviços. QUE concorda com a atualização do Plano Operativo Estadual de Saúde Prisional de Minas Gerais, devendo, lado outro, lembrar-se que o componente segurança é fundamental não apenas para o preso, mas também para a sociedade, daí a lógica de uma ampla discussão, com participação solidária, de modo a resultar em um plano que possa ponderar todas as variáveis. QUE é preciso pensar nessa transição, haja vista o novo normativo federal, de modo que, dentre outros,

possamos achar caminhos para discussão dessa municipalização da saúde prisional, posto que hoje a SEDS/MG conta com servidores efetivos integrados às Equipes de Saúde Prisional. QUE no tocante ao suporte motorizado para a saúde prisional, a SEDS/MG, em parceria com a SES/MG, fez aquisição recente de 60 novas ambulâncias. QUE no caso do município de São Joaquim de Bicas já existe a Equipe de Saúde Prisional, embora desfalcada apenas do profissional médico. QUE no caso de adesão do município a essa proposta emergencial (equipe de saúde prisional itinerante), os recursos a serem repassados pela SES/MG poderiam ser utilizados para atrativo de contratação do profissional médico. **Dada a palavra para a presidente de Assuntos Jurídicos da Federassantas – Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Dra. Kátia Regina de Oliveira Rocha** ressaltou a importância da discussão de temas importantes como esse, no foco da mediação sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE a Federassantas é órgão integrado, desde início, à estratégia da Mediação Sanitária. QUE no seu entender não será fácil a captação desses profissionais médicos por entidades não governamentais, conforme, aqui sugerido pastoral carcerária. QUE as dificuldades impostas para o setor público também se mostrarão para o terceiro setor. QUE, não obstante, se compromete a fazer um prévio levantamento junto ao terceiro setor, sobretudo ao seus filiados, no sentido de verificar eventual interesse na contratação/execução, nos moldes/metodologias sugeridos, na saúde prisional. QUE a SES/MG e SEDS/MG precisam apontar melhores diretrizes (específicas) para formação dessas equipes em cada município. QUE, hoje, apesar da contratação detalhada, com metas físicas e qualitativas, os profissionais médicos sequer estão atendendo aos serviços do SUS, deixando de cumprir carga horária, razão pela qual já visualiza grande dificuldade da realização desses serviços (saúde prisional) na hipótese da contratação pelo terceiro setor. **Dada a palavra para a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Igarapé, representada pelos promotores de Justiça Luciana Perpétua Correa e Felipe Gomes de Araújo** ressaltaram a grave preocupação com a saúde prisional, dentre outras, nas unidades prisionais de sua comarca, em especial aquelas situadas no município de São Joaquim de Bicas. QUE consideram importante a abertura proporcionada pela SES/MG e SEDS/MG para discussão, com propostas, dessa urgente temática de saúde prisional. QUE será preciso pensar até mesmo na adequação do espaço físico da penitenciária de São Joaquim de Bicas para acolhimento da Equipe Saúde Prisional. QUE podem afirmar que hoje não existe essa equipe de saúde prisional naquelas unidades prisionais. QUE concorda que o atendimento/financiamento

deverá considerar a capacidade real, ou seja, o número real de presos confinados, daí corroborarem com a proposta de que essas unidades precisam atualizar suas informações junto ao CNES e INFOPEN. QUE a SES/MG e SEDS/MG precisam, com urgência, deliberaram sobre a ampliação desse espaço físico para atendimento da saúde prisional, com equipamentos e insumos necessários, com atuação inclusive no componente da saúde mental. QUE também concordam que a escolta de presos tem se constituído em um grande empecilho para o efetivo acesso do preso às ações e serviços de saúde. QUE sequer há uma definição, de forma clara, do ente governamental responsável por essa política de atenção. QUE as unidades prisionais não contam, no quesito saúde mental, com o profissional psiquiatra, valendo-se exclusivamente de um profissional psicólogo que faz atendimento de 15 em 15 dias, não obstante o universo de pessoas confinadas em face daqueles presídios. QUE não há dúvidas de que a penitenciária de São Joaquim de Bicas está com superlotação carcerária, inclusive, as salas destinadas para atendimento da saúde estão sendo usadas pelos presos. QUE a SES/MG e SEDS/MG, em face das ferramentas noticiadas nesta reunião (Política Nacional) precisam definir, com urgência, qual a proposta emergencial a ser desincumbida pelo Estado de Minas Gerais, em face do caótico cenário da saúde prisional. QUE a SES/MG e SEDS/MG deveriam arcar com a responsabilidade da contratação, formação e financiamento das Equipes de Saúde Prisional. QUE concorda que esses custos para financiamento da saúde prisional, com proposta de sua assunção pelos municípios, precisam ser melhor mensurados, para qualificação do processo decisório, de modo a resultar em adequada e eficaz atenção à saúde prisional. **Dada a palavra para a Promotoria de Justiça de Execução Penal da comarca de Contagem, Luciana Cristina Giannasi** ressaltou, como os demais colegas, a importância da discussão do tema saúde prisional em um fórum como este, com participação plural. QUE comunga do mesmo entendimento de seus colegas no tocante à gravidade do cenário de saúde prisional nessas unidades de confinamento. QUE em seu município há a Penitenciária Nelson Hungria, com mais de 2000 pessoas presas, sendo, por obviedade, insuficientes os valores repassados pelos entes governamentais, sobretudo para a atenção da média e alta complexidade. QUE os presos dessa importante unidade prisional encontram-se há muito desassistidos de um profissional médico, o que é intolerável. QUE concorda com a proposta da SES/MG no sentido da formação, emergencial, de uma equipe de saúde prisional itinerante, com profissional médico, para que possa iniciar o imediato atendimento à saúde das pessoas presas. QUE considera importante que esse profissional

médico possa ser o indicado pela SEDS/MG, em razão do processo seletivo, com sua imediata contratação (gestão e gerência) pelo município, podendo utilizar-se dessa contrapartida estadual (antecipada) para sua melhor remuneração, haja vista que os atuais R\$ 1.000,00, pagos pela SEDS/MG, são absolutamente irrisórios e sem qualquer atração. QUE não há dúvidas de que os municípios têm sido os mais sobrecarregados com a atenção à saúde prisional, sobretudo pela ausência dessas Equipes de Saúde Prisional e pela baixa remuneração paga aos seus profissionais de saúde. QUE na semana passada houve um óbito de um preso de apenas 37 anos, cuja causa não poderá ser afastada a falta do adequado atendimento médico, em tempo e modo próprios. QUE os resíduos de esgotamento sanitário da Penitenciária Nelson Hungria são jogados diretamente no Rio Paraopeba. **Dada a palavra para o promotor de Justiça de Execução Penal da comarca de Ribeirão das Neves, Peterson Queiroz Araújo** esclareceu que também concorda com a existência de toda essa ausência governamental na saúde prisional, o que compromete em muito o próprio quadro de segurança dos presídios. QUE o município de Ribeirão das Neves é o que congrega maior população confinada do Estado de Minas Gerais, haja vista a existência da Penitenciária Jose Maria Alkmim, Presídio Antônio Dutra Ladeira, Presídio Feminino José Abranches, Presídio Inspetor José Martinho Drumond e Centro de Apoio Médico e Pericial. QUE os recursos financeiros repassados pelos órgãos governamentais são absolutamente insuficientes para a lógica de uma saúde mínima prisional para as pessoas lá confinadas. QUE pode assegurar a inexistência, na prática, do atendimento médico dessa população. QUE há demandas reprimidas eletivas consideráveis, para atendimentos até mesmo básicos, superiores a 06 meses, no tocante à saúde prisional. QUE é preciso mesmo dimensionar esses novos recursos financeiros, em face de cada uma das unidades prisionais, observadas suas especificidades, de modo que a nova atenção à saúde prisional possa ser de fato integral e adequada. QUE há carência de equipamentos mínimos para o atendimento à saúde prisional naqueles presídios situados em Ribeirão das Neves. QUE concorda, no nível exclusivamente emergencial, com a constituição de equipe de saúde prisional itinerante, nos moldes e metodologias sugeridos pela SES/MG e SEDS/MG, na presente reunião. QUE, entretanto, no nível permanente, com a entrada em vigor da Política Nacional (PNAISP), esses órgãos, com integração dos municípios, deverão constituir estratégia adequada para razoável atenção integral à saúde prisional. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de São Joaquim de Bicas, Beatriz Eugênia Palhares** ressaltou sua grande preocupação

com a saúde prisional no seu município. QUE a responsabilidade legal para a execução da saúde prisional à população confinada não é do município, desconhecendo a existência de algum convênio ou termo de cooperação assinado entre o município de São Joaquim de Bicas e a SES/MG e a SEDS/MG. QUE, entretanto, na prática toda a atenção à saúde prisional tem sido executada, com muita dificuldade financeira, pelo pequeno município de São Joaquim de Bicas. QUE os recursos financeiros repassados para a saúde prisional, a título de PAB variável ou de PPI assistencial são irrisórios, absolutamente insuficientes para sequer a atenção no nível básico. QUE até o presente momento o município de São Joaquim de Bicas tem feito esse atendimento, sobretudo das urgências e emergências, da população carcerária, em face de sua unidade de saúde, sem qualquer contraprestação financeira. QUE o cenário da saúde prisional em seu município é absolutamente caótico. QUE são mais de 4000 pessoas presas nas 03 unidades prisionais instaladas em seu território, sendo que os recursos financeiros definidos naquela Deliberação CIB-SUS/MG, sobretudo para a média e alta complexidade, são absolutamente insuficientes. QUE tem realizado ou participado de recorrentes reuniões com o Ministério Público local para discussão de estratégias que possam melhorar, dentre outros, a atenção à saúde prisional. QUE os presídios instalados em seu município não contam, por parte da SES/MG e SEDS/MG, com estrutura de Equipes de Saúde Prisional. QUE, hoje, é praticamente impossível a contratação de profissional médico para atuação na saúde prisional, haja vista o baixíssimo salário fixado para essa atuação. QUE não concorda que parte da carga horária de seus profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF), de 08 horas diariamente, possam ser usadas para atenção prisional, haja vista que muitos deles não cumprem a carga horária oficial do programa ou não se interessariam, por questões multifatoriais, pela cobertura da atenção prisional. QUE o município de São Joaquim de Bicas não poderá antecipar qualquer juízo a respeito da proposta feita nesta assentada no tocante à equipe de saúde itinerante, haja vista que, no seu entender, esbarrará novamente com o fato da ausência de interesse do profissional médico de saúde em dar sua adesão. QUE os custos de investimento e custeio em face da cobertura para essa estratégia emergencial (equipe de saúde prisional itinerante) precisam ser melhor analisados. QUE no caso de desinteresse do município de São Joaquim de Bicas na retaguarda/referência da saúde prisional, não se importa que outro município venha a ser o pactuado, inclusive, com o remanejamento dos recursos financeiros hoje encaminhados. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM**

SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1) A SES/MG, em conjunto com a SEDS/MG e COSEMS/MG, providenciará, em regime de urgência, discussão e deliberação de proposta de Resolução CIB-SUS/MG, obediente às futuras diretrizes e princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Penitenciário (PNAISP), de modo a contemplar, como projeto piloto, as unidades prisionais dos municípios de Ribeirão das Neves, Contagem e São Joaquim de Bicas, com equipe de saúde prisional itinerante, no mínimo com composição própria às Equipes de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABp I). Para essa situação emergencial, precária, poderá ser incluída proposta alternativa de que esses serviços possam, também, ser gerenciados por entidades não governamentais (Terceiro Setor), devidamente qualificadas, com inequívoca atuação e vocação em face do sistema prisional, com observância do processo de licitação. 2) A SEDS providenciará a indicação do profissional médico, para essa equipe emergencial, em face desses municípios, para atuação na saúde prisional, em face de seu processo seletivo (em andamento). 3) Os municípios ora indicados, após facultativa adesão à estratégia emergencial, figurarão como cessionários, devendo assumir a gerência dos serviços de saúde prisional, com estabelecimento, dentre outros, de metas físicas e qualitativas para efetiva observância pela equipe de saúde, em face da população confinada em seu território. 4) A SES/MG garantirá a cada um desses municípios, que fizerem adesão à estratégia emergencial, independentemente da entrada em vigor da PNAISP, a complementação financeira global de sua contrapartida estadual, em face do número proporcional de cada uma das Equipes de Saúde Prisional, limitada, no mínimo, a 20%, integralizados aos demais valores transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde. 5) A SES/MG providenciará planilha individualizada desses valores, com observância do contingente de pessoas presas em cada uma das unidades prisionais (capacidade real), de modo a encaminhá-la, no prazo de até 10 dias, a cada um dos Secretários Municipais de Saúde desses especificados municípios. 6) Os Municípios de Contagem, Ribeirão das Neves e São Joaquim de Bicas, de posse dessas planilhas de investimentos (custeio complementar estadual) deverão se manifestar, no prazo de até 10 dias, quanto à adesão a essa estratégia emergencial. 7) No caso de NÃO adesão por algum desses municípios, a SES/MG providenciará, inclusive, com participação do Ministério da Saúde, o remanejamento dos recursos repassados, a título de saúde prisional, por força de transferência voluntária ou legal, para outro município contíguo que queira assumir a atenção da saúde prisional, nessa situação emergencial. 8) No caso de

adesão pelos especificados municípios, a SES/MG fará a transferência, fundo a fundo, desses recursos financeiros (complementar estadual), após celebração de convênio ou termo de compromisso com cada um desses municípios. **9)** A SEDS/MG garantirá a cobertura operacional (logística) necessária para a realização, com segurança, dos atendimentos médicos em cada uma dessas unidades prisionais, com espaços físicos adequados e equipamentos de saúde mínimos para a atenção básica. **10)** Para essa estratégia emergencial, a SEDS/MG garantirá a escolta dos presos para atendimentos médicos referenciados, eletivos ou de urgência e emergência, em tempo e modo próprios. **11)** Os municípios envolvidos prestarão contas, mensalmente, ao Ministério Público local, quanto aos serviços de saúde prestados por essas equipes de saúde prisional. **12)** A presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas providenciará avaliação, no prazo de 10 dias, especialmente entre seus filiados, quanto ao interesse na participação da saúde prisional dessas unidades de confinamento. **13)** A SES/MG e SEDS/MG providenciarão, em tempo e modo próprios, sobretudo pela entrada em vigor da PNAISP, a revisão do Plano Operativo Estadual da Saúde Prisional de Minas Gerais, mediante publicação de comissão de avaliação, com sugestão de participação, dentre outros, da Ouvidoria de Saúde Estadual e do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. **14)** Consigna-se que as equipes de saúde prisional, nos moldes e metodologias sugeridos, para essa situação emergencial, atuará de forma precária, até entrada em vigor da PNAISP, ocasião em que as diretrizes e princípios dessa Política Nacional deverão ser implementados em todo o sistema prisional do Estado de Minas Gerais. **15)** Deverão ser regularizadas, pela SES/MG e SEDS/MG, a atual prestação de serviços de saúde prisional, em face de cada um dos municípios mineiros, com unidades prisionais em sua base territorial, de modo que, no mínimo, os serviços da atenção básica, eletivos e de urgência e emergência, possam ser pactuados, através de instrumentos próprios de convênios, para garantia real dos repasses financeiros, fundo a fundo. **16)** O CAOSAÚDE e o CAODH oficiarão a SES/MG e a SEDS/MG, para que possam responder, referentemente aos municípios de Contagem, Ribeirão das Neves e São Joaquim de Bicas, no prazo de até 30 dias, os quesitos abaixo formulados, na esfera de sua responsabilidade: 1) A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a Secretaria Estadual de Defesa Social de Minas Gerais possuem Plano Operativo Estadual da Saúde Prisional, conforme recomendação contida na Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário? 2) Na hipótese de existência desse Plano Operativo Estadual

da Saúde Prisional, as ações e serviços de saúde nele previstos contemplam adequadamente a política de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em face dos fatores de risco de DST/AIDS, tuberculoses, pneumonias, dermatoses, doenças mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos, como hipertensão arterial e diabetes mellitus? 3) Referido Plano Operativo Estadual da Saúde Prisional contempla políticas públicas de saúde voltadas para a população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas? 4) Quais são as prioridades estabelecidas pelo Plano Operativo Estadual da Saúde Prisional? 5) As unidades prisionais contam com estruturação adequada de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível da atenção básica de saúde? 6) Quais são as ações e serviços de saúde programadas para a execução da atenção básica de saúde para a população confinada? Descrever a periodicidade dessas ações de saúde, nos seus aspectos preventivos e de recuperação da saúde. 7) As ações e serviços de saúde da atenção básica para a população confinada são executadas diretamente pela unidade prisional ou por convênio/contrato/referência com a Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde? 8) No caso de referência com a Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde, houve aprovação pelo Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, respectivamente? 9) Esses serviços referenciados encontram-se adrede descritos em um planejamento de saúde, de modo a informar natureza dos serviços, recursos humanos, carga horária, periodicidade, local de atuação, etc? 8) No caso de execução diretamente pela unidade prisional, quais são os recursos humanos disponíveis para a atenção básica da população confinada? 9) A unidade prisional, com mais de 100 confinados, conta com Equipe Saúde Prisional, dotada de estruturação adequada (recursos humanos, equipamentos, insumos, etc)? 10) Qual foi o órgão encarregado da capacitação técnica desses recursos humanos disponíveis na Equipe Saúde Prisional? Em qual periodicidade? São concursados pela Secretaria de Estado de Defesa Social ou contratados? 11) Como se dá o acesso da população confinada nas ações e serviços de saúde eletivos da média e alta complexidade? São realizados no próprio município sede ou referenciados para outro município com maior densidade operacional? 12) Como se dá o fluxo do atendimento da população confinada em face das ações e serviços de saúde, eletivos, da média e alta complexidade? 13) Há demandas reprimidas para o atendimento eletivo das ações e serviços de saúde, média e alta complexidade, para a população confinada? Por quais motivos? 14) Como se dá o acesso da população prisional nas situações de

urgência e emergência? Os serviços são realizados no próprio município sede ou referenciados para outro com maior densidade operacional? 15) Como se dá o fluxo do atendimento da população prisional nas situações de urgência e emergência? Quanto tempo estimado é necessário desde a constatação clínica até a entrada do preso ao serviço de urgência e emergência? 16) Nas ações de prevenção, são realizadas proteção específica como vacinação hepatites, influenza e tétano? Em quais frequências? 17) As referências para garantia da população confinada aos demais níveis de atenção (média e alta complexidade) estão pactuadas na PPI – Programação Pactuada Integrada Estadual, mediante negociação na CIB-SUS-MG? 18) Quais são os municípios cujas Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pela atenção à saúde prisional no estado de Minas Gerais? Houve pactuação com a SES/MG e SEDS/MG? 19) Há no Plano Operativo Estadual da Saúde Prisional a aprovação do Conselho Municipal de Saúde nas situações em que o Gestor SUS municipal tornou-se responsável pela atenção à saúde prisional de dada unidade? 20) O financiamento das ações e serviços de saúde prisional no estado de Minas Gerais tem sido compartilhado entre os gestores da saúde e da SEDS/MG? Em qual proporção? 21) Quais são os recursos próprios da SES/MG e da SEDS/MG no financiamento das ações e serviços de saúde prisional, ressalvados os incentivos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça? 22) Os incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde (70%) e Ministério da Justiça (30%) para as Secretarias Municipais de Saúde, em face de unidades prisionais em seu território com até 100 pessoas presas, têm sido utilizados nas ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais? 23) Nas unidades prisionais com mais de 100 pessoas presas, os incentivos financeiros remanejados pelo Ministério da Saúde (70%) e Ministério da Justiça (30%) estão sendo repassados diretamente para as Equipes de Saúde Prisional, com responsabilidade cada uma para até 500 presos? 24) Em quais unidades prisionais a SES/MG e a SEDS/MG se utilizaram de recursos, originados do Ministério da Justiça, além dos incentivos acima descritos, para reforma física e aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, conforme autorização prevista no artigo 6º da Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003? 25) Qual a contrapartida financeira da SES/MG e SEDS/MG para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à

saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das Equipes de Saúde e a referência para as ações da média e alta complexidade? 26) A execução da atenção básica de saúde, no âmbito das unidades penitenciárias, tem sido realizada por equipe mínima de profissionais, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário? Em caso negativo, fundamentar resposta. 27) Referidos profissionais dessas equipes de saúde prisional, em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas, cumprem sua carga horária de 20 horas semanais? Em caso negativo, fundamentar a resposta. 28) No caso de estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas o atendimento básico de saúde tem sido realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitado o mínimo da equipe padrão acima comentado? Em caso negativo, fundamentar a resposta. 29) Esses profissionais de saúde, no caso de estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas, cumprem sua carga horária de 04 horas semanais? Em caso negativo, fundamentar a resposta. 30) O kit de medicamentos da atenção básica tem sido enviado diretamente pelo Ministério da Saúde às unidades prisionais? Em caso negativo, demonstrar o fluxo operacional assistencial. 31) Há nas unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais seleção de pessoas presas para trabalharem como promotores de saúde? Em caso negativo, fundamentar resposta. 32) Quais são os valores per capita destinados ao atendimento da população prisional em Média e Alta Complexidade? Esses valores guardam condições igualitárias ao direito à saúde da população em geral? 33) Quais são os valores alocados exclusivamente pelo Fundo Estadual/Câmara de Compensação, considerando aprovação em CIB-SUS/MG? 34) O município sede de unidade prisional que não contar com capacidade instalada para os procedimentos da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar tem realizado pactuação na CIB Micro e CIB Macro, no prazo de 90 dias, para o atendimento da população das unidades prisionais localizadas no município, conforme Deliberação CIB SUS MG nº 623, de 03 de fevereiro de 2010? 35) A SEDS/MG, na forma preconizada pela Resolução nº 11, de 07 de dezembro de 2006, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), nos casos de prevenção e recuperação da saúde de pessoas acometidas por tuberculose, possui serviço de transporte específico para o serviço de saúde, destinado exclusivamente ao deslocamento de pacientes e materiais biológicos entre as unidades prisionais e as unidades de saúde e

laboratórios de referência? 36) As unidades prisionais têm realizado os exames admissionais, como parte do previsto pela Lei de Execuções Penais e como parte do protocolo de entrada no sistema penitenciário estadual, contemplando, minimamente, o elenco de ações e serviços de saúde previstos no Plano Nacional de Saúde Penitenciária? 37) As Equipes de Saúde Prisional, nas unidades com mais de 100 pessoas presas, estão devidamente registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)? Essas equipes prisionais têm recebido trimestralmente o elenco de medicamentos da atenção básica fornecidos pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria MS nº 3.270, de 26 de outubro de 2010? 38) Quando da remoção/transferência de um preso para outra unidade prisional o seu prontuário médico, devidamente atualizado, é remetido para esse estabelecimento para os fins de continuidade de seu tratamento de saúde? 39) Qual o nível de autoridade e autonomia do profissional médico de saúde para o atendimento do preso, sobretudo nas situações de urgência e emergência? 40) As unidades prisionais contam com os serviços adequados de escolta de presos para as unidades de saúde fora dos estabelecimentos penais? Existe regulamentação pela SES/MG e SEDS/MG a respeito desse importante equipamento de segurança/saúde? Em caso negativo, como tem sido feito as escoltas dos presos para essas unidades de saúde? 41) As unidades prisionais contam com aprovação da vigilância sanitária, sobretudo em face da arquitetura prisional? Qual foi a última data da inspeção? Quais foram as desconformidades apontadas? Foram sanadas? 42) Tendo em vista que o Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional contempla apenas as ações e serviços de saúde para a população prisional julgada e condenada, como fica o direito à saúde dos presos provisórios nas cadeias públicas e/ou congêneres? **Nada mais havendo**, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais. Assina a presente os participantes que manifestaram-se na presente ata.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p style="text-align: center;">NÍVIA MÔNICA SILVA <i>Promotora de Justiça - MP/MG</i> Coordenadora do CAO-DH</p>
<p style="text-align: center;">ANTÔNIO DE PADOVA MARCHI JÚNIOR <i>Procurador de Justiça – MP/MG</i> Conselheiro do Conselho de Criminologia e</p>	<p style="text-align: center;">LUCIANA CRISTINA GIANNASI <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> 13ª Promotoria de Justiça Contagem/MG</p>

Política Criminal de Minas Gerais	
PETERSON QUEIROZ ARAÚJO, Promotor de Justiça – MP/MG 2ª Promotoria de Justiça Ribeirão da Neves/MG	FELIPE GOMES DE ARAÚJO, Promotor de Justiça – MP/MG 1ª promotoria de justiça Igarapé/MG
LUCIANA PERPÉTUA CORRÊA Promotora de Justiça - MP/MG 3ª Promotoria de Justiça Igarapé/MG	FRANCISCO ANTÔNIO TAVARES JÚNIOR Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MG
KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG	NAÍLA AUGUSTA ANACLETO Coordenadora Estadual de Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
JADER GABRIEL DE SOUZA Diretor de Saúde da Superintendência de Atendimento ao Preso SAPE/SEDS/MG	TIAGO M. DE AZEVEDO Assessor da SAPE/SEDS/MG
BEATRIZ EUGÊNIA PALHARES Secretária Municipal de Saúde São Joaquim de Bicas/MG	ROSA NÚBIA V. MOURA Assessora da Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE



Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

XLV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania João Monlevade/MG

Aos vinte e cinco dias do mês de julho do ano de dois mil e treze, às 14 h, na sala de reuniões do Anfiteatro do Centro Educacional de João Monlevade, com endereço na Avenida Wilson Alvarenga, nº 830, bairro Carneirinhos, realizou-se a XLV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão dos principais problemas coletivos de saúde da Microrregião Sanitária, com foco na garantia do acesso da população, nos diversos níveis de atenção, tais como: Desdobramentos dos debates da IX Reunião de Mediação Sanitária; Insuficiência da cobertura de atendimento das equipes do PSF nos municípios; Garantia de acesso aos serviços referenciados; Fortalecimento dos plantões médicos presenciais (retaguarda); Urgência e Emergência; Discussão das demandas reprimidas de consultas especializadas; Criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de João Monlevade; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Rede de Atenção à Saúde (RAS). Participaram da reunião um total de 35 (trinta e cinco) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não, com atuação e/ou interesse no Direito à Saúde em face da Microrregião. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Emerson Henrique do Prado Martins, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade; prefeito municipal de João Monlevade, Teófilo Faustino Miranda Torres Duarte; prefeito municipal de Rio Piracicaba, Gentil Alves Costa; prefeito municipal de Nova Era, Benedito de Araújo; prefeito municipal de Bela Vista de Minas, Wilber

José de Souza; prefeito municipal de São Domingos do Prata, Fernando Rolla; Chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS em Minas Gerais, João Batista da Silva; presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas), Kátia Regina de Oliveira Rocha; Diretora da Gerência Regional de Saúde da SES/MG em Itabira/MG, Maria Tereza Pereira Hosken; representantes da Diretoria de Política e Gestão Hospitalar da SES/MG, Priscila Horta de Carvalho e Priscila Rochwerger; representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG, José Carvalhido Gaspar; Delegada Regional do CRMMG em João Monlevade, Anna Beatriz Dutra Valente Costa; presidente da associação médica de João Monlevade, Manoel Furtado de Lacerda Neto; administradora do Hospital São José de Nova Era, Anelize Alves Tuler; coordenadora do faturamento do Hospital São José, Leila Ribeiro; provedor do Hospital Margarida de João Monlevade, Mauro L. Pedrosa; assessor do Hospital Margarida, Ricardo Luis Azevedo Torres; administradora do Hospital Margarida, Girlene Mendes Lage; assessora jurídica do Hospital Margarida, Ana Cláudia Martins; representante do Hospital Margarida, Alexandra Fuscaldi Silva; contador do Hospital Margarida, Kebler Cota Júnior; assessoria de comunicação do Hospital Margarida, Arielli Vieira Lopes; assessoria de comunicação da Câmara Municipal de João Monlevade, Cíntia Araújo Silva; procurador do município de São Domingos do Prata, Vicente Garcia Lima; presidente da Câmara Municipal de João Monlevade, Guilherme Nasser Silvério; secretária municipal de saúde de João Monlevade, Andréa Peixoto Corrêa Martins; secretário municipal de saúde de Rio Piracicaba, Geraldo Martins; representante da secretaria municipal de saúde de São Domingos do Prata, Roseli Batista de Farias Garcia; secretário de saúde de Nova Era, Erlon Cristian Lopes; Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMED, Vanessa Oliveira Gonçalves; diretora do setor jurídico da prefeitura de João Monlevade, Brenda M. Damasceno Rocha; **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade, Emerson Henrique do Prado Martins** que ressaltou o fato de ser aquela reunião a segunda oportunidade em que os diferentes atores sentavam-se para discussão coletiva dos problemas de saúde. QUE não é mais possível a abordagem da saúde na perspectiva unitária, ou seja, do ponto de vista eminentemente municipal. QUE é preciso a participação de todos os diferentes atores, como, exemplos, prefeitos municipais, secretários municipais de saúde, conselheiros de saúde, prestadores, na discussão coletiva dos problemas de saúde da Microrregião Sanitária. QUE o

município de João Monlevade possui cerca de 74.655 habitantes e pólo da Microrregião de Saúde. QUE é preciso o enfrentamento dos principais problemas de saúde da Região, de modo a se buscar soluções consensuadas. QUE uma das principais causas da judicialização, tão criticada por diferentes atores, é exatamente essa dissintonia na gestão pública da saúde. QUE já enfrenta esses problemas coletivos de saúde no município há mais de 03 anos consecutivos, desde quando assumira a Promotoria de Justiça com atuação na Defesa da Saúde. QUE a atenção básica no seu município, assim como em boa parte dos municípios da Microrregião, é absolutamente deficitária, o que encarece não apenas o sistema como também o torna fragmentado, com ressonância imediata para a judicialização. QUE, sob esse enfoque, a crítica à judicialização é muito injusta. QUE considera muito importante o investimento real na atenção básica pelos municípios, conforme diagnósticos, indicadores e doutrina sanitária que apontam que esse modelo de atenção é o que mais apresenta resultados (promoção e prevenção) na assistência à saúde. QUE no município de João Monlevade há ocorrência da dupla porta na urgência e emergência, nível ambulatorial. QUE essas duas unidades não possuem entre si qualquer sintonia, ou seja, algum protocolo operacional que possa refletir na melhor organização do sistema saúde. QUE os investimentos financeiros feitos nessa porta de atenção municipal não têm dado resposta clínica às recorrentes tensões e comprometimento da garantia de acesso da população. QUE, em face disso, novamente é afluída a questão da judicialização. QUE concorda que seja feito um rápido estudo de viabilidade técnica-operacional no tocante a essas duplas portas, de modo a qualificar eventual processo decisório. QUE os plantões médicos têm sido deficitários, havendo vazios de cobertura em diversas clínicas, sobretudo pela ausência (interesse) do profissional, como, exemplo, na pediatria. QUE é preciso discutir estratégias institucionais que possam despertar o interesse do profissional de saúde, como, exemplo, da categoria médica para trabalhar no SUS. QUE na clínica pediátrica há constantes faltas de profissionais médicos, o que potencializa os confrontos e a inevitável judicialização. QUE também há falta de plantões médicos até mesmo para as urgências e emergências, nível ambulatorial. QUE os hospitais da Microrregião passam por problemas semelhantes. QUE acredita que possam ser encontradas soluções para esses diversos problemas dentro dessa ação institucional da Mediação Sanitária. QUE o Ministério Público está cada vez mais empoderado de informações coletivas de saúde, hoje de domínio público, razão pela qual os gestores de saúde devem fazer “seus deveres” locais e regionais.

Dada a palavra para o Coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis deu as boas vindas a cada um dos participantes, oportunidade em que, também, lhes explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público que, dentre outras, tem como escopo a redução das tensões, confrontos e conflitos entre os diversos atores, jurídicos ou não, com atuação no Direito à Saúde, a partir do enfrentamento dos problemas coletivos de saúde. QUE, também, outro importante objetivo da Mediação Sanitária consiste em levantar, de forma participativa (plural), as fragilidades e insuficiências do sistema, sobretudo no aspecto da regionalização, de modo que esses diferentes atores, em especial os gestores de saúde, possam se sensibilizar, mobilizar e agir pela adequada estruturação e organização das Regiões de Saúde. QUE essa importante Microrregião Sanitária foi guindada à condição de Região de Saúde, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR/MG) e Deliberação CIB-SUS/MG, integrada por 05 municípios, com população global de 133.153 habitantes, a saber: Bela Vista de Minas (10.016), João Monlevade (74.141), Nova Era (17.511), Rio Piracicaba (14.150) e São Domingos do Prata (17.335). QUE o teto financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, para cobertura das ações e serviços de saúde da média e alta complexidade, para essa Região de Saúde, é de R\$ 8.061.042,90, sendo que desses R\$ 2.289.191,73 para a população própria e R\$ 3.880.351,47 para a população referenciada. QUE esses números (indicadores) financeiros demonstram a grave responsabilidade que possui o município de João Monlevade na garantia de acesso às ações e serviços de saúde da média e alta complexidade da população adscrita. QUE o município de João Monlevade tem que assumir efetivamente sua condição de pólo (referência), reorganizando suas ações e serviços de saúde, de modo a exercer sua liderança sanitária em face dos demais municípios da Região. QUE o percentual de cobertura da atenção básica para a população de João Monlevade, conforme registro no sistema (Sala de Situação Estratégica de Saúde do Ministério da Saúde) é de apenas 46,21%, ou seja, a existência de apenas 10 Equipes de Saúde da Família. QUE a OMS preconiza uma cobertura mínima de 85% da população. QUE também a cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de João Monlevade é de apenas 50,83%. QUE na atenção psicossocial o fato se agrava ainda mais, haja vista que a cobertura de sua população é de apenas 1,34%, com existência de apenas 01 CAPS II. QUE os novos tempos exigem que sejam enfrentados esses diversos problemas de saúde, como, exemplo, a busca de uma identidade sanitária para os Hospitais de Pequeno Porte. QUE o modelo de

contratualização hoje existente, originados do Ministério da Saúde ou da SES/MG, para as ações da média e alta complexidade, é equivocado e mostra-se sem segurança jurídica. QUE é preciso fazer, com urgência, um novo modelo de contratação desses serviços assistenciais, em face dos prestadores públicos ou privados conveniados ao SUS, de modo a definir, dentre outros, as metas físicas e qualitativas de produção assistencial esperadas; eventual orçamentação global; discussão sobre pagamento por disponibilidade e não mais por produção; definição de responsabilidades sanitárias; previsão do montante da renúncia fiscal; incentivos pela cobertura do real contratado; instituição de glosas pela taxa de recusas ao real contratado; definição da relação jurídica dos profissionais médicos de saúde que somente atendem privados e planos de saúde nessas unidades de saúde subvencionadas. QUE é preciso chamar à responsabilidade para essa nova contratualização, ainda que como intervenientes, os Diretores Técnico e Clínico. QUE o Ministério Público tem contribuído, com sugestões, junto ao Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, pontos importantes que deverão constituir-se em cláusulas para esses novos contratos. QUE nos próximos dias o Ministério da Saúde deverá editar ato normativo versando sobre nova contratualização hospitalar, de modo a estabelecer esse mínimo de regras para garantia assistencial. QUE o IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização sofrerá reajustamento, contudo, estará previsto nesses novos contratos com exigência de cumprimento de contrapartida pelos prestadores. QUE também a SES/MG será Recomendada pelo Ministério Público para que faça revisão de cada uma das atuais contratações com os prestadores, de modo a impor algumas novas cláusulas que garantam a segurança jurídica das relações, com garantia assistencial para os usuários. QUE o Ministério Público, através do CAOSAÚDE, tem tido uma agenda institucional (operacional e administrativa) muito próxima com a SES/MG, visando definir a exigência legal de que todos os seus programas de saúde, com transferências voluntárias de recursos financeiros, possam ser com regras de segurança. QUE não faz sentido o investimento financeiro considerável da SES/MG, em face de seus programas de saúde, para posteriormente o prestador hospitalar negar-lhe atendimento, permanecendo, lado outro, com os investimentos que se converteram em insumos, procedimentos e equipamentos. QUE, da mesma forma, não faz sentido o pagamento do IAC aos prestadores para, posteriormente, não haver a garantia assistencial efetivamente esperada. QUE o CAOSAÚDE comunga do entendimento da obrigatoriedade da prestação de serviços SUS pelos profissionais de saúde, como, exemplo, categoria médica, que nesses ambientes hospitalares

(públicos ou conveniados ao SUS), com renúncia tributária e subsidiadas, lá permanecem exclusivamente para atendimentos particulares ou planos de saúde. QUE também a questão da carga horária dos profissionais de saúde, como, exemplo, categoria médica, deverá ser exigida nacionalmente e fiscalizada, dentre outros, pelo Ministério Público. QUE o Ministério Público Brasileiro, através da Comissão de Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), representada pela Coordenação do Grupo de Trabalho da Proteção da Saúde Pública, pretende realizar a mobilização de todos os Órgãos de Execução (federal, distrital e estadual) para fiscalização do cumprimento da jornada de trabalho contratada pelos profissionais de saúde. QUE atualmente a coordenação desse Grupo de Trabalho da Proteção da Saúde Pública é feita por este promotor de Justiça. QUE, também, estão sendo discutidas estratégias de fortalecimento da atenção básica, no sentido da definição de uma carreira pública para seus profissionais médicos, mediante concurso público e piso regional (estadual). QUE a SES/MG será a pioneira na execução dessa estratégia, com participação técnica e financeira do Ministério da Saúde, com direção por consórcio público instituído para esse fim. QUE é possível haver uma reorganização político institucional pelos 05 municípios que compõem a Região de Saúde, sob a liderança do prefeito e Gestor SUS de João Monlevade. QUE essa necessária mobilização, com definição clara dos serviços de saúde no território, a partir das necessidades de saúde, poderá ter como arranjo o próprio Consórcio Municipal de Saúde, COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde) ou Convênio de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos. QUE a estratégia da Cooperação Técnica Entre Entes Públicos, de natureza constitucional, prescinde a criação de nova figura jurídica, tal como acontece com os consórcios de saúde, de modo que os repasses financeiros são feitos fundo a fundo, permitindo-se maior transparência e fiscalização pelo controle social. QUE há um projeto em desenvolvimento de Cooperação Técnica Entre entes Públicos, apontado na reunião de Mediação Sanitária da Região de Caratinga, atualmente sob análise pela SES/MG e Ministério da Saúde. QUE é importante a instituição, com urgência, de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada por todos os secretários municipais de saúde da Região, Ministério Público, prefeitos municipais, Conselho Regional de Medicina, Superintendência Regional de Saúde, Gerência Regional de Saúde, Ministério da Saúde, Conselho de Saúde, prestadores, de modo que possam visitar cada um dos municípios, levantando os indicadores (diagnósticos) que traduzam as necessidades regionalizadas de saúde, deficiências, fragilidades, omissões e

potencialidades. QUE sugere como linha de cuidado (trabalho) para essa Comissão a atuação em face da Rede da Atenção Básica, Rede da Urgência e Emergência e Rede da Atenção Psicossocial. QUE esse desafio não é totalmente complexo, a partir do fato do tamanho (menor) da Região de Saúde e a representatividade de seus municípios. QUE esse trabalho, em forma de Relatório, poderá ser discutido e deliberado nas instâncias colegiadas (CIR, CIRA e CIB-MG), conforme Lei federal nº 12.466. QUE considera essa estratégia o melhor caminho assistencial para a Região, haja vista que o planejamento de saúde é ascendente, a partir das necessidades em saúde. QUE o Ministério Público é parceiro desse trabalho coletivo. QUE esse processo de trabalho reflete as necessidades coletivas de saúde na região, com enfrentamento dos problemas causas, o que levará, evidentemente, a diminuição das tensões, confrontos e da própria judicialização. QUE, posteriormente, esse trabalho (Relatório) poderá ser apresentado pela Comissão diretamente ao Secretário Estadual de Saúde, Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, Conselho Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. QUE o Hospital Margarida de João Monlevade, CNPJ nº 21.142.203/0001-92, instituição beneficente sem fins lucrativos, sob gestão municipal, segundo CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, possui seguintes números de leitos: 30 cirúrgicos (18 SUS); 47 clínicos (31 SUS); 04 Neonatologia (04 SUS); 02 Unidades de Isolamento (02 SUS); 31 obstétricos cirúrgicos (14 SUS); 04 obstétricos clínicos (04 SUS); 17 pediátricos (10 SUS); 10 UTI adulto tipo II (06 SUS). QUE a administração pública municipal, independentemente do passivo deixado pela anterior prefeito (pleito outubro/2012), pelo princípio da continuidade da gestão de governo, torna-se responsável pela manutenção adequada das ações e serviços de saúde. QUE a política da atenção à saúde deve ser suprapartidária, com observância do princípio da continuidade e máxima eficiência. QUE no tocante aos repasses voluntários, como exemplo, as verbas de subvenção, aprovadas por lei municipal, importante deixar evidente o princípio de legalidade e a vedação constitucional do retrocesso. QUE os Conselhos de Saúde, atualmente com regras novas, definidas pela Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, possuem função constitucional primordial na fiscalização e deliberação das ações e serviços de saúde. QUE no tocante à saúde mental o CAOSAUDE tem incentivado a operacionalização da Rede da Atenção Psicossocial, definida pela Portaria SES nº 3.206, de 04 de abril de 2012. Hoje, Minas Gerais é o único estado do Brasil com uma rede de saúde mental aprovada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº 664, de 24 de abril de 2013. QUE essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado de Minas Gerais é

composta por unidades de saúde destinadas às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. QUE com a aprovação da RAPS/MG, o Ministério da Saúde se comprometeu a repassar mais de R\$ 400.000.000,00 para financiar a prestação dos serviços de saúde mental no Estado e nos Municípios. QUE a Portaria SES nº 3.206, de 04 de abril de 2012 estabelece exatamente, essa lógica regionalizada de uma rede de atenção, com os diversos pontos de saúde em face das microrregiões, daí que deverá haver a necessária mobilização dos gestores municipais. **Dada a palavra para o prefeito municipal de João Monlevade, Teófilo Faustino Miranda Torres Duarte** deu as boas vindas a cada um dos presentes, ressaltando que havia desmarcado importantes compromissos políticos externos para participar ativamente dessa reunião. QUE reconhece a relevância dos investimentos da atenção básica, por representar maior eficiência clínica na abordagem da promoção e prevenção da saúde, evitando que a população possa ter internações sensíveis às condições da atenção primária. QUE, dentro do seu planejamento orçamentário, tem procurado fortalecer a atenção básica de seu município. QUE boa parte dos problemas de sua urgência e emergência, nível ambulatorial, é decorrente do não enfrentamento adequado da atenção básica de saúde. QUE considera importante a discussão da dupla porta da urgência e emergência, nível ambulatorial. QUE considera relevante a elaboração de um estudo técnico de viabilidade operacional e financeira para melhor qualificação do processo (decisório) quanto a esse problema da dupla porta. QUE atualmente não considera a possibilidade de que sua UPA municipal possa ser transferida para o Pronto Socorro do Hospital Margarida. QUE acha absolutamente estratégico a criação de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para levantamento dos problemas regionais, com sugestões de reorganização das ações e serviços de saúde, a partir das necessidades da população. QUE o município de João Monlevade se coloca à disposição para participação efetiva dos trabalhos dessa Comissão. QUE hoje o município de João Monlevade tem aplicado cerca de 23% de seus recursos somente na saúde pública. QUE é preciso encontrar propostas concretas que possam melhorar os gastos em saúde, com melhor prestação assistencial em toda a Região de Saúde. QUE considera fundamental a retomada das discussões do atual contrato de prestação de serviços com o Hospital Margarida. QUE ressalta a posição do Coordenador do CAOSAÚDE no sentido da exigência da recontractualização com os prestadores, com definição de cláusulas que garantam a melhor relação jurídica, segurança, responsabilidade sanitária e produção assistencial. QUE infelizmente a

Administração Municipal anterior não fez os investimentos necessários na área da saúde, inclusive, com acirramento e distanciamento com os dirigentes do Hospital Margarida. QUE é preciso ficar atento a uma agenda positiva que propicie, de forma suprapartidária, o foco no usuário. QUE o município repassa importantes investimentos financeiros para o Hospital Margarida, como, exemplo, financiamento dos plantões médicos para a urgência e emergência ambulatorial. QUE tem como meta, sobretudo para essa reconstrução, a garantia de que os equipamentos de UTI possam ser 100% SUS, tal qual vem ocorrendo em outros municípios citados nesta reunião. QUE pela garantia da universalidade, sobretudo para os atendimentos da urgência e emergência, qualquer do povo, independentemente de ser a UTI 100% SUS, terá direito ao seu acesso assistencial, mediante classificação de risco e regulação. QUE está disposto a participar de todas essas discussões, inclusive, com o resgate da responsabilidade sanitária regional de seu município pólo. **Dada a palavra para o Chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS em Minas Gerais, Dr. João Batista da Silva** ressaltou a ação institucional da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, pioneira no Brasil. QUE se sentia muito confortado naquela reunião a partir da participação (presença) de prefeitos e secretários municipais de saúde de toda a Região, interessados na solução dos problemas coletivos de saúde. QUE esse exemplo de Mediação, patrocinado pelo coordenador do CAOSAÚDE, deveria ser levado à execução em todo o Brasil, haja vista que a saúde pública, dada sua complexidade operacional, deve ser construída, de forma solidária, pelos diferentes atores com responsabilidade direta ou indireta. QUE uma das maiores causas dos problemas coletivos de saúde, com agravamento de conflitos e judicialização, está na falta do adequado planejamento de saúde, no âmbito local e regional. QUE poucos têm sido os municípios, dentro da lógica da regionalização, interessados na elaboração de um Mapa da Saúde, de modo a identificar suas iniquidades e necessidades. QUE aplaude a iniciativa e esforço do Ministério Público na criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária em cada uma das Regiões de Saúde por onde passou esse importante projeto. QUE essa ação permite que os diferentes atores, com responsabilização sanitária, possam, de forma solidária, melhor se conhecerem, compreenderem as angústias e dificuldades próprias, bem como identificar as eventuais iniquidades e necessidades de saúde, apontando para a elaboração de amplo diagnóstico (Mapa da Saúde). QUE a responsabilidade financeira pelo fortalecimento da atenção básica é tripartite. QUE o Ministério da Saúde tem cumprido adequadamente seu

papel no financiamento, mediante incentivos financeiros, da atenção básica municipal. QUE esses recursos são repassados a cada um dos municípios brasileiros, fundo a fundo, mensalmente. QUE também a SES/MG precisa fazer seus investimentos financeiros na atenção básica municipal em cada um dos 853 municípios e não apenas para aqueles contemplados com programas próprios, com transferências voluntárias. QUE a SES/MG possui responsabilidade de monitoramento e fiscalização da atenção básica em cada um desses municípios, devendo otimizar a execução do Plano Diretor da Atenção Básica. QUE não há espaço para as improvisações nos planejamentos de saúde. QUE as recentes normatizações impõem a todos uma qualificada organização dos serviços de saúde. QUE a saúde deverá ser pensada do ponto de vista da regionalização, conforme Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE não é possível a omissão no planejamento da saúde, sob as penas da lei. QUE hoje os diversos programas/indicadores, de domínio público, demonstram a produção e nível de resolubilidade, nos diversos pontos de atenção, por parte de cada um dos municípios brasileiros. QUE cita, como um dos exemplos, os indicadores disponibilizados no PMAQ. QUE não é possível a delegação da responsabilidade sanitária por seus agentes. QUE é preciso atualização constante dos registros de saúde no CNES, por ser esse uma ferramenta base, irradiador de indicadores para todo o sistema saúde. QUE o Sistema Público de Saúde, de fonte constitucional, não pode ser refém de qualquer agente ou instituição. QUE esse sistema pertence à sociedade brasileira. QUE não há mais espaços para manutenção da velha cultura de provedorias ou administradores de hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos exclusivamente pela caridade ou beneficência. QUE deverá haver profissionalização da gestão em saúde nessas unidades hospitalares. QUE concorda com a estratégia da recontratualização de todos esses prestadores, públicos ou privados conveniados ao SUS, de modo que possam ser inseridas cláusulas com regras claras que garantam a transparência, controle, fiscalização, produção, regulação, responsabilidade sanitária e adequado financiamento. QUE é preciso discutir, com urgência, mediante estudos técnicos, a dupla porta dos serviços de urgência e emergência ambulatorial existente no município de João Monlevade. QUE embora o Hospital Margarida se encontra sob gestão municipal, isso não significa que tenha o prefeito municipal que financiar o seu déficit operacional. QUE, lado outro, encontra responsabilidade municipal no adequado financiamento do Pronto Socorro do Hospital Margarida, aberto para os usuários SUS, haja vista que a UPA (na verdade Pronto Atendimento Municipal) é

insuficiente para garantia do acesso da sua população, seja pela insuficiência das clínicas e/ou ausência de plantões. QUE é preciso separar a contabilidade do Hospital com a do seu Pronto Socorro, haja vista que esse é financiado pelo município. QUE a administração hospitalar local precisa encontrar o melhor caminho para adequado entendimento com seus profissionais de saúde. QUE é preciso discutir o financiamento dos plantões médicos, numa lógica que não permita os leilões pelos municípios, daí a sugestão de que esses valores possam ser fixados uniformemente em toda a Região. QUE, lado outro, o Hospital Margarida e mesmo a população não pode ficar refém de uma situação financeira exigida muito além pelos profissionais médicos. QUE o Hospital Margarida já foi objeto de fiscalização pelo DENASUS, conforme Relatório de Auditoria nº 7274, disponível no portal do SNA – Sistema Nacional de Auditoria. **Dada a palavra para a Gerente Regional de Saúde da SES/MG, Maria Tereza Pereira Hosken** informou que a sede de sua GRS, com abrangência para toda essa Região de Saúde, está localizada no município de Itabira. QUE todos esses problemas de saúde têm sido discutidos ativamente nas reuniões da CIR – Comissão Intergestores Regional. QUE, infelizmente, há muito desinteresse nessa participação pelos municípios. QUE raramente tem a presença de algum prefeito municipal nessas reuniões. QUE, de fato, uma recorrência comum a todos esses problemas tem sido a relação com os prestadores hospitalares. QUE praticamente todos os municípios dessa Região de Saúde possuem prestador hospitalar. QUE é preciso enfrentar a execução da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. QUE a questão dos investimentos na atenção básica é muito preocupante, posto que os municípios dessa Região, como, exemplo, João Monlevade estão aquém do preconizado pela OMS e Ministério da Saúde, em face da Política Nacional da Atenção Básica. QUE o município de Bela Vista de Minas sofreu um decréscimo da cobertura da Equipe Saúde da Família, passando de 100% em 2012 para 68,81% em 2013. QUE o município de João Monlevade está com cobertura de apenas 46,21%. QUE o município de Nova Era está com cobertura de apenas 39,44%. QUE o município de Rio Piracicaba está com cobertura de 73,14%. QUE o município de São Domingos do Prata está com cobertura de 100,13%. QUE, portanto, somente o município de São Domingos do Prata tem cobertura de toda sua população na Estratégia Saúde da Família. QUE também é preciso manter a qualidade dessas Equipes, de modo que não haja vazios de seus profissionais de saúde. QUE muitas das metas pactuadas para a atenção básica não estão sendo cumpridas pelos gestores. QUE tem observado que a maioria dos gestores não dá prosseguimento às discussões

travadas, sobretudo no âmbito da CIR. QUE considera importante essa reunião de hoje, posto que conseguiu reunir cada um dos gestores e prefeitos municipais da Região. QUE considera importante a busca de uma identidade regional sanitária, mediante seu fortalecimento, com identificação e resolução de suas iniquidades, de modo a otimizar o planejamento regional da saúde. QUE o problema da ausência de profissionais na área da pediatria não é exclusiva do município de João Monlevade, mas de toda a região. QUE os prestadores hospitalares, públicos ou privados conveniados ao SUS, precisam cumprir a contratualização, bem como dar resposta assistencial às demandas. QUE o CISMED (consórcio municipal) tem atuado muito bem na região, sobretudo para o apoio municipal aos procedimentos de diagnóstico. QUE tem desenvolvido a estratégia, juntamente com todos os municípios, no fortalecimento e execução do Plano Diretor da Atenção Básica. QUE considera estratégico a ação da Mediação Sanitária, posto que agrega diferentes outros atores importantes na discussão dos problemas coletivos de saúde. QUE a GRS/ITABIRA se coloca à disposição para participação efetiva da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE solicita a realização de outras reuniões de Mediação Sanitária em face das demais Regiões de Saúde, afetas à sua Gerência Regional de Saúde (GRS). QUE essa Região de Saúde de João Monlevade precisa ser melhor reorganizada na estratégia da urgência e emergência, sobretudo porque cortada pela conhecida rodovia da morte (BR-381), com números acentuados de acidentes automobilísticos. QUE o fato de sua proximidade, em tese, com o município de Belo Horizonte, sede da Macrorregião Sanitária (Macro Centro) tem sido um dificultador. QUE não há na Região de Saúde o serviço de UTI neonatal. QUE há importantes vazios assistenciais na Região. QUE recentemente houve nova reconfiguração do PROHOSP. QUE o PROHOSP não pode perder sua garantia assistencial. QUE concorda que um dos papéis dessa Comissão de Trabalho, a ser instituída, possa ser a identificação e execução da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. QUE esses prestadores deverão assumir nova identidade sanitária, de modo a atender as necessidades de saúde na Região. QUE, cita como exemplo, o Hospital Nossa Senhora das Dores do município de São Domingos do Prata. QUE esse prestador, sob gestão dupla, é entidade beneficente sem fins lucrativos, com 49 leitos, que, no caso, poderia assumir boa parte das cirurgias eletivas da baixa e média complexidade. QUE, da mesma forma, o Hospital São José e Maternidade Senhora das Graças, entidade beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla, localizado no município de Nova Era, com 67 leitos, possui vocação para os atendimentos na cirurgia oftalmológica da Região,

haja vista que atualmente esses serviços não são feitos pelo Hospital Margarida de João Monlevade. **Dada a palavra para as representantes da Diretoria de Política e Gestão Hospitalar da SES/MG, representadas por Priscila Horta de Carvalho e Priscila Rochwerger**, avaliaram como extremamente positiva a reunião de Mediação Sanitária, sobretudo pela efetiva participação de todos os prefeitos e secretários municipais de saúde da Região, além dos profissionais e prestadores de saúde. QUE a ação da Mediação Sanitária está alinhada aos propósitos da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. QUE consideram vital a realização do planejamento da saúde, local e regional, de modo ascendente, com resultados inclusive para o melhor processo decisório para o PROHOSP. QUE a SES/MG se coloca á disposição para participação dos trabalhos que poderá ser realizados no formato da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Rio Piracicaba, Gentil Alves Costa**, ressaltou a importância da reunião de Mediação Sanitária, agradecendo o convite para que seu município estivesse presente e pudesse compartilhar suas dificuldades e necessidades em saúde. QUE considera como ressonância negativa para toda a Região de Saúde o fato de que sempre houve os desentendimentos entre o executivo municipal (João Monlevade) e a administração do prestador Hospital Margarida. QUE é o atual presidente do CISMED – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba. QUE não é tarefa fácil, seja do ponto de vista técnico ou político, dar vocação ou identidade sanitária para os prestadores na região, sobretudo os considerados HPP (Hospitais de Pequeno Porte). QUE a atual política do Ministério da Saúde é de fato não mais contribuir com os HPP não considerados estratégicos ou referências para o sistema. QUE, lado outro, concorda com o coordenador do CAOSAUDE, no sentido de que é preciso identificar um novo papel para cada um deles, de modo que também sejam estratégicos dentro do sistema de saúde. QUE não concorda com a política de fechamento dos HPP, haja vista que essa medida nem sempre é bem compreendida pela população. QUE é muito caro para um prefeito municipal eventual decisão de fechamento de sua unidade hospitalar. QUE em seu município há o Hospital Júlia Kubitschek, entidade beneficente sem fins lucrativos, sob gestão dupla. QUE esse prestador conta com 38 leitos. QUE deverão ser os municípios os responsáveis pela definição de nova identidade sanitária de seus prestadores. QUE concorda que o processo da regionalização deverá avançar, devendo, doravante, se pensar em política de saúde não mais do ponto de vista municipal e sim regionalizado. QUE concorda com a estratégia da instituição da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para levantamento de todos esses diagnósticos e

necessidades de saúde. QUE se coloca à disposição para integração dessa importante Comissão. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Bela Vista de Minas, Wilber José de Souza** também ressaltou a oportunidade da Mediação Sanitária na região, sobretudo porque conseguiu agregar cada um dos prefeitos municipais e secretários municipais de saúde, para resolução dos problemas de saúde na região. QUE é preciso melhorar a saúde nos municípios. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Nova Era, Benedito de Araújo,** fez agradecimentos pelo convite à participação do importante evento. QUE é preciso mensurar os necessários custos pelos planos de saúde para o financiamento solidário das portas da urgência e emergência ambulatorial, o que não vem sendo feito na prática, razão pela qual esses investimentos têm sido suportados pelo poder público. **Dada a palavra para o prefeito municipal de São Domingos do Prata, Fernando Rolla,** ressaltou que possui em seu município o prestador Hospital Nossa Senhora das Dores, entidade beneficente sem fins lucrativos, sob gestão estadual. QUE esse prestador possui 55 leitos, com boa estrutura de atendimento que, no caso do fortalecimento regionalizado, poderá ser estratégia para algum ponto de atenção na saúde. QUE concorda com a regionalização da saúde. QUE é preciso algumas estratégias para resolução de vários problemas. QUE os demais municípios da Região também possuem hospitais, embora considerados de pequeno porte. **Dada a palavra para o prestador Hospital Margarida** foi ressaltada a importância da Mediação Sanitária no contexto contemporâneo dos desafios da saúde pública no Brasil. QUE reconhece o grande empenho do Executivo Municipal, pela primeira vez, em aproximar-se do Hospital Margarida, de modo a encontrar soluções conjuntas para a resolução dos diversos problemas de saúde. QUE, também, há necessidade de cumprimentar o ilustre promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade que tem compreendido as dificuldades do prestador, com atuação vigorosa para a resolução dos graves problemas. QUE, anteriormente, havia atrasos consideráveis nos repasses financeiros municipais, o que comprometia ainda mais a execução das metas contratadas e a saúde financeira da entidade. QUE é preciso dar uma solução definitiva para a sociedade, cuja decisão de seu fortalecimento reflete diretamente para cada um dos municípios integrados à Região de Saúde, haja vista a referência (média e alta complexidade) retratada na PPI assistencial. QUE o município de João Monlevade é cortado pela conhecida rodovia da morte (BR-381), ainda sem duplicação. QUE são muitos os atendimentos feitos pelo prestador em decorrência desses acidentes de veículos. QUE o Hospital Margarida tornou-se o 4º prestador brasileiro em nível de

atendimento de traumas. QUE também são feitos números consideráveis de partos em face das gestantes de João Monlevade e dos municípios da região. QUE é importante a discussão aberta de eventual co-financiamento dos demais municípios da Região na garantia assistencial do Hospital Margarida, não sendo suficientes os recursos da PPI assistencial, cujo financiamento é feito pelo Ministério da Saúde, através do teto MAC. QUE não é razoável o município de João Monlevade arcar sozinho com esses recursos adicionais. QUE há muitas internações por condições sensíveis à atenção básica. QUE o nível de resolubilidade da atenção básica dos municípios na região é muito baixo. QUE concorda que seja feita uma nova contratação assistencial, com definição de regras claras que garantam a melhor relação jurídica e prestação de serviços. QUE considera importante a discussão da contratação pela disponibilidade dos serviços e não pela ótica da produção hospitalar. QUE se encontra aberto às discussões quanto às estratégias de eventual eliminação da dupla porta da urgência e emergência ambulatorial, atualmente com duplicidade de ações e gastos financeiros. QUE é preciso melhor discutir o financiamento do pronto socorro hospitalar, bem como do déficit das UTI. QUE está aberto à entrada de um profissional auditor dentro do hospital. QUE o CISMED tem sido um grande colaborador e parceiro hospitalar. QUE as contas do prestador estão abertas à verificação por auditoria municipal ou estadual. QUE o custeio financeiro ideal para manutenção do pronto socorro hospitalar é de R\$ 750.000,00 mensalmente. QUE esse custeio regular garantiria a permanência dos profissionais de saúde, em regime de plantões presenciais, nas 06 (seis) clínicas. QUE o prestador recebe atualmente subvenção municipal no valor de R\$ 200.000,00. QUE o Hospital Margarida encontra-se em negociação com os profissionais médicos, conforme reivindicação da categoria, para garantia dos plantões médicos presenciais. QUE a proposta consiste no aumento para R\$ 1.000,00 pelo plantão médico de 12 horas e de R\$ 1.200,00, por 12 horas, para os finais de semana e feriados. QUE essa proposta poderá ser executada a partir de setembro de 2013. QUE são excluídos dessa proposta o atual pagamento aos profissionais médicos de plantão pela participação na produção da AIH. QUE dos 18 (dezoito) profissionais pediatras na cidade, apenas 11 (onze) dão cobertura de plantão médico no Hospital Margarida e, desses, apenas 05 (cinco) colaboram com o plantão médico de finais de semana. QUE a partir de 1º de setembro espera conseguir plantão médico pediátrico, ininterrupto, inclusive, nos finais de semana, conforme apresentação de sua proposta de remuneração. QUE de janeiro a dezembro de 2012, a produção

assistencial do Hospital Margarida, no tocante ao número de partos e cesários realizados, foi de 1.618 procedimentos, sendo 1.151 (SUS), 35 (particular), 225 (UNIMED), 42 (ABEB), 102 (VALE), 63 (Outros Convênios). QUE de janeiro a junho de 2013, a produção de partos e cesários realizados, foi de 867 procedimentos, sendo 616 somente para o SUS. QUE, no mesmo período de janeiro a junho deste ano, a participação dos municípios da Região de Saúde, no tocante à realização de partos e cesários pelo prestador, foi de 483 (João Monlevade), 69 (Bela Vista), 69 (Rio Piracicaba), 106 (Nova Era), 35 (São Gonçalo), 71 (São Domingos do Prata), 05 (Goiabal), 02 (Barão de Cocais), 04 (Alvinópolis), 15 (Dionísio) e 08 (outros municípios). QUE foram feitas 7.512 internações pelo prestador durante o ano de 2012, a saber: 4.706 (João Monlevade), 566 (Bela Vista), 485 (Rio Piracicaba), 706 (Nova Era), 163 (São Gonçalo), 399 (São Domingos do Prata), 45 (Goiabal), 32 (Barão de Cocais), 81 (Alvinópolis), 85 (Dionísio) e 244 (outros municípios). QUE foram feitas 3.800 internações pelo prestador, no período de janeiro a junho de 2013. QUE foram feitas 45.011 consultas pelo Pronto Atendimento do Hospital Margarida no ano de 2012, sendo 34.976 (João Monlevade), 3.905 (Bela Vista), 1.656 (Rio Piracicaba), 1.640 (Nova Era), 341 (São Gonçalo), 692 (São Domingos do Prata), 83 (Goiabal), 68 (Barão de Cocais), 127 (Alvinópolis), 98 (Dionísio) e 1.425 (outros municípios). QUE, no período de janeiro a junho de 2013, já foram feitas 24.170 consultas no Pronto Atendimento do Hospital Margarida. **Dada a palavra para presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas), Dra. Kátia Rocha,** ressaltou a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE essa estratégia é muito importante para a aproximação dos diversos atores. QUE a saúde pública não se faz somente com o profissional médico. QUE é preciso discutir novas estratégias regionais, com fomento ao fortalecimento da regionalização, destacando-se os prestadores referências para o sistema. QUE haverá uma nova pactuação, ou seja, uma nova política de contratualização federal com os hospitais privados conveniados ao SUS. QUE é preciso achar soluções concretas para os HPP (Hospitais de Pequeno Porte), não na perspectiva de seu fechamento, mas de busca de uma identidade sanitária. QUE devemos estar atentos para que nessas contratualizações se busque, pelo entendimento democrático, discussões sobre o adequado financiamento pela prestação dos serviços. QUE também defende, há muito tempo, a estratégia da contratação dos prestadores pela disponibilidade dos serviços e não mais pela lógica da produção hospitalar. QUE é preciso o fortalecimento da retaguarda hospitalar, com

celebração de contratos transparentes, com metas físicas, bem como adequado financiamento dos serviços. QUE as unidades de saúde filantrópicas e sem fins lucrativos filiadas à Federassantas têm buscado a realização de uma gestão profissionalizada. QUE a Federassantas tem realizado cursos e orientações necessárias para que esse objetivo seja alcançado. QUE é possível a criação de um grupo técnico para discussão do papel da saúde suplementar dentro do Hospital Margarida. **Dada a palavra para a Dra. Ana Beatriz Dutra Valente Costa, Delegada CRMMG em João Monlevade,** agradeceu ao convite e a oportunidade da discussão coletiva dos problemas de saúde na região. QUE, sob sua coordenação, o CRMMG em João Monlevade já havia feito um amplo estudo (diagnóstico) desses principais problemas coletivos de saúde, discutidos nesta reunião. QUE coloca esses estudos à disposição da eventual Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE se coloca à disposição para participação dessa importante Comissão. QUE os problemas de saúde discutidos nesta reunião são os mesmos recorrentes há mais de 06 anos, com discussão, sem qualquer solução. **Dada a palavra para o representante CRMMG Dr. José Carvalhido Gaspar,** ressaltou seu agradecimento, em nome do presidente João Batista Gomes Soares. QUE o CRMMG tem sido parceiro do Ministério Público, por reconhecer que é preciso avançar nas melhorias das condições de trabalho, bem como na própria organização do sistema. QUE o CRMMG tem desenvolvido um projeto de visitas técnicas em cada uma das unidades de saúde, de modo a providenciar posterior diagnóstico, com apontamento das inconsistências, bem como sugestões para melhorias, devendo ser entregue diretamente ao Ministério Público, através do Dr. Gilmar de Assis. QUE sugere o aproveitamento dos estudos feitos pela Dra. Ana Beatriz Dutra Valente Costa como ponto de partida para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE concorda com a realização desse amplo planejamento regionalizado de saúde. QUE os novos contratos de prestação de serviços, originados da SES/MG ou do Ministério da Saúde, deverão observar essas necessidades de saúde, com regras claras e adequado financiamento. QUE é preciso levantar, através desse diagnóstico assistencial, os serviços de saúde que a região pode oferecer. QUE é preciso racionalizar os serviços, de modo evitar a nefasta sobreposição, com dispersão da qualificada mão de obra. QUE os recursos financeiros, a título de custeio pela produção médica ambulatorial e hospitalar, devem ser pagos às equipes, porque saúde se faz com equipe. QUE sugere a visita pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária aos trabalhos que vem sendo realizados na Região Leste (Ipatinga). QUE a Comissão de Trabalho de Mediação

Sanitária da Região Leste encontra-se com diagnóstico assistencial, qualificado, em processo adiantado. **Dada a palavra para o presidente da Associação Médica de João Monlevade, Dr. Manoel Furtado de Lacerda Neto**, ressaltou a excelente oportunidade da discussão dos diversos problemas de saúde por todos os seus interessados. QUE a classe médica não foi convidada a participar da discussão da proposta de financiamento dos plantões e sobreaviso médico pelo Hospital Margarida. QUE toma conhecimento da proposta praticamente nesta reunião. QUE a classe médica não pode ser tratada dessa forma. QUE não considera, a priori, uma boa proposta de remuneração pelos plantões médicos apresentada pelo Hospital Margarida. QUE não concorda em retirar a participação dos profissionais médicos da produção da AIH, haja vista que essa traz na sua integralidade a rubrica SP (serviços profissionais). QUE, contudo, se compromete em levar para a classe médica a proposta apresentada pelo Hospital Margarida, de modo que possam melhor discuti-la. QUE considera importante a fala dos administradores do Hospital Margarida no sentido de que a proposta não está fechada, permitindo-se melhores discussões e sugestões. **Dada a palavra para o presidente da Câmara Municipal de João Monlevade, Guilherme Nasser Silvério**, ressaltou que avalia como muito positiva a presente reunião, sobretudo pela qualificação das presenças. QUE aposta na resolução dos graves problemas de saúde na região pelo método do discurso, do consenso. QUE muitos dos problemas de saúde nos municípios têm origem na formulação da política de saúde no Ministério. QUE concorda que possamos avançar na realização dos diagnósticos como primeiro passo para os encaminhamentos. QUE será fundamental o papel a ser executado por essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **Dada a palavra para o secretário municipal de saúde de Rio Piracicaba, Geraldo Martins**, ressaltou que deve haver o encaminhamento dos pacientes para o município de referência e que seja garantido o acesso dos mesmos. Que o Pronto Atendimento deveria ser financiado pelo Sistema Único de Saúde e também pelos convênios. Porém, ressaltou ainda que os convênios somente pagam a produção médica e não pagam os plantões dos profissionais médicos, os quais são custeados somente pelo SUS. Entende que os convênios deveriam ser responsabilizados também pelos pagamentos dos plantões médicos já que os pacientes dos convênios são atendidos por médicos plantonistas. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de João Monlevade, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Gerente Regional de Saúde de Itabira

(coordenadora), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de João Monlevade (coordenador); pelas promotorias de Justiça das comarcas de Nova Era, Rio Piracicaba e São Domingos do Prata; Secretários Municipais de Saúde de Bela Vista de Minas, João Monlevade, Nova Era, Rio Piracicaba e São Domingos do Prata; o secretário executivo do CISMED; a Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; a Delegada CRMMG de João Monlevade; o representante do COSEMS Regional; representantes do Hospital Margarida; presidente do Conselho Municipal de Saúde de João Monlevade 2) O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos Promotores de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde, das comarcas de Nova Era, Rio Piracicaba e São Domingos do Prata para integração da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Macro; assim como os demais órgãos supracitados. 3) Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, mediante visitas in loco, deverá proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região, de modo a verificar, as deficiências, fragilidades e potencialidades, dentre outros, da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região. 4) Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência dos serviços de saúde da média complexidade e parte da alta complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.5) Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), no nível ambulatorial e hospitalar, de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços contratados, cobertura hospitalar, internações por condições sensíveis à atenção primária; recursos recebidos por transferências voluntárias e obrigatórias, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. 6) As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Centro, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. 7) O CAOSAÚDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de

Mediação Sanitária, com participação de cada um dos prefeitos municipais. **8)** Os trabalhos de diagnóstico assistencial já produzidos pela Delegada do CRMMG em João Monlevade poderão ser aproveitados pela respectiva Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **9)** O município de João Monlevade, sede da região de saúde, deverá assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios, de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **10)** A Comissão de Trabalho deverá, também, discutir, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: a) definição dos plantões médicos presenciais, junto ao Hospital Margarida, em cada uma das clínicas, inclusive, finais de semana e feriados, em especial na área da pediatria; b) levantamento dos custos financeiros (real) desses serviços, ambulatorial e hospitalar, em face do prestador Hospital Margarida, para oportuna pactuação tripartite, visando, se for o caso, elaboração do Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos, na forma do artigo 241 da Constituição Federal; c) estudos para implantação da unidade de UTI neonatal junto ao prestador Hospital Margarida, hoje inexistente na Região, haja vista a grande produção assistencial de partos normais e cesáreos para os municípios da Região, com vistas ao seu credenciamento na alta complexidade obstétrica; d) estudos sobre eventual aproveitamento dos prestadores (hospitais) da Região, como, exemplos, serviços da oftalmologia e cirurgias eletivas, conforme sugestão da Gerência Regional de Saúde; e) elaboração/validação dos protocolos assistenciais e fluxos operacionais das referências e contrarreferências em face de todos os prestadores da Região de Saúde; f) elaboração/validação dos protocolos assistenciais e fluxos operacionais das referências e contrarreferências em face de todos os prestadores da Região de Saúde; g) discussão e estudos técnicos para eliminação da dupla porta da urgência e emergência, ambulatorial, em João Monlevade, devendo ser considerados a boa produção de consultas realizados pelo prestador Hospital Margarida em face de sua população própria e referenciada; h) garantia de acesso dos usuários da microrregião sanitária aos serviços de saúde referenciados para João Monlevade. **10)** A Comissão de Mediação Sanitária deverá providenciar, à vista dos pontos de atenção já definidos pela Rede Estadual da Atenção Psicossocial (Portaria SES nº 3.206, de 04 de abril e 2012), aprovada pela Portaria MS nº 664, de 24 de abril de 2013, a necessária estruturação e adequação da Rede de Atenção Psicossocial, no formato da regionalização. **11)** Os municípios integrantes da Região de Saúde deverão aumentar sua cobertura (quantidade e qualidade) da atenção básica, no mínimo em 80%, meta que será discutida e fiscalizada pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, com propostas de

cronograma operacional. **12)** Os Municípios integrantes da Região de Saúde, de forma uniforme e articulada, deverão instituir Plano de Trabalho que visa o cumprimento da carga horária contratada em face dos profissionais de saúde. **13)** O Hospital Margarida deverá levantar o percentual de atendimentos e investimentos feitos pelas operadoras de planos de saúde, no nível ambulatorial e hospitalar, de modo a qualificar eventual processo decisório pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária quanto aos investimentos públicos. **14)** O Hospital Margarida deverá apresentar planilha de custos e investimentos, para os fins da proposta do plantão médico presencial, nas 06 (seis) clínicas, no valor de R\$ 750.000,00 mensalmente, devendo submetê-la, no prazo de até 10 dias, para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. Havendo concordância, poderá ser discutida a melhor estratégia (metodologia) para o financiamento adicional tripartite, como, exemplo, o Convênio de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos. **15)** O CAOSAÚDE e o Município de João Monlevade deverão facilitar a execução dos trabalhos da Comissão de Mediação Sanitária, inclusive com suporte logístico (veículo e motorista) para condução da Equipe a cada um dos municípios da Região. **16)** O CAOSAÚDE providenciará remessa de cópia da presente ata para todos os participantes, com as deliberações feitas, bem como para o Ministério da Saúde, SES/MG, Conjur/MS, AMM, Conselho Estadual de Saúde, Comissão de Saúde da ALMG, CONASS, CONASEMS, Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais, Fórum Permanente da Saúde de Minas Gerais e presidência da Associação Mineira dos Municípios (AMM) e imprensa em geral. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>EMERSON HENRIQUE DO PRADO MARTINS Promotor de Justiça, com atuação na Defesa da Saúde da comarca de João Monlevade</p>
<p>TEÓFILO FAUSTINO MIRANDA TORRES DUARTE Prefeito municipal de João Monlevade/MG</p>	<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS em Minas Gerais</p>
<p>MARIA TEREZA PEREIRA HOSKEN Gerente Regional de Saúde da SES/MG</p>	<p>JOSÉ CARVALHIDO GASPAR representante Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais-CRMMG</p>
<p>PRISCILA HORTA DE CARVALHO representante da Diretoria de Política e Gestão Hospitalar da SES/MG</p>	<p>PRISCILA ROCHWERGER representante da Diretoria de Política e Gestão Hospitalar da SES/MG</p>
<p>GENTIL ALVES COSTA Prefeito Municipal de Rio Piracicaba/MG</p>	<p>WILBER JOSÉ DE SOUZA Prefeito Municipal de Bela Vista de Minas/MG</p>
<p>BENEDITO DE ARAÚJO Prefeito Municipal de Nova Era/MG</p>	<p>FERNANDO ROLLA Prefeito Municipal de São Domingos do Prata/MG</p>
<p>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas)</p>	<p>GUILHERME NASSER SILVÉRIO Presidente da Câmara Municipal de João Monlevade/MG</p>
<p>ANA BEATRIZ DUTRA VALENTE COSTA Delegada Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais em João Monlevade/MG</p>	<p>MANOEL FURTADO DE LACERDA NETO Presidente da Associação Médica de João Monlevade/MG</p>

<p><i>MAURO L. PEDROSA</i> Provedor do Hospital Margarida de João Monlevade/MG</p>	
--	--



ATA REUNIÃO

XLVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania

Município de Matozinhos

20. Desdobramento da XXX Reunião

Ao primeiro dia do mês de agosto do ano de dois mil e treze, às 14 horas, no salão do Tribunal do Júri do Fórum da comarca de Matozinhos, com endereço na Praça do Rosário, 61, bairro centro, realizou-se a 47ª Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, **em desdobramento a 30ª Reunião de Mediação Sanitária**, realizada no dia 18/02/2013, sob a coordenação do Ministério Público, para discussão específica do prestador filantrópico Hospital Wanda Andrade Drumond, mantido pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Matozinhos, CNPJ nº 20.984.258/0001-87, Inscrição Estadual Isenta, Inscrição Municipal nº 0.952, com sede na Avenida Caio Martins, nº 210. Participaram da reunião um total de 19 (dezenove) pessoas, dentre representantes de órgãos/entidades, jurídicos ou não, pessoas físicas ou jurídicas, diretamente ligadas à área da saúde pública, podendo ser citados os seguintes: coordenador do CAO-SAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis; Isabela de Carvalho, promotora de Justiça da comarca de Matozinhos; Sayonara Marques Issa, Juíza de Direito da comarca de Matozinhos; Antônio Divino de Souza, prefeito municipal de Matozinhos; João Batista da Silva, Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS; Kátia R. Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG; Marsileidy Siqueira Leandro da Silva, secretária municipal de saúde de Matozinhos; Zelia Alves Pezzini, presidente da Câmara Municipal de Matozinhos; Fernando Andrade da Silva Lemos, procurador geral do município; Jorge Antônio da Cruz, Comissão Interventora; Sidnéia Pereira

Figueiredo, Comissão Interventora; Antônio de Pádua Soares, vice-prefeito do município de Matozinhos; Cláudio Afonso Moreira, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Matozinhos; José das Dores Braz, vereador municipal; Antônio José Carvalho, vereador municipal; Roberto Lara Pereira, presidente do Conselho de Segurança Pública Municipal – CONSEP e Romero Carvalho Júnior, Secretário de Defesa Social. **A reunião foi aberta pela Promotora de Justiça Isabela de Carvalho** que ressaltou, dentre outras, seu agradecimento ao projeto de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE o Hospital Wanda Andrade Drumond, conveniado ao SUS, filantrópico, sem fins lucrativos, encontra-se sob intervenção judicial, em ação movida pelo Ministério Público, visando a garantia dos serviços de saúde para a população local e adscrita. QUE há sérios problemas de saúde no tocante à assistência hospitalar no município. QUE esse prestador se encontrava fechado para a comunidade, desde a forte crise financeira e de gestão por ele suportada. QUE recentemente esse prestador foi reinaugurado, contudo, sem qualquer ressonância assistencial prática. QUE, de fato, os serviços hospitalares continuam precários e sem cobertura assistencial para a população em face das quatro clínicas. QUE é preciso levantar, de forma objetiva, quais têm sido os empecilhos (técnicos, financeiros e políticos) para seu adequado funcionamento. QUE concorda com a solução drástica de liquidação da entidade hospitalar caso não sejam superados os obstáculos entraves para seu adequado funcionamento. **Dada a palavra para o Coordenador do CAOSAÚDE, Promotor de Justiça Gilmar de Assis**, ressaltou tratar-se essa reunião de Mediação Sanitária um desdobramento da 30ª reunião ocorrida no dia 18/02/2013. QUE é muito importante a presença dos parceiros dessa ação institucional de Mediação Sanitária, de modo que, de forma solidária, possam ser encontradas soluções para os diversos problemas coletivos. QUE a presença do Poder Judiciário na reunião, na pessoa da MM. Juíza Sayonara Marques Issa, em muito qualifica a ação de mediação sanitária. QUE é possível uma solução por consenso dos graves problemas que afetam o bom funcionamento do Hospital local. QUE é importante uma ação solidária, suprapartidária, compartilhada, de modo que esse prestador possa voltar a ser a referência para a saúde da população de Matozinhos e de municípios da região. QUE os problemas de financiamento e de gestão vivenciados pela instituição precisam ser superados com estratégia e participação plural. QUE o município de Matozinhos possui governança sobre seus prestadores, haja vista que detentor da denominada Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). QUE os recursos financeiros para o financiamento da média e alta complexidade,

originados do Ministério da Saúde, são repassados mensalmente diretamente para o Fundo Municipal de Saúde de Matozinhos. QUE o atual teto financeiro da PPI assistencial, repassado pelo Ministério da Saúde, é de R\$ 1.934.950,39, sendo que destes R\$ 1.408.904,27 para a população própria e de R\$ 177.93,00 para a população referenciada. QUE esses recursos financeiros têm sido retidos pelo Fundo Municipal de Saúde, haja vista que não tem havido produção assistencial pelo prestador local. QUE o atual fechamento dessa unidade hospitalar agrava toda a rede assistencial, com reflexos diretamente para a Macro Centro, em especial para o município de Belo Horizonte. QUE é preciso muito cuidado e estratégias coletivas pelos Gestores, nos diversos níveis, haja vista que o fato de fechamento de alguma unidade hospitalar no território, não implica necessariamente a abertura de novos leitos nos municípios referência. QUE seu fechamento acaba por impactar o planejamento de saúde e mapa de leitos do município de Belo Horizonte. QUE também a credibilidade do prestador é bastante afetada, de modo a dificultar posterior estratégia de contratação de profissionais de saúde para sua ação executiva. QUE é preciso seu fortalecimento como retaguarda hospitalar do SUS, de modo que possa cumprir, de forma adequada, suas metas físicas e cobertura hospitalar, nas 04 clínicas. QUE considera positiva a decisão municipal, conforme deliberação coletiva na 30ª Reunião de Mediação Sanitária, de eliminação da dupla porta para atendimento das urgências e emergências, nível ambulatorial. QUE, nesse sentido, a transferência do PAM – Pronto Atendimento Municipal, com financiamento público municipal, para atuação junto ao prestador hospitalar foi muito positiva, com economia de recursos financeiros e racionalização do corpo clínico. QUE é preciso que as partes (Município e Prestador) celebrem, com clareza e definição de papéis, a relação jurídica contratual necessária, em face da fusão dessas portas da urgência e emergência ambulatorial. QUE nessa contratação deverá ser definida qual das partes será responsável pela administração do PAM. QUE o município deverá continuar investindo na atenção básica, de modo a não sobrecarregar os demais pontos de atenção, como, exemplo, o PAM – Pronto Atendimento Municipal como opção de porta de entrada no sistema. QUE não é razoável o papel de consultas médicas pelos profissionais do PAM, em situações que não são de urgência e emergência. QUE é preciso buscar um regime de plantão médico presencial para cada uma das clínicas, em especial a obstetrícia e clínica médica. QUE considera muito importante a participação financeira do município de Matozinhos, conforme autorização por lei municipal, a subvencionar o prestador para manutenção de suas atividades. QUE considera haver um poder

dever por parte do município nessa subvenção, haja vista sua atual gestão de governança do prestador (gestão municipal). QUE, em face dessas circunstâncias, não é possível deliberar sobre a suspensão desses recursos financeiros, em face da vedação do retrocesso constitucional. QUE o hospital local, conforme dados extraídos dos sistemas oficiais, não possui eficiência nas ações executivas, conforme pactuação, com baixa densidade operacional, sem identidade na tipologia da atenção. QUE a Comissão Interventora do prestador, nomeada judicialmente, deverá adotar, com urgência, as providências junto à Justiça do Trabalho, haja vista a data marcada (22/08) para leilão de equipamentos de saúde, para suportar as variadas reclamações trabalhistas. QUE considera importante a participação da Federassantas no sentido de se abrir imediato diálogo com a presidência do Tribunal Regional do Trabalho (TRT), nos moldes dos precedentes feitos com prestadores filantrópicos de Belo Horizonte e Oliveira, visando a unificação das execuções e instituição de um fundo financeiro garantidor dos pagamentos dos créditos trabalhistas. QUE é preciso definir uma estratégia de planejamento para enfrentamento da atual dívida do prestador, próxima de R\$ 4.000.000,00, originada das reclamações trabalhistas e fornecedores. QUE é preciso definir estratégia financeira para o imediato funcionamento do prestador local, devendo, nesse caso, dar suporte a sua provisão de despesas (mensal) no valor de R\$ 310.615,00. QUE para essa provisão é importante lembrar os atuais R\$ 72.000,00 repassados (mensal) pelo município e os recursos do teto MAC, no valor de R\$ 112.000,00, repassados pelo Ministério da Saúde. QUE a diferença para se alcançar a proposta apresentada pelo prestador, visando o funcionamento ininterrupto das quatro clínicas, inclusive, com garantia de plantão médico presencial em cada delas, deverá ser buscada na forma compartilhada e solidária pela sociedade, municípios adscritos, SES/MG e Ministério da Saúde. QUE o CAOSAUDE se compromete a remeter para o município de Matozinhos proposta exitosa de Convênio de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos, na forma do artigo 241 da Constituição Federal, visando a superação desse desafio financeiro. QUE o prestador, juntamente com o município, deverá repensar sua identidade sanitária. QUE no caso de os recursos financeiros, hoje alocados, serem insuficientes para manutenção das quatro clínicas, deveria se pensar na estratégia emergencial (provisória) de regulação desses serviços, como, exemplo, obstetrícia, por outro município na região. QUE é preciso avaliar proposta de o prestador passar a ser 100% SUS, observado, evidentemente, remuneração por disponibilidade dos serviços e complementação financeira. **Dada a palavra para a**

MM. Juíza da comarca de Matozinhos, Sayonara Marques Issa, ressaltou a importância da presença de todos para discussão amigável do problema coletivo enfrentado pela unidade hospitalar local. QUE é muito relevante a discussão sobre o prisma da mediação sanitária. QUE é preciso levantar, objetivamente, os pontos discordantes e empecilhos para o real funcionamento do prestador nas suas 04 clínicas. QUE essas dificuldades devem ser trazidas à tona, de modo que os pontos adversos sejam discutidos e resolvidos. QUE o prestador deverá mensurar sua capacidade operacional, ou seja, avaliar em quais clínicas de fato tem condições de dar respostas adequadas para a população local e para a da referência. QUE não é possível aceitar proposta assistencial nas quatro clínicas, se na prática os recursos financeiros disponibilizados são insuficientes para essa garantia real, o que provoca ineficiência nos serviços. QUE em pouco tempo após a reabertura do hospital os problemas de ineficiência assistencial já se mostraram contundentes.

Dada a palavra para o prefeito municipal de Matozinhos, Antônio Divino de Souza, também enfatizou a relevância da Mediação Sanitária. Ressaltou que o ideal fosse que hoje estivéssemos nos congratulando pelos serviços produzidos pelo hospital. QUE concorda com o Coordenador do CAOSAUDE ao reafirmar o papel do município de governança, supervisor e de fiscalizador de seus prestadores. QUE foi o município o responsável pela governança do prestador local quando da sua intervenção judicial pelo Ministério Público. QUE o município sempre se considerou como o interventor dessa ação judicial, com responsabilidade pela fiscalização da comissão interventora, inclusive, com poder de indicação de um dos seus membros. QUE uma de suas funções seria avaliar até mesmo o desempenho das pessoas indicadas para figurar nessa comissão interventora. QUE, não obstante, parecer ter havido um grave equívoco quanto a essas disposições, haja vista que o Ministério Público interveio novamente nos autos do processo para aclarar o afastamento do município de Matozinhos dessa comissão interventora. QUE é preciso, então, definir se o município possui ou não, por força daquela decisão judicial, o papel de interventor daquele prestador hospitalar. QUE logo no início de sua gestão municipal, em janeiro de 2013, sua maior preocupação, conforme programa de governo defendido, sempre foi com a saúde pública. QUE elevou o valor da subvenção social destinada para o prestador local logo no início de sua administração, definida ainda quando da transição de governo, passando-a para o valor mensal de R\$ 72.000,00. QUE atualmente o município repassa o valor mensal de R\$ 100.000,00 para o prestador, de modo a compensar os meses sem essa contemplação, limitado ao valor anual de R\$ 720.000,00. QUE discorda da fala da

interventora Sidinéia Pereira Figueiredo ao afirmar que a reabertura do hospital local, em data de 24/06, foi sem planejamento municipal. QUE, de fato, houve por parte do município adequado planejamento, inclusive, com suporte de profissionais de saúde. QUE infelizmente considera que a atual comissão interventora não tem sido capaz de realizar a adequada administração hospitalar. QUE também não entende os motivos pelos quais o hospital ainda não está em funcionamento. QUE a decisão política municipal de fusão das portas ambulatoriais (PAM e Pronto Socorro do hospital) resolveu boa parte dos plantões médicos presenciais. QUE a pessoa por ele indicada para atuação como espécie de supervisor junto à comissão interventora, foi por ela convidada a se retirar do hospital. QUE não obstante sua gestão de governança do prestador é categórico em afirmar que o município não tem acesso ao hospital. QUE não considera que o papel municipal seja apenas de mero pagador dos serviços assistenciais. QUE possui respeito para com a comissão interventora. QUE, lado outro, considera fundamental a demonstração da eficiência dos serviços da administração hospitalar. QUE não há pela comissão interventora uma sintonia operacional em face dos profissionais médicos. QUE o setor de faturamento hospitalar precisa ser mais transparente e qualificado. QUE há profissionais médicos que estão recebendo por não trabalhar. QUE no seu entender há notória falta de gestão profissional hospitalar. QUE a comissão interventora não está atendendo as expectativas da sociedade e do juízo. QUE são os profissionais médicos quem tem definido sua proposta de pagamentos. QUE foi por isso que solicitou judicialmente a troca de algum dos membros da comissão interventora. QUE a administração municipal está sendo vítima de matérias jornalísticas infundadas e plantadas por alguns dos interessados nesse prejuízo. QUE rechaça a proposta de funcionamento apenas das clínicas anestesia e pediatria no município, enquanto que a obstetrícia fosse regulada para outros municípios. QUE entende como responsabilidade do prestador, à vista da contratualização, a garantia dos serviços nas quatro clínicas, em especial a obstetrícia. QUE na eventual regulação dos serviços em obstetrícia para outros municípios, por força de decisão judicial, entende que o valor mensal da subvenção também deveria ser repensado. **Dada a palavra a Comissão Interventora, na pessoa de Sidinéia Pereira Figueiredo**, ressaltou a relevância da atuação do Ministério Público na defesa da saúde, em especial da mediação sanitária. QUE quando de sua designação, em 16/04, imediatamente providenciou reunião com os atores interessados, representados pelo prefeito municipal, seu colega Jorge Antônio da Cruz e o Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais,

dentre outros. QUE também houve reunião com os representantes profissionais médicos, inclusive, com a participação do Dr. João Batista da Silva, Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais. QUE nessa ocasião houve acerto com a categoria dos profissionais médicos quanto ao valor dos plantões presenciais, inclusive, com elaboração de Plano Operativo, envolvendo os serviços das quatro clínicas. QUE foi definido o valor de R\$ 220.000,00 pelos serviços de plantões médicos naquelas clínicas, com exceção da cirúrgica. QUE haverá uma reunião, no próximo dia 15/08, com os profissionais médicos, haja vista que estariam recusando o acordo anteriormente feito, visando maior complementação financeira para esses plantões. QUE ficou definido que na clínica cirúrgica não haveria a modalidade de plantão médico presencial, mas de sobreaviso, mantendo-se os plantões para as clínicas anestesia, pediatria e obstetrícia. QUE houve questionamento da comissão interventora junto ao prefeito municipal e secretária municipal de saúde quanto ao tempo curto para reinauguração do hospital, haja vista a necessidade de fechamento do planejamento das atividades e contratação dos profissionais de saúde. QUE não havia sequer os serviços de água, energia elétrica e telefone disponíveis para a data lançada para a reinauguração. QUE no dia da reabertura os equipamentos de saúde disponíveis e documentação administrativa encontravam-se em completa desordem. QUE houve inventário dos bens do prestador, comparecendo ao local um Oficial do Ministério Público. QUE um dos membros da comissão interventora (Sr. Walyssom) renunciou de seu cargo no dia 13/05, não sendo substituído. QUE desde então a comissão interventora tem trabalho diuturnamente para superação dos graves problemas. QUE estiveram na COPASA para discussão da dívida com esse fornecedor. QUE há muita confusão quanto aos papéis dos atores, devendo ser esclarecido que a comissão interventora se reporta diretamente ao Juízo (Ministério Público e MM. Juíza). QUE não houve qualquer acerto trabalhista pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância, mantenedora do hospital local. QUE os recursos, inclusive, rendas financeiras do hospital vem sendo sistematicamente penhorados pela Justiça do Trabalho para garantia dos créditos reclamados pelos trabalhadores. QUE o hospital não possui qualquer recurso financeiro, correndo o risco de no próximo dia 22/07, ver outros equipamentos sendo leiloados pela Justiça do Trabalho. QUE até mesmo o recurso de R\$ 2.000,00 conseguido pelo prefeito municipal junto às empresas e repassado para o prestador local, pode ser depositado. QUE houve a criação de um CNPJ específico para a Comissão Interventora, de modo a poder livremente administrar a unidade de saúde hospitalar. QUE essa providência foi fundamental a fim de

superar a responsabilidade das pessoas físicas da comissão interventora, de modo a fazer, como exemplo, os pagamentos necessários e assinatura de contratos de gestão. QUE a imprensa local fez matéria altamente prejudicial ao bom andamento dos serviços, ao divulgar que a criação desse CNPJ seria para a comissão interventora “dar calote” nos fornecedores e créditos trabalhistas. QUE devido a essa divulgação praticamente todos os contatos e pré-contratos feitos foram desfeitos pelos fornecedores e profissionais de saúde. QUE houve um retrabalho pela comissão interventora no sentido de procurar cada um deles de modo a lhes repassar credibilidade quanto ao planejamento real das atividades. QUE tem encontrado muita dificuldade na exigência municipal de cadastramento dos profissionais médicos do PAM junto ao CNESS, de modo a considerá-los também cadastrados para a unidade hospitalar. QUE não obstante os fatos novos, como, exemplos, o fechamento do hospital, intervenção judicial e sua reabertura, o instrumento da contratualização permaneceu o mesmo, dispondo sobre metas físicas e qualitativas, bem como cobertura hospitalar, em face das quatro clínicas médicas. QUE além desse contrato (antigo), foi celebrado outro com o município de Matozinhos, cujo objeto é o da subvenção mensal de R\$ 72.000,00. QUE esse último contrato não se refere aos serviços ambulatoriais (urgência e emergência) prestados pelo PAM e financiados pelo município. QUE, no caso de o município entender conveniente a gerência e administração dos serviços do PAM, hoje em porta única, pelo prestador hospitalar, deverá haver um novo contrato, com detalhamento sobre os serviços e financiamento. **DADA A PALAVRA AO CHEFE DO SEAUD/MG/DENASUS, João Batista da Silva**, ressaltou que todos precisam melhor entender o significado de uma intervenção judicial. QUE os direitos e obrigações decorrentes dessa intervenção judicial, de observância obrigatória, devem ser efetivamente cumpridos pelos responsáveis. QUE em todas as suas visitas anteriores junto ao município e comissão interventora, conforme convites feitos, foram no sentido de apoiar e subsidiar a melhor reorganização dos serviços hospitalares e melhoria da relação jurídica entre município e prestador. QUE nessas ocasiões não agiu como auditor, razão pela qual não foi feita relatório de auditoria assistencial. QUE considera relevante a proposta feita pelo Coordenador do CAOSAUDE no sentido de o município melhor avaliar sua condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, dadas as especificidades regionais, escala de serviços, teto financeiro, dentre outros. QUE não obstante o fato de o prestador encontrar-se sob gestão municipal, sugere a abertura de diálogo político e institucional com a SES/MG e Ministério da Saúde, haja vista a ressonância da falta desses serviços de

natureza hospitalar para a população de Matozinhos e dos municípios referenciados. QUE não há dúvidas do impacto desse fechamento para o próprio município de Belo Horizonte, sobretudo para procedimentos de média complexidade que deveriam estar sendo resolvidos no âmbito microrregional. QUE é preciso aclarar, mediante protocolos operacionais, os serviços ambulatoriais de urgência e emergência após eliminação da dupla porta, ou seja, da realocação do PAM junto ao prestador hospitalar. QUE essa entrada (fusão) complexifica todo o processo. QUE considera insuficiente o valor mensal da subvenção municipal, haja vista que o custeio médio de qualquer unidade de saúde de urgência e emergência ambulatorial fica em torno de R\$ 300.000,00. QUE o município precisa avançar, quantitativamente e qualitativamente, na atenção básica, não sendo razoável o atual processo de os profissionais médicos do PAM procederem consultas médicas eletivas para a população. QUE, não obstante as dificuldades financeiras do município, é preciso melhor avaliar o valor mensal dessa subvenção, sobretudo porque o prestador encontra-se sob gestão municipal. QUE também a sociedade e a Câmara de Vereadores poderá contribuir nesse processo de adequado financiamento. QUE no município de Oliveira/MG houve por bem a Câmara de Vereadores, no exercício de sua responsabilidade social, contribuir financeiramente com parte da subvenção para o prestador local. QUE participou ativamente das reuniões feitas com os profissionais médicos no sentido da prestação dos serviços na entidade hospitalar, com definição, inclusive, dos valores acordados pelos plantões médicos. QUE considera um grave equívoco a atual postura dos profissionais médicos em desconsiderar os entendimentos (acordos) anteriormente feitos, sem justificativa plausível, passando a exigir (agora) um valor maior do que o anteriormente fixado em R\$ 220.000,00. QUE considera esse comportamento duvidoso e aético, razão pela qual sugere que esse fato seja comunicado ao CRMMG. QUE a comissão interventora possui papel diferenciado da proteção jurídica, cabendo ao profissional Advogado uma atuação firme e decisória para resolução dos graves problemas enfrentados. QUE considera importante a imediata contratação de profissional (jurídico), bem como de administrador hospitalar para essa otimizada gestão. QUE considera necessária a provocação da SES/MG no sentido de posicionar-se quanto à importância ou não do prestador local no SUS, em face de sua atuação nessa microrregional. QUE, nesse sentido, a SES/MG também precisa colocar recursos financeiros para alavancar os serviços desse prestador. QUE houve um equívoco na fala do prefeito municipal ao supor que seu supervisor hospitalar (controle e avaliação) tenha

responsabilidade de chefia ou gerenciamento na comissão interventora. QUE o município não pode ser interventor, mas gestor do SUS. QUE a Câmara Municipal tem autoridade e poder dever para melhor investigar os acontecimentos adversos como, exemplo, instauração de CPI. QUE o prestador local somente continuará crescendo, apesar dos graves desafios, sobretudo os financeiros, se houver respeito entre ele e o município, mediante proposta suprapartidária. QUE é importante o resgate da credibilidade do prestador hospitalar. QUE hoje a saúde não pode ser tratada com amadorismo, uma vez que tudo é percebido, sobretudo através do Mapa da Saúde. QUE considera importante chamar a atenção dos demais municípios no entorno, bem como SES/MG e Ministério da Saúde, para formação de uma ampla agenda positiva que possa dar suporte financeiro para que os serviços das quatro clínicas voltem a funcionar adequadamente, alcançando, inclusive, os plantões médicos presenciais. QUE considera importante que na eventual recontratualização seja observada uma relação que não remunera pela produção assistencial e sim pela disponibilidade dos serviços. QUE em face das mudanças das regras de contratualização pelo Ministério da Saúde, inclusive, alcançando o IAC (incentivo de adesão à contratualização), deverá haver em todo o Brasil a obrigatoriedade da recontratualização, razão pela qual surge como bom momento para essa ampla discussão na relação jurídica com o prestador local.

Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Matozinhos, Marsileidy Siqueira Leandro da Silva, agradeceu pela oportunidade da Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE o município, ao contrário do sustentado pela comissão interventora, participou ativamente, com planejamento, da reabertura do hospital local. QUE desde o início da administração, posteriormente com a decisão judicial pela intervenção, o município não tem poupado esforços no sentido da superação dos graves problemas de saúde enfrentados pelo prestador. QUE participou ativamente de várias reuniões com a comissão interventora e profissionais de saúde. QUE houve por parte da administração uma discussão responsável, com definição “passo a passo” do processo de reabertura do hospital e superação dos problemas. QUE até o presente momento não houve por parte da comissão interventora qualquer apresentação de proposta de planejamento das atividades para o município. QUE infelizmente tem agido na improvisação, sem rumo e sem planejamento estratégico. QUE houve sim ampla discussão, por ocasião da decisão de eliminação da dupla porta dos serviços ambulatoriais de urgência e emergência (PAM e pronto socorro hospital), dos processos operacionais e financeiros dessa nova relação jurídica. QUE a responsabilidade

pela reabertura do hospital sem a necessária retaguarda assistencial foi da comissão interventora que, no caso, não se planejou adequadamente para isso. QUE o município será o responsável pela administração dos serviços junto ao PAM. QUE o acesso dos usuários aos leitos hospitalares, após passagem pelo PAM, observa a regulação SUSFácil. QUE o município de Matozinhos reconhece que precisa avançar na qualificação da atenção básica, mas limitado ao seu orçamento. QUE o município fez adesão ao programa federal Mais Médicos, com solicitação de 04 profissionais. QUE não se sente segura em repassar os recursos do teto MAC, atualmente depositados no Fundo Municipal de Saúde, para o prestador, haja vista que não houve produção assistencial. QUE a atual contratualização se baseia na produção assistencial e não na disponibilidade dos serviços. QUE considera razoável discussão com o prestador sobre nova forma de recontratualização, como, exemplo, por disponibilidade dos serviços, desde que haja para isso autorização legal. QUE hoje somente poderá repassar esse dinheiro do teto MAC se houver o mínimo de 70% da produção pactuada. QUE o prestador não possui grade fechada para os serviços prestados pelas clínicas. QUE o município tem sido o responsável pelos insumos na assistência farmacêutica não apenas do PAM mas também do próprio prestador. QUE é preciso melhorar essa relação jurídica entre PAM e prestador, haja vista que hoje o município, apesar da eliminação da dupla porta, continua a gastar mais com a manutenção desses serviços. QUE anteriormente o gasto com os serviços do PAM era de R\$ 300.000,00 mensais. QUE os profissionais médicos (clínicos) do PAM também dão suporte retaguarda para os serviços do prestador hospitalar. **Dada a palavra para a presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Kátia Rocha,** esclareceu que é preciso discutir, com clareza, a relação jurídica do PAM junto ao hospital. QUE o próprio Ministério da Saúde tem se esforçado para que nessas relações jurídicas junto aos prestadores (contratualização), se observe o pagamento pela disponibilidade dos serviços e não mais pela produção assistencial. QUE é preciso um planejamento emergencial para pagamento dos créditos trabalhistas, bem como dos fornecedores. QUE na alocação dos novos recursos é preciso pensar nessa estratégia de constituição de um fundo garantidor para pagamento dos créditos trabalhistas. QUE também será necessário discutir essa aprovação, com urgência, nos Juízos de Trabalho e TRT/MG. QUE não considera razoável, em face das peculiaridades vivenciadas pelo prestador, a retenção dos recursos do Teto MAC pelo Fundo Municipal de Saúde. QUE esses recursos federais têm sido repassados,

de forma ininterrupta, mensalmente. QUE poderá haver sim, dada a autonomia político administrativa do município, decisão de liberação desses recursos para o prestador, modificando-se as regras da contratualização para pagamento por disponibilidade dos serviços. QUE concorda com a elaboração de um Plano Operativo operacional para melhor definição dos papéis assistenciais do PAM e prestador hospitalar. QUE não concorda com a redução da subvenção municipal no caso de eventual referenciamento dos serviços da clínica obstétrica, em caráter provisório, para outro município no território. QUE atualmente é o prestador hospitalar quem arca com os custos de lavanderia, esterilização, energia, água e telefone dos serviços do PAM. **Dada a palavra para a presidente da Câmara Municipal de Matozinhos, Zélia Alves Pezzini**, ressaltou que as tensões entre o prestador e o município prejudicam em muito a saúde da população. QUE concorda em levar à discussão da Câmara Municipal proposta de o legislativo poder ajudar financeiramente o custeio mensal do prestador, ainda que em caráter emergencial. QUE deverão ser repensadas as vantagens e desvantagens com a realocação do PAM para a porta de entrada hospitalar, haja vista que a população em geral é a que mais tem sofrido com a falta desse acesso. **Dada a palavra para o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Matozinhos, Cláudio Afonso Moreira**, foi dito que deveria ser melhor refletida a estratégia de referenciamento dos serviços da clínica obstétrica para outros municípios, ainda que provisoriamente, em face das dificuldades financeiras para suportar a provisão de despesas feitas pelo prestador. QUE não fará sentido a manutenção dos serviços assistenciais do hospital local praticamente para a clínica médica, o que contribuirá para a sua baixa remuneração pelos serviços de AIH's. QUE concorda com a estratégia de se buscar o valor restante para complementação da provisão de despesas (planilha) feita pelo prestador junto à sociedade e demais municípios no entorno. **HOUVE AINDA MANIFESTAÇÕES pelos demais presentes. EM RESUMO**, foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** A Comissão Interventora do Hospital Wanda Andrade Drumond, designada por força de decisão judicial, nos autos do processo de intervenção, deverá ser recomposta, em face da exoneração de um de seus membros. Para tanto, cuidará o Ministério Público local de fazer essa indicação nos autos do processo judicial. **2)** A Comissão Interventora deverá prestar contas de sua gestão diretamente ao Juízo da comarca, em especial ao Ministério

Público. Contudo, sempre que requisitada, na forma legal, deverá prestar informações sobre essas atividades, haja vista o controle e avaliação municipal; bem como a exigência da publicidade dos gastos de recursos públicos conveniados ao SUS, conforme Lei federal nº 12.527 (lei da transparência). 3) Fica esclarecida que a relação jurídica do município em face do prestador hospitalar local, dada a repercussão da decisão judicial que promoveu sua intervenção judicial, não é a de interventor, mas de regulador, com seus desdobramentos legais. 4) A Comissão Interventora, juntamente com o apoio fundamental da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas), deverá adotar, com urgência, as medidas acautelatórias necessárias em face da decisão judicial (Justiça do Trabalho) de leilão de equipamentos de saúde, prevista para o próximo dia 22/08 do corrente, para garantia dos créditos trabalhistas. 5) A Comissão Interventora deverá, entre outros, trabalhar com a lógica do precedente criado em face do prestador hospitalar do município de Oliveira/MG, devendo instituir um fundo garantidor dos créditos trabalhistas, com provocação da presidência do TRT/MG, visando a reunificação das execuções trabalhistas, garantia dos pagamentos desses créditos ao limite mensal do fundo garantidor e a sobrevida assistencial da unidade hospitalar. 6) A Comissão Interventora deverá providenciar gestão profissionalizada da unidade hospitalar, dados os graves desafios multifatoriais para seu fortalecimento assistencial, devendo, se for o caso, decidir pela contratação de serviços advocatícios e de administração hospitalar. 7) A Comissão Interventora deverá informar o Ministério Público local, bem como o CAOSAÚDE, dos resultados da reunião agendada para o dia 15/08 do corrente ano, com os profissionais médicos, visando o resgate e definição da proposta anteriormente validada quanto ao custeio dos profissionais médicos pelos plantões médicos presenciais. 8) O município deverá, no prazo de até 10 dias, comunicar a Comissão Interventora, bem como ao

Ministério Público local e CAOSAÚDE, quanto proposta oficial de assumir ou não a gerência e administração do Pronto Atendimento Municipal (PAM). Por decorrência, no prazo de até 30 dias, deverá providenciar imediata celebração de relação jurídica contratual adequada, com transparência, em face da eliminação da dupla porta dos serviços ambulatoriais de urgência e emergência (PAM e pronto socorro hospitalar), inclusive, de plano operativo operacional para regulação dos fluxos assistenciais com o prestador hospitalar. **9)** O município deverá refletir, inclusive, se for o caso, mediante consulta junto ao setor próprio da Associação Mineira dos Municípios (AMM), conforme sugestão feita pelo próprio prefeito municipal, quanto a sua manutenção no status de governança de prestadores, ou seja, na denominada Gestão Plena do Sistema Municipal, de tudo informando ao Ministério Público local. **10)** O município de Matozinhos, através de seu prefeito municipal e secretária municipal de saúde, promoverá uma reunião com todos os prefeitos dos municípios referenciados (entorno), no próximo dia 12/08 do corrente ano, para discussão do fortalecimento da retaguarda assistencial do hospital local, com plantões médicos presenciais, mediante a complementação financeira proporcional, sem prejuízo da participação da sociedade local, SES/MG e Ministério da Saúde. Restou deliberada a necessidade (hoje) de uma complementação financeira mensal no valor de R\$ 98.000,00 para satisfação da proposta de provisão de despesas, bem como daquele fundo garantidor. O instrumento legal para essa pactuação poderá ser via consórcio público ou através do Convênio de Cooperação Técnica entre Entes Públicos, ambas as formas previstas no artigo 241, da Constituição Federal. Deverá informar o Ministério Público local do resultado dessa reunião. **11)** A presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas) providenciará, no prazo de até 15 dias, remessa de minuta de instrumento de contratualização federal ou

estadual para a Secretaria Municipal de Saúde de Matozinhos para subsidiar-lhe na decisão, doravante, de proposta de pagamento do prestador pela disponibilidade dos serviços e não mais pela lógica da produção assistencial. Essa estratégia visa a construção de parceria construtiva entre o município e o prestador hospitalar local, haja vista os repasses federais, mensalmente, do teto MAC pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. **12)** O município deverá investir no fortalecimento de sua atenção básica, em especial na cobertura mínima de 80% de sua população na Estratégia Saúde da Família. A atual situação de atendimentos de consultas eletivas pelos profissionais de saúde do Pronto Atendimento Médico – PAM, com vocação para procedimentos ambulatoriais de urgência e emergência, deverá ser considerada emergencial, de natureza provisória. **13)** O município, através da Secretaria Municipal de Saúde, bem como o prestador hospitalar, deverão implantar, no prazo de até 60 dias, a classificação de risco (Manchester) nos seus pontos de atenção. Para tanto, poderão receber o apoio técnico e operacional da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **14)** O CAOSAÚDE providenciará agenda de reunião com o Secretário Estadual de Saúde para que, em conjunto com a Promotoria de Justiça da comarca de Matozinhos, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeito Municipal, Comissão Interventora do Hospital, dentre outros, possam discutir necessário apoio técnico e financeiro para fortalecimento daquela unidade de saúde como referência para a população local e municípios adscritos. Essa articulação, dentre outras, visa a obtenção de medida reparatória pela sua exclusão de beneficiado com a Rede Resposta (retaguarda hospitalar das urgências e emergências), no colar metropolitano. **15)** O CAOSAÚDE providenciará remessa de minuta de Convênio de Cooperação Técnica entre Entes Públicos para o município de Matozinhos, de forma que possa avaliar a participação dos demais municípios referenciados no fortalecimento da retaguarda assistencial do hospital local, sem

prejuízo da participação financeira da SES/MG e Ministério da Saúde. Nada mais havendo, deu-se encerrada a reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p>ISABELA DE CARVALHO <i>Promotora de Justiça - MP/MG</i> Comarca de Matozinhos</p>
<p>SAYONARA MARQUES ISSA Juíza de Direito da Comarca de Matozinhos</p>	<p>ANTONIO DIVINO DE SOUZA Prefeito Municipal de Matozinhos</p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor Chefe do SEAUD/MG/DENASUS</p>	<p>KATIA R. OLIVEIRA ROCHA Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da FEDERASSANTAS/MG</p>
<p>MARSILEIDY SIQUEIRA LENDRO DA SILVA Secretária Municipal de Saúde</p>	<p>FERNANDO ANDRADE DA SILVA LEMOS Procurador Geral do Município</p>
<p>SIDINÉIA PEREIRA FIGUEIREDO Comissão Interventora</p>	<p>JORGE ANTÔNIO DA CRUZ Comissão Interventora</p>
<p>ZELIA ALVES PEZZINI Presidente da Câmara Municipal de Matozinhos</p>	<p>CLÁUDIO AFONSO MOREIRA Conselho Municipal de Saúde de Matozinhos</p>



ATA REUNIÃO

L Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania **Montes Claros/MG**

Aos dezoito dias do mês de setembro do ano de dois mil e treze, às 13 h, no auditório da Câmara Municipal de Montes Claros, com endereço na Avenida João Luiz de Almeida, nº 40 – Centro, realizou-se a L Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, para *discussão sobre os principais problemas coletivos de saúde em face da Microrregião Sanitária de Montes Claros. Reorganização das ações e serviços regionais de saúde. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Fortalecimento dos plantões médicos presenciais (retaguarda). Urgência e Emergência. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Rede de Atenção à Saúde (RAS). Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional.* Participaram da reunião um total de 58 (cinquenta e oito) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não, com atuação e/ou interesse no Direito à Saúde em face da Microrregião. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; João Paulo Alvarenga Brant, promotor de Justiça de

Defesa da Saúde da comarca de Montes Claros; Paulo Márcio da Silva, promotor de Justiça, Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa do Patrimônio Público e da Ordem Econômica e Tributária; Guilherme Roedel Fernandez Silva, promotor de Justiça, Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa do Patrimônio Público e da Ordem Econômica e Tributária; Ruy Adriano Borges Muniz, Prefeito Municipal de Montes Claros; Geraldo Edson Souza Guerra, Secretário Municipal de Saúde de Montes Claros; Kátia Regina de Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); Itagiba de Castro Filho, Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG; João Batista da Silva, Auditor chefe do Serviço de Auditoria do DENASUS-MG; Ana Carolina Leão, Assessora jurídica da Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros; Paulo César G. de Almeida, Provedor do Hospital Aroldo Tourinho; Laerte Matheus, presidente do COSEMS Regional em Montes Claros; Heli de Oliveira Penido, Provedor da Santa Casa de Montes Claros; Antônio Batista Medeiros, Diretor da Santa Casa de Montes Claros; Antônio Cezar dos Santos, Superintendente do Hospital São Lucas; Ana Paula Nascimento, da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Ricardo Assis Alves Dutra, Assessor Jurídico da SES/MG; Andréia Oliveira de Paula Murta, da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG; Juliana Colen de Paula Costa, representante da Associação Mineira dos Municípios (AMM); Edite de Oliveira Santos, Ouvidora da Secretaria Municipal do Município de Pintópolis/MG; Diran Rodrigues Souza Filho, Assessor da Prefeitura Municipal de Montes Claros; Maria Fernanda M. Martins, Advogada da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES; Luciene Alves de Freitas, Advogada; Maria Eduarda Silveira Brito, estagiária do Consórcio Regional de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas – CISRUN; Rosane Versiani de Aguiar, Superintendência Regional de Saúde

de Montes Claros; Juliano Lucas Sousa Silva, Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros; Marilda Marlei Barbosa, Procuradora do Município de Montes Claros; Paulo Renato Denucci, Diretor-Técnico da Santa Casa de Montes Claros; Alfredo Prates Neto, Núcleo Regional de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros; Marlúcia de Fátima Maia, Coordenadora de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros; José Alves de Almeida, da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros; José Geraldo Kojak Leão Cangussu, Conselho Municipal de Saúde; Adriana Inácia Ferreira, Administração do Hospital Aroldo Tourinho; Idelfonso Pereira, Vereador Municipal de Montes Claros; Adilson Medeiros Pereira, da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Dalton Max Fernandes Oliveira, Santa Casa de Montes Claros; Maysa Cássia Martins Soares, Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros e Presidente da Associação dos Amigos Santo Antônio de Montes Claros; Valdivino A. Souza, Vereador Municipal de Montes Claros; Felipe Afonso dos Santos, usuário de Montes Claros; Warley da Silva Gusmão, usuário de Montes Claros; Josefa Ferreira, da Secretaria Municipal de saúde de Montes Claros; José Otávio Barros Lima, Superintendente do Hospital Universitário – Unimontes; Wagner de Paulo Santiago, Provedor-adjunto do Hospital Aroldo Tourinho; Roberto Rodney Ferreira Júnior, Hospital Universitário Clemente de Faria; Cláudio Henrique Rebello Gomes, Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Wanêssa Moura Silva, da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Guilherme Quaresma dos Santos, da Prefeitura Municipal de Montes Claros; Frederico Willer Souza Silva, da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Manoel Silvério Neto, da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros; Leandro Lula, da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Gina Tanúria, da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Maria de Lourdes Paiva, da Federação das Santas Casas e

Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Eduardo R. Madureira, da Assessoria da Câmara Municipal de Vereadores de Montes Claros. (...) **EM SEGUIDA, considerando o fato da duração da reunião, iniciado às 13 horas e encerrado às 21 horas, de forma ininterrupta, sem obtenção de consenso com o município de Montes Claros, no que se refere, dentre outros, aos processos de contratualização com seus prestadores hospitalares conveniados ao SUS; fato da retenção de recursos financeiros de programas, incentivos e da própria contratualização (produção MAC), com reflexos para os municípios e população da Região Norte e Plano Operacional de Assistência, foram discutidos e aprovados pelos presentes, por maioria, os seguintes pontos:** 1) Fica criada uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde (coordenadora); Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Montes Claros (coordenadora); Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macro Norte; Delegado Regional do CRMMG; presidente do COSEMS Pirapora/Januária; Representação dos prestadores hospitalares; Conselho Municipal de Saúde; presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Vereadores; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Hospital Universitário; Gerência Regional de Saúde Pirapora/Januária. 2) Essa Comissão poderá ser integrada, mediante convite, por Secretários Municipais de Saúde, prestadores e Ministério Público dos municípios/comarcas integradas da micro e macrorregião de Saúde. 3) A Comissão deverá estabelecer cronograma de reuniões ordinárias em face de seus membros, para resolução dos problemas coletivos, emergenciais da saúde pública, no âmbito micro e macrorregional, com vista a sua reorganização, no escopo das políticas públicas definidas pelas legislações, podendo, se for o caso, formular convite à participação do

CAOSAÚDE, SES/MG, MS e DENASUS. **4)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária poderão ser integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional da Região de Saúde Norte, desde que apreciadas e validadas, em reunião ordinária, da CIR e CIRA, na forma legal. **5)** Dentre outros assuntos, deverá a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária discutir sobre os seguintes assuntos: **a)** fortalecimento da Atenção Básica na Região de Saúde, de modo que possam ser evitadas as crescentes internações por condições sensíveis à atenção primária, sobretudo junto aos prestadores referência da alta complexidade. **b)** apresentação de propostas de identidade sanitária para cada um dos prestadores (hospitais) na Região de Saúde, podendo, se for o caso, aproveitar os indicadores produzidos pela SRS/GRS existentes na Região de Saúde; **c)** discussão das estratégias de criação da Rede de Atenção Psicossocial, por microrregião de Saúde. Nessa hipótese, visando a racionalização dos finitos recursos, deverá ser criada a partir do funcionamento de um CAPSAd III regional, com funcionamento nas 24 horas, em todos os dias da semana. Nessa lógica de organização, deverá ser proporcionalmente financiado por todos os municípios, por meio de Convênio de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos; **d)** discussão e proposta de participação financeira dos municípios da microrregião, proporcionalmente, em caráter complementar, no custeio e fortalecimento da referência hospitalar, conforme exigidos pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS nº 3.390 e 3.410, de 30 de dezembro de 2013). Para tal, deverá ser identificado, em cada uma das Microrregiões de Saúde, a existência de pelo menos um prestador hospitalar, classificado como porte II para a Rede de Urgência e Emergência, de modo a fixar, dentre outros, os atendimentos da clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, traumatologia-ortopedia, gineco-obstetra (no caso de também ser referência para a maternidade regional); **e)** garantir a prestação de serviços ao SUS, na forma da

Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, por TODO o corpo clínico, haja vista as características de prestador privado regulado, subsidiado por recursos públicos. Os casos não atendidos deverão ser comunicados ao Ministério Público local, para os fins de direito; **f)** Proceder levantamento da necessidade real de leitos UTI, em cada uma das Microrregiões de Saúde, de modo que, em oportuna reunião de Mediação Sanitária, possa ser deliberado sobre Plano de Ação Estadual que vise, dentre outros, expansão e melhoramentos nessa política, com redução das iniquidades assistenciais; **g)** Exigir a atualização das informações em saúde, em especial do número real de leitos, no SCNES, a partir da relação dessas inconsistências constatadas pela Central de Regulação Assistencial da SES-MG. **6)** O CAOSAÚDE remeterá cópia desta ata da Mediação para ciência do Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, solicitando-lhe a estudos técnicos que visem a revisão do PDR-MG, com relação às microrregiões da Região Norte, haja vista as grandes distâncias entre os municípios adscritos, com ressonância para os atendimentos de urgência e emergência de alta complexidade, cujos principais prestadores hospitalares encontram-se situados em Montes Claros. **7)** A promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Montes Claros oficiará ou elaborará Recomendação Administrativa para a Câmara Municipal de Montes Claros, fazendo-se necessária interpretação do artigo constante da Lei Orgânica do Município que, no caso, mostra-se equivocada, sem distinções conceituais, nas figuras de “contrato” e “convênio”, de modo a evitar seu questionamento junto à Procuradoria de Controle de Constitucionalidade do MPMG. Essa disposição tem condicionado todo e qualquer repasse financeiro, originado do Fundo Nacional de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde, a uma aprovação em lei municipal para que sejam pagos os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, de Montes Claros. **8)** Ficam desde já recomendados os prestadores hospitalares, conveniados ao SUS, de

Montes Claros, no sentido de não assinar as minutas de “Termos de Convênios”, elaborados pelo município de Montes Claros, de forma unilateral, verdadeiros “contratos de adesão”, sem discussão prévia com os prestadores a respeito das metas/indicadores qualitativos e quantitativos, sem viabilidade econômico-financeira. **9)** Fica o município de Montes Claros, representado pelo Chefe do Executivo e Secretário Municipal de Saúde, presentes durante todo o tempo nesta reunião de Mediação Sanitária, recomendados a proceder a devolução imediata de todos os recursos financeiros retidos, relativos à produção, programas e incentivos, federal e estadual, devidos aos prestadores hospitalares de Montes Claros, conveniados ao SUS, sem autorização normativa e ciência da SES/MG e Ministério da Saúde, sob pena de ajuizamento de ação de obrigação de fazer, cumulada com responsabilidades administrativas, civis e criminais, pelo ato arbitrário, sem lastro de legalidade. **10)** Fica o município de Montes Claros, representado pelo Chefe do Executivo e Secretário Municipal de Saúde, advertidos de que essa retenção indevida de recursos financeiros, devidos aos prestadores hospitalares de referência regional para a média e alta complexidades, tem atingido inclusive apropriação de recursos da Assistência Ambulatorial/hospitalar da população referenciada (municípios da Região Norte). **11)** Ficam o Chefe do Executivo e Secretário Municipal de Saúde de Montes Claros advertidos de que, não havendo o atendimento voluntário, o Ministério Público (Federal e Estadual) providenciará, sem prejuízo de responsabilização judicial, Recomendação Administrativa para o Ministério da Saúde e SES-MG, para os fins de suspensão de sua condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), conforme legislação SUS em vigor, assim como requerimento de tomada de contas especial no Fundo Municipal de Saúde de Montes Claros. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p>JOÃO PAULO ALVARENGA BRANT Promotor de Justiça, de Defesa da Saúde da comarca de Montes Claros/MG</p>
<p>PAULO VINÍCIUS DE MAGALHÃES CABREIRA Promotor de justiça, de Defesa do Patrimônio Público da comarca de Montes Claros/MG</p>	<p>PAULO MÁRCIO DA SILVA Promotor de justiça da Coordenadoria Regional de Defesa do Patrimônio Público e Ordem Tributária da comarca de Montes Claros/MG</p>
<p>ALLAN VERSIANI DE PAULA Procurador da República da Procuradoria da República do município de Montes Claros/MG</p>	<p>RUY ADRIANO BORGES MUNIZ Prefeito Municipal de Montes Claros/MG</p>
<p>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas)</p>	<p>ITAGIBA DE CASTRO FILHO, Conselheiro Regional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais CRMMG</p>
<p>JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor chefe do serviço de auditoria do SUS de MG - DENASUS</p>	<p>GERALDO EDSON SOUZA GUERRA Secretário Municipal de Saúde de Montes Claros/MG</p>
<p>LAERTE MATHEUS Presidente do Cosems Regional em Montes Claros/MG</p>	<p>PAULO CÉSAR G. DE ALMEIDA Provedor do Hospital Aroldo Tourinho</p>
<p>HELI DE OLIVEIRA PENIDO Provedor da Santa Casa de Montes Claros/MG</p>	<p>ANTÔNIO CEZAR DOS SANTOS Superintendente do Hospital São Lucas</p>
<p>RICARDO ASSIS ALVES DUTRA Assessor Jurídico da Secretaria de Estado de Saúde de MG</p>	<p>ANDRÉIA OLIVEIRA DE PAULA MURTA Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG</p>
<p>JULIANA COLEN DE PAULA COSTA Representante da Associação Mineira dos Municípios (AMM)</p>	<p>MARIA EDUARDA SILVEIRA BRITO Consórcio Regional de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas – CIS RUN</p>
<p>PAULO RENATO DENUCCI Diretor-Técnico da Santa Casa de Montes Claros/MG</p>	<p>MARLUCIA DE FÁTIMA MAIA Coordenadora de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros/MG</p>

<p>JOSÉ GERALDO KOJAK LEÃO CANGUSSU Representante do Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros/MG</p>	<p>ADRIANA INÁCIA FERREIRA Administração do Hospital Aroldo Tourinho de Montes Claros/MG</p>
<p>IDELFONSO PEREIRA Vereador da Câmara Municipal de Montes Claros/MG</p>	<p>VALDIVINO A. SOUZA Vereador da Câmara Municipal de Montes Claros/MG</p>
<p>JOSÉ OTÁVIO BARROS LIMA Superintendente do Hospital Universitário – Unimontes – Montes Claros/MG</p>	<p>WAGNER DE PAULO SANTIAGO Provedor Adjunto do Hospital Aroldo Tourinho de Montes Claros/MG</p>
<p>MARIA DE LOURDES PAIVA Assessoria da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas)</p>	<p>MARIA FERNANDA M. MARTINS Advogada da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES</p>



ATA REUNIÃO

LI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Contagem/MG

Aos sete dias do mês de outubro do ano de dois mil e treze, às 13 h, na sala de reuniões do edifício sede das Promotorias de Justiça da comarca de Contagem, com endereço na Rua Capitão Antônio Joaquim da Paixão, nº 285, Contagem, realizou-se a LI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para discussão dos *principais problemas coletivos de saúde na Microrregião Sanitária de Contagem. Redes de Atenção à Saúde (RAS). Fortalecimento regional. Diagnóstico Hospitalar (PRO-Hosp). COAP Temático. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Atenção Obstétrica e Neonatal. Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macrorregional.* Participaram da reunião um total de 14 (quatorze) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Fabiano Mendes Cardoso, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Contagem; Nélio Costa Dutra Júnior, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte; Ricardo Rocha de Faria, Secretário Municipal de Saúde de Contagem; Débora Ramos de Souza, assessora jurídica da Secretária Municipal de Saúde de Ibirité; Andréia Oliveira de Paula Murta, da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG; Juliana Colen, representante da Associação Mineira dos Municípios (AMM); Rosa Núbia Vieira de Moura, Assessora da Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE; Cícero Luiz Camargos, Instituto Mário Penna; Rubens Macedo Gomes, Fundação Municipal de Saúde de Contagem; Maria Eliana Cardoso Soares, Hospital Municipal de Contagem; Lêda

Freitas, Secretária Adjunta de Saúde do município de Ibirité; Kátia Regina de Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Laís de Souza Piuzana, CAOSAÚDE; Marineide Chaves Andrade, CAOSAÚDE. **A reunião foi aberta pelo Coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, oportunidade em que lhes explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. Ressaltou a atuação resolutiva do Ministério Público, com participação democrática, solidária, compartilhada pelos diversos atores, jurídicos ou não, visando a construção de adequadas políticas públicas, de modo programático, com redução das tensões, confrontos e conflitos entre eles (judicialização). QUE recentemente tivemos importantes regulamentações na área da saúde pública, através de leis federais e decretos, razão pela qual todos os atores sociais devem se submeter à sua obrigatória observância. QUE a Microrregião de Contagem, integrada pelos municípios de Contagem, Ibirité e Sarzedo, com população total de 796.126 habitantes, constitui-se Região de Saúde, conforme definição dada pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais – PDR/MG e Deliberação CIB-SUS/MG. QUE a Microrregião de Contagem faz parte da Macro Centro com sede em Belo Horizonte. QUE o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no seu artigo 5º, determina que, para instituição de uma Região de Saúde, deverá conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, ainda vigilância em saúde. QUE considera fundamental essa reorganização das ações e serviços de saúde, na lógica do fortalecimento regionalizado. QUE um dos principais desafios na gestão pública de saúde consiste exatamente na operacionalização da diretriz constitucional da descentralização e regionalização. QUE as recorrentes demandas individuais de saúde, com reflexos na criticada judicialização, decorrem fundamentalmente pelo não enfrentamento adequado das causas (problemas) coletivas de saúde e, por conseqüência no processo organizativo regionalizado pelos diferentes gestores de saúde. QUE as instâncias colegiadas, criadas pela Lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, como exemplo as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são ainda muito incipientes, com resultados pouco positivos na lógica da gestão associada (regionalização). QUE atualmente muitas das Regiões de Saúde, micro ou macrorregionais, têm funcionado na lógica fragmentada, solitária, com reflexos imediatos para a boa oferta coletiva das ações e serviços de saúde. QUE há falta de leitos especializados, como UTI neonatal e

pediátrico, em toda a Macro Centro, razão pela qual deverá ser incentivado o processo de descentralização desses equipamentos de saúde, de modo que cada uma das Regiões de Saúde, como, exemplos, Contagem e Betim, possam ser estruturadas adequadamente, atendendo a população local/regional. QUE o Ministério Público, através do CAOSAÚDE, pretende iniciar estratégia de fiscalização e de exigência na qualificação, em cada Região de Saúde de Minas Gerais, de um Centro Materno Infantil (Maternidade Regional), de modo que sejam evitados os serviços da atenção obstétrica e neonatal por municípios que não preenchem os requisitos mínimos da RDC Anvisa nº 36, de 2008. QUE a qualificação desses serviços, com redução da mortalidade materno infantil, constitui-se um dos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). QUE, também, há necessidade urgente de discussão quanto aos limites, competências e atuação executiva dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. QUE os serviços da Rede de Urgências e Emergências devem ter seu funcionamento na lógica da Resolução SES nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que instituiu as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência. QUE a Deliberação CIB-SUS/MG nº 888, de 17 de agosto de 2011, aprovou o desenho, a metodologia e a região de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências Macro Centro. QUE, por sua vez, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011 aprovou o financiamento inicial da Rede de Cegonha e o financiamento da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Estado de Minas Gerais. QUE os municípios de Contagem e de Ibirité, integrantes da Região (micro) foram contemplados com recursos financeiros importantes definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011. QUE o município de IBIRITÉ foi contemplado com os seguintes recursos financeiros, exclusivamente de NATUREZA FEDERAL, definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG: a) Investimento, no valor de R\$ 300.000,00, para a sua Rede Cegonha; b) R\$ 4.188.375,00 para seus 45 (quarenta e cinco) leitos retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências; c) R\$ 62.050,00 para ampliação custeio para qualificação dos leitos existentes; d) R\$ 829.440,00 para serviço de atenção domiciliar (SAD), visando constituição da EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; e) R\$ 72.000,00 para serviço de atenção domiciliar (SAD), visando constituição da EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio; f) R\$ 2.100.000,00 para Hospital Municipal de Ibirité, no bloco UPA – Unidade de Pronto Atendimento. QUE, no tocante ao CUSTEIO ESTADUAL, por força dessa mesma Deliberação CIB-SUS/MG, para reforço da porta de entrada hospitalar da Macro

Centro, referente ao município de IBIRITÉ, foi definido o valor anual de R\$ 1.200.000,00 (Hospital Municipal de Ibirité). QUE o município de Contagem, sede da microrregião de saúde, integrado à Macro Centro de Belo Horizonte, por força dessa Deliberação CIB-SUS/MG, foi contemplado com os seguintes recursos financeiros, de NATUREZA FEDERAL: a) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – qualificação da UTI neonatal (custeio – R\$ 1.055.404,00); b) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – habilitação de novos leitos UTI neonatal (custeio – R\$ 1.051.200,00); c) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – UCI neonatal (custeio – R\$ 551.880,00); d) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – Leito Canguru (custeio – R\$ 105.120,00); e) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – qualificação de leitos obstétricos para atenção à gestação de alto risco (custeio – R\$ 1.341.375,00); f) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – habilitação de novos leitos de UTI adulto (custeio – R\$ 211.080,96); g) REDE CEGONHA – Maternidade Municipal de Contagem – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (Investimento – R\$ 44.000,00). QUE, no tocante ao CUSTEIO ESTADUAL, para o bloco da REDE CEGONHA, destinado para o município de Contagem, nos seguintes termos: a) REDE CEGONHA – Maternidade Regional de Contagem – qualificação da UTI neonatal (custeio – R\$ 558.414,81); b) REDE CEGONHA – Maternidade Regional de Contagem – habilitação de novos leitos UTI neonatal (custeio – R\$ 262.800,00); c) REDE CEGONHA – Maternidade Regional de Contagem – UCI neonatal (custeio – R\$ 137.970,00); d) REDE CEGONHA – Maternidade Regional de Contagem – qualificação de leitos obstétricos para atenção à gestação de alto risco (custeio – R\$ 513.936,78); e) REDE CEGONHA – Maternidade Regional de Contagem – habilitação de novos leitos de UTI adulto (custeio – R\$ 52.770,24). QUE no tocante ao CUSTEIO FEDERAL, para o bloco das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro (Rede de Atenção às Urgências), destinado para o município de Contagem, nos seguintes termos: a) Hospital Municipal de Contagem – Hospital Especializado tipo II – R\$ 3.600.000,00 anual; b) Hospital Municipal de Contagem – Leitos de Retaguarda - Ampliação de novos leitos clínicos – R\$ 6.375.637,50; c) Hospital Municipal de Contagem – Leitos de Longa Permanência – R\$ 279.225,00; d) Hospital Municipal de Contagem – UTI adulto – R\$ 525.600,00; e) Hospital São José – UTI adulto – R\$ 2.628.000,00. QUE no tocante ao CUSTEIO FEDERAL, para o bloco Ampliação do Custeio dos Leitos Existentes da Rede de Atenção às Urgências, destinado para o município de Contagem, nos seguintes termos: a) Hospital Municipal de

Contagem – Leitos Clínicos - R\$ 1.861.500,00; b) Hospital Municipal de Contagem – Leitos UTI adulto – R\$ 580.472,64. QUE no tocante ao CUSTEIO FEDERAL, para o bloco Serviço de Atenção Domiciliar - EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) da Rede de Atenção às Urgências, destinado para o município de Contagem, no valor de R\$ 2.488.320,00. QUE no tocante ao CUSTEIO FEDERAL, para o bloco Serviço de Atenção Domiciliar - EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio) da Rede de Atenção às Urgências, destinado para o município de Contagem, no valor de R\$ 144.000,00. QUE no tocante ao CUSTEIO FEDERAL, para o bloco Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Rede de Atenção às Urgências, destinado para o município de Contagem, nos seguintes termos: a) UPA SEDE, tipo I, no valor de R\$ 1.200.000,00; b) UPA Petrolândia, tipo I, no valor de R\$ 1.200.000,00; c) UPA JK, tipo III, no valor de R\$ 3.600.000,00; d) UPA Ressaca, tipo II, no valor de R\$ 2.100.000,00; e) UPA Industrial (nova), tipo III, no valor de R\$ 6.000.000,00. QUE NÃO há CUSTEIO ESTADUAL, por força da referida Deliberação CIB-SUS/MG, para o município de Contagem, embora integrado à Macro Centro. QUE, segundo Diagnóstico Hospitalar da SES/MG – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG – PRO-HOSP, no exercício de 2012, foram os seguintes indicadores produzidos pelo Hospital Municipal de Contagem: a) porte e ocupação hospitalar superior a 100% dos leitos SUS; b) produção hospitalar, com internações acima de 6.000, sendo a taxa de internações desnecessárias de 22,30%; c) internações por clínica básica (2.157 cirúrgica, 3.014 médica e 1.129 pediátrica); d) tempo médio de permanência de 8,76 dias; e) mortalidade institucional de 9,95%; f) mortalidade infantil hospitalar de 0,59%; g) internações de referência (5.480 internações para população própria, o que corresponde a 87% e apenas 820 internações para a população referenciada, o que corresponde a 13%). QUE quanto a esse baixo percentual de atendimento da população referenciada, destaca-se que dos R\$ 64.080.073,70 repassados, anualmente, pelo Fundo Nacional de Saúde, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde de Contagem, para a atenção da média e alta complexidade, cerca de R\$ 9.773.267,86 pertencem aos municípios com população referenciada para Contagem. QUE o Hospital Municipal de Contagem recebe incentivos do PRO-HOSP, de NATUREZA ESTADUAL, totalizando até 2012, o valor de R\$ 3.569.800,75. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Contagem, Ricardo Rocha de Faria,** destacou que reconhece a baixa atenção do município de Contagem, nos serviços da média e alta complexidade, no tocante à população dos municípios que referenciam seus serviços para Contagem. QUE a Maternidade de

Contagem, em construção, deverá ser de atenção regional, de modo a atender a população dos municípios não somente da microrregião como de outros interessados, mediante remanejamento da PPI assistencial. QUE a Maternidade Regional de Contagem terá condições para realização de 800 partos mensalmente, com UTI neonatal e pediátrico, com mais 150 novos leitos. QUE, hoje, os serviços da atenção obstétrica e neonatal executados pela Maternidade Municipal de Contagem, no interior do Hospital Municipal de Contagem, ficam comprometidos pela própria estrutura física (projeto arquitetônico). QUE esse novo centro especializado também fará consultas ginecológicas. QUE o término das obras da Maternidade Regional de Contagem está previsto para o dia 08 de março de 2014. QUE depois do término da construção, uma nova articulação solidária com cada um dos entes governamentais será necessária, visando a estruturação (equipamentos) da Maternidade Regional de Contagem, próxima de R\$ 18 milhões. QUE o Poder Judiciário tem que ser mais sensível às demandas da judicialização, não sendo razoável, conforme caso concreto apontado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ibirité, nesta reunião, que venha determinar, por exemplo, realização de cirurgia de angioplastia, com colocação de stent farmacológico, a ser realizada no prestador de Ibirité. QUE as decisões judiciais, se por um lado são necessárias para garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, por outro lado, podem desorganizar o sistema público. QUE concorda prontamente com o coordenador do CAOSAUDE no sentido de que esses serviços especializados da atenção obstétrica e neonatal devem ser feitos na lógica da regionalização, de modo a impedir risco sanitário à saúde das gestantes por prestadores em municípios que não observam, dentre outros, a RDC ANVISA nº 36, de 2008. QUE essas importantes discussões deveriam ser feitas, com qualificação, na CIR – Comissão Intergestores Regional e mesmo na CIRA – Comissão Intergestores Ampliadas, contudo, na prática, não é o que acontece, haja vista a falta de nivelamento horizontal (conhecimento técnico) da maioria dos gestores SUS, bem como das discussões de um município contra o outro. QUE o modelo, hoje, existente da saúde concorre para esse processo fragmentado e solitário, onde se pensa saúde na ótica exclusivamente municipal (territorial). QUE muitas dessas discussões desnecessárias e fragmentadas dentro da própria Micro de Contagem oportuniza o deslocamento dos importantes recursos financeiros para o município de Belo Horizonte, sede Macro Centro. QUE reconhece a insuficiência do número de leitos especializados, em especial de UTI adulto, no município de Contagem, haja vista que os demais prestadores (hospitais) são de

natureza privada com fins lucrativos. QUE para amenizar esse quadro agudo da atenção das urgências e emergências, tem mantido suporte ambulatorial dentro de cada uma de suas UPAs, com recursos exclusivamente do município, visando a estabilização dos pacientes. QUE reconhece a necessidade de uma melhor identidade sanitária para a Micro de Contagem, em especial do seu município, de modo a incorporar outros níveis da atenção da alta complexidade. QUE, hoje, a atenção da alta complexidade se resume nos seus leitos UTI, serviços da Terapia Renal Substitutiva (TRS) e na ortopedia/traumatologia (em andamento). QUE essas discussões referentes à contratação de serviços da ortopedia/traumatologia, como Hospital Santa Rita, de natureza privada com fins lucrativos, com sede em Contagem, estão avançadas, de modo que, oportunamente, poderão ser feitas as cirurgias mais complexas nessa política de atenção. QUE concorda com proposta de negociação com os outros três hospitais privados no município de Contagem, de modo que possam ser fortalecidos com objetivo de prestar serviços ao SUS, sobretudo no tocante aos “vazios assistenciais”. QUE, cita como exemplo, a possibilidade de o Hospital São José ser habilitado na realização de cirurgias eletivas, de modo a reduzir as significativas demandas reprimidas. QUE há necessidade de designação de uma reunião, com urgência, com toda macro Centro, em especial com o Setor de Regulação de leitos Estadual e de Belo Horizonte, haja vista que, embora tenha mais de R\$ 18.000.000,00 de sua PPI Assistencial no município de Belo Horizonte, para a atenção da média e alta complexidade, na prática, não tem conseguido a internação de seus pacientes de Contagem nas situações de urgência e emergência. QUE, segundo tomou conhecimento, há uma decisão judicial no município de Belo Horizonte que determina a priorização dos usuários SUS de Belo Horizonte, “internados” nas UPAs, com mais de 24 horas de entrada, alcançando, prioritariamente, os idosos e crianças. QUE essa suposta decisão judicial desorganiza todo o sistema estadual, de modo a dificultar a entrada de pacientes graves, em situações de urgência e emergência, nas portas hospitalares de Belo Horizonte. QUE tomou ciência da recente aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em substituição ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, este último instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. QUE o Município de Contagem, em face de sua população carcerária (Penitenciária e Distritos Policiais) está elaborando projeto específico para sua adesão à Política Nacional de Saúde Prisional, reportando-se à 44ª Reunião de Mediação Sanitária, ocorrida em 18/06/2013, na Cidade

Administrativa, sob a coordenação do Ministério Público. QUE no tocante ao CUSTEIO FEDERAL, para o bloco das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro (Rede de Atenção às Urgências), destinado para o Hospital São José, com sede no município de Contagem, conforme previsão da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011, para a linha UTI adulto, no valor de R\$ 2.628.000,00, informa que referido prestador NÃO possui leitos UTI adulto. QUE além do Hospital Municipal de Contagem, apenas o Hospital Santa Rita, possui leitos de UTI. QUE o Ministério Público, através do CAOSAÚDE, providenciará audiência pública para discussão, com os melhores especialistas, quanto aos medicamentos de alto custo com grande recorrência, de modo que possam ser discutidos seus aspectos científicos, decidindo-se ou não pela sua incorporação ao SUS, evitando-se, se for o caso, as recorrentes judicializações.

Dada a palavra para o promotor de Justiça da comarca de Belo Horizonte, Nélio Costa Dutra Júnior, destacou que é muito importante todos esses assuntos com vista ao fortalecimento da regionalização, de modo que cada Região de Saúde (micro) possa ter suficiência na sua atenção da média e parte da alta complexidade e as demais Regiões de Saúde (macro) suficiência para sua atenção da alta complexidade. QUE a Região Macro Centro deve ser pensada e organizada com observância dessa diretriz da regionalização por micro e macro. QUE o aumento da absorção de serviços da média e alta complexidade pela Micro Contagem reflete imediatamente em toda a PPI assistencial, desconcentrando inclusive os serviços das portas hospitalares de Belo Horizonte. QUE não concorda que a lógica da PPI assistencial permanece por bloco, quando, na verdade, para melhor equidade, deveria ser por procedimento. QUE não faz sentido o remanejamento (bloco) de todos os procedimentos da média complexidade para um município referência, quando deveria ser apenas de parte dos procedimentos, reservando-se os demais para atuação executiva do próprio município. QUE é preciso melhor esclarecer a equivocada interpretação que vem sendo dada no tocante ao acesso de leitos hospitalares, nas situações de urgência e emergência, em Belo Horizonte. QUE, até onde sabe, não há qualquer decisão judicial que tenha imposto a priorização dos pacientes, internados nas UPAs de Belo Horizonte, em especial dos idosos e crianças, em detrimento da população dos demais municípios em todo o estado de Minas Gerais. QUE, por outro lado, não faz sentido a permanência da “cultura assistencial” de em toda e qualquer situação de urgência, mesmo na média complexidade, os pacientes serem encaminhados para as portas em Belo Horizonte. QUE não há leitos especializados suficientes nem mesmo para

atendimento da população de Belo Horizonte, embora alguns outros, passíveis de emergente correção, como o Hospital Odete Valadares, estão com leitos ociosos (55% de ocupação). QUE possui entendimento de que o “vaga zero” deve ser esgotado, primeiramente, em cada uma das Regiões de Saúde (micro ou macro) em todo o estado de Minas Gerais, para somente depois, se for o caso, fazer a referência dos casos graves para as portas especializadas em Belo Horizonte. QUE esse assunto deverá ser melhor esclarecido, em conjunto, pelas Centrais de Regulação (SUSFácil e CINT-BH), de modo a evitar os chamados “telefones sem fio”. QUE, lado outro, chama-lhe a atenção o fato de que o município de Belo Horizonte, sempre que fora instado a comprar leitos privados, por força de atuação resolutiva ou demandista do Ministério Público, não chegou a fazê-lo, contudo, lado outro providenciando prontamente os leitos necessários, o que demonstra, à evidência, que no momento não faltavam leitos, mas desajustamentos administrativos por seus responsáveis. QUE há necessidade de que sejam elaboradas as grades de leitos de urgência e emergência (retaguarda hospitalar) microrregional, de modo que possam ser compartilhadas, também por protocolos operacionais, com toda a Macro Centro. QUE há algumas outras inconsistências que precisam ser verificadas, como, exemplo, a UPA Venda Nova, com término de sua construção no ano de 2010, com possibilidades de mais 60 novos leitos, sem operação pelo Gestor SUS municipal. QUE concorda com a formação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária de modo que possa, dentre outros, adentrar em cada um desses hospitais e elaborar os diagnósticos assistenciais necessários. QUE no caso específico dos problemas com judicialização no município de Ibitiré, sugere melhor qualificação do setor jurídico e realização de uma reunião de Mediação Sanitária, com participação (convite) do Poder Judiciário. **Dada a palavra para o promotor de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Contagem, Fabiano Mendes Cardoso,** destacou que essa reunião de Mediação Sanitária tem demonstrado a enorme fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS), daí que os reflexos na judicialização são inevitáveis. QUE tem evitado, sempre que possível, recorrer à judicialização, mediante orientação dos usuários ou seus encaminhamentos para a própria Secretaria Municipal de Saúde ou Defensoria Pública Estadual. QUE sempre que possível, por ocasião da judicialização, tem colocado no pólo passivo o ente governamental com responsabilidade administrativa para o caso concreto, como, exemplo, a SES/MG no caso da assistência farmacêutica pelo medicamento Lucentis. QUE é preciso fazer, com urgência, uma investigação sobre os recursos financeiros repassados

pelo Fundo Nacional de Saúde no tocante às rubricas ou políticas de atenção definidas naquela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011, em especial, no tocante aos prestadores sediados no município de Contagem. QUE sugere a realização de uma visita técnica pelo DENASUS no Hospital São José, com sede em Contagem, haja vista que beneficiado com R\$ 2.628.000,00 (ano) para o bloco das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro (Rede de Atenção às Urgências), UTI adulto. QUE também concorda com o fortalecimento assistencial da Micro de Contagem, de modo que outros serviços especializados (alta complexidade) possam ser agregados, com desconcentração dos serviços em face de Belo Horizonte, inclusive, com devolução dos significativos recursos financeiros, hoje, remanejados para Belo Horizonte. QUE sugere a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG) no tocante à Região de Saúde de Contagem, alcançando, pela geografia, outros importantes municípios, como, exemplo, Esmeralda. QUE considera importante a estratégia da substituição dos leitos, hoje, ocupados no Hospital Municipal de Contagem, com pacientes crônicos, mediante contratação de retaguarda hospitalar no município ou região. **Dada a palavra para a Secretária Adjunta Municipal de Saúde de Ibirité**, fez elogios à estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE considera fundamental que esses problemas coletivos de saúde possam ser discutidos e compartilhados por todos os atores sociais. QUE o município de Ibirité tem sido responsabilizado, por decisão judicial, a prestar serviços de saúde, ainda que de alto custo e alta complexidade, o que tem comprometido significativamente seu reduzido orçamento. QUE o entendimento da atual magistrada consiste em excluir da responsabilização qualquer outro ente governamental, de modo que o município seja o responsável exclusivo pela prestação do serviço. QUE recentemente o município recebeu ordem judicial no sentido de prestar serviço de angioplastia, com implantação de stent farmacológico, em face de um usuário idoso, com custo próximo de R\$ 90.000,00. QUE essa decisão ainda não foi cumprida, posto que o município não possui condições financeiras para arcar com esse tratamento de alto custo que, no caso, deveria ser de responsabilidade da SES/MG. QUE, também, seu prestador (Hospital de Ibirité) não possui condições tecnológicas e de RH especializado para realização desse serviço. QUE solicita realização de reunião de Mediação Sanitária em seu município, com convite à participação do Poder Judiciário, dentre outros. QUE é preciso enfatizar as responsabilidades administrativas de cada um dos entes governamentais na sua obrigação da política pública da saúde. QUE possui um CAPSad, com recebimento

de custeio no valor de R\$ 75.000,00, quando seu custo real está em torno de R\$ 150.000,00. QUE o custeio recebido pelo seu município é muito baixo frente às necessidades coletivas de saúde. QUE o município de Ibitaré não conta com um equipamento de Ressonância Magnética, embora já possua RX e Tomografia. QUE é preciso discutir, ainda mais, com participação da SES/MG, o desenho sanitário da Rede de Urgência e Emergência da Macro Centro. QUE possui graves problemas com os serviços de energia, prestados pela CEMIG, em face de seu bloco cirúrgico e UTI. **Dada a palavra para a presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Kátia R. Oliveira Rocha**, ressaltou a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE considera fundamental a chegada da Mediação Sanitária na Macro Centro. QUE há vários problemas (causas) coletivos de saúde que devem ser enfrentados pela Mediação Sanitária. QUE muitos dos prestadores, habilitados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011, dessa Macro Centro, não tiveram os repasses de seus recursos financeiros, originados do Ministério da Saúde, não obstante a produção, qualificação e novos leitos retaguarda hospitalar. QUE o município de Ibitaré, de fato, foi contemplado por recursos financeiros, de origem federal, em face da supracitada Deliberação, devendo sua Gestora SUS diligenciar no sentido de verificar as razões pelas quais esses recursos, liberados pelo Fundo Nacional de Saúde, ainda não foram repassados para o Fundo Municipal de Saúde de Ibitaré, haja vista a qualificação de seus 46 leitos, incluídos os de UTI. QUE não é verdade que houve a revogação da recente Resolução MS versando sobre o incremento financeiro do IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização. QUE não é verdade que o novo programa federal IQCH – Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar tenha previsto, como beneficiário, os hospitais públicos. QUE também concorda que esses prestadores públicos deveriam ser contemplados por recursos do IQCH. QUE considera importante a discussão de constituição de um prestador (hospital) dentro da Micro que possa desempenhar o papel de retaguarda para os pacientes crônicos, cuidados prolongados ou terminais, de modo que possa garantir a otimização assistencial do hospital que presta as internações recorrentes. QUE o Hospital Paulo de Tarso, em Belo Horizonte, é exemplo de uma unidade de saúde, com identidade sanitária definida, para a linha desses cuidados. QUE nesse hospital, além da humanização do atendimento, garante-se também a reabilitação motora (locomoção, fala, etc). **Dada a palavra para a representante da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG, Andreia Oliveira de Paula Murta**,

ressaltou a ação de Mediação Sanitária, bem como justificou a impossibilidade de comparecimento de seu diretor Tiago Lucas. QUE o Hospital Municipal de Contagem recebeu da SES/MG, a título de PROHOSP, até 2012, o valor de R\$ 15.994.429,92. QUE atualmente o Hospital Municipal de Contagem deixou de cumprir 02 (dois) dos 05 (cinco) indicadores preconizados pelo programa. QUE o não cumprimento de indicadores tem reflexo imediato no repasse dos recursos financeiros. QUE não foram cumpridas adequadamente as Taxas de Mortalidade e Taxa de Referência, razão pela qual perdeu cerca de 25% dos recursos do PROHOSP. QUE, também, a taxa de ocupação do Hospital Municipal de Contagem está acima de 100%, o que compromete o risco sanitário, independentemente da taxa de giro de leitos. QUE há sugestão da SES/MG no sentido da construção de outro hospital no município de Contagem, haja vista que o atual não comporta sequer o atendimento adequado à sua demanda própria. QUE não é razoável a existência de um único hospital, em face do número atual de seus leitos, para atendimento de mais de 600.000 habitantes. QUE a taxa de referência do Hospital Municipal de Contagem, conforme diagnóstico SES/MG 2012, é de apenas 13%. QUE praticamente o Hospital Municipal de Contagem tem sua vocação para atendimento da clínica médica. **Dada a palavra para a Ouvidora do Sistema Prisional da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais, Rosa Núbia Vieira de Moura**, fez elogios à ação de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAUDE. QUE considera importante a existência do projeto do município de Contagem no sentido da atenção da saúde prisional, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em substituição ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, este último instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Contagem, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (coordenadora), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Contagem (coordenador); Secretário Municipal de Saúde de Contagem (coordenador); Promotor de Justiça Nélio Costa Dutra Júnior da comarca de Belo Horizonte; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ibirite; Secretaria Municipal de Saúde de

Ibirité; presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; representante da Grambel; representante da Associação Mineira dos Municípios; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Contagem.

2) O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos representantes da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Contagem, não participantes desta reunião, para sua integração.

3) Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região, de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, atenção obstétrica e neonatal, vigilância em saúde, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região.

4) Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência (integralidade) dos serviços de saúde da média complexidade e parte da alta complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

5) Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, recursos financeiros recebidos, taxa de ocupação, taxa de referência, taxa de mortalidade materno infantil, taxa de mortalidade institucional, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte.

6) As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Centro, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na

forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. 7) O CAOSAÚDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação Sanitária Macro Centro. 8) O município de Contagem, sede da região de saúde, deverá assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios, de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. 9) A Comissão de Trabalho, sem prejuízo dos objetivos acima definidos, respeitadas as atribuições das instâncias colegiadas (CIR e CIRA), deverá, ainda, discutir, para os fins de subsídio, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: a) ampliação dos serviços de alta complexidade hospitalar na Região, de modo a verificar, sempre que possível, a desconcentração e dependência assistencial com o município de Belo Horizonte, como, exemplo, novos leitos UTI adulto; b) elaboração de grade de leitos de urgências e emergências (retaguarda hospitalar), com definição dos fluxos de referência e contrarreferência na micro e macro; c) suficiência de plantões médicos presenciais em cada uma das clínicas, inclusive, finais de semana e feriados, em face dos prestadores; d) discussão com a Coordenação Estadual da Urgência e Emergência (Dr. Rasível) dos estudos e indicadores para os fins de implantação da Rede SAMU em face da Micro Contagem; e) discussão sobre o aumento da taxa de referência hospitalar em face dos municípios com pactuação (PPI Assistencial) no município de Contagem; f) estudos sobre viabilidade técnica, operacional, financeira e sanitária quanto à contratação dos Hospitais Santa Rita, São José e Santa Helena, privados com fins lucrativos, localizados no município de Contagem, em caráter

complementar, em face da ampliação da capacidade operacional X demandas efetivas, bem como para os fins de retaguarda hospitalar para vazios assistenciais, como, exemplo, leitos prolongados; g) atualização dos dados e indicadores no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; h) projeto que vise a estruturação dos equipamentos necessários à montagem do Centro Materno Infantil de Contagem, de natureza regional, com remessa posterior à aprovação estadual e federal; i) discussão, mediante projeto de viabilidade técnica, operacional, financeira, sob o patrocínio da epidemiologia, de construção de novo hospital em Contagem, de natureza Regional; j) agilização do instrumento contratual com o Hospital Santa Rita de Contagem, visando a prestação de serviços de cirurgia ortopédicas e traumas, de alta complexidade; k) discussão com o Setor de Regulação Estadual e Municipal (Belo Horizonte) quanto às dificuldades operacionais no acesso aos leitos pactuados (PPI assistencial) de Belo Horizonte, pelos usuários da Micro Contagem, bem como das demais em todo o Estado de Minas Gerais; l) Mediação sobre os problemas com energia elétrica (continuidade), prestados pela CEMIG, em face do bloco cirúrgico e UTI do Hospital de Ibirité. **10)** O CAOSAÚDE providenciará ofício para SES/MG para os fins de prestação de informações sobre o credenciamento (andamento) dos leitos UTI neonatal e pediátrico do novo Centro Materno Infantil, de natureza regional, do município de Contagem. **11)** O CAOSAÚDE providenciará ofício para SES/MG, com remessa de cópia desta Ata de reunião, para os fins de estudar possibilidades de alteração no PDR-MG, em face da Região de Contagem, dada a geografia dos municípios, como, exemplo, Esmeraldas. **12)** O CAOSAÚDE providenciará ofício para SES/MG e DENASUS/MG para que tomem ciência do fato de o Hospital São José, com sede em Contagem, estar contemplado como beneficiário de recursos financeiros definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011, na linha dos cuidados

UTI adulto, no valor de R\$ 2.628.000,00, embora não os possua. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>21. FABIANO MENDES CARDOSO <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Contagem/MG</p>
<p>NÉLIO COSTA DUTRA JÚNIOR <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Belo Horizonte/MG</p>	<p>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG</p>
<p>22. 23. RICARDO ROCHA DE FARIA <i>Secretário Municipal de Saúde</i> Município de Contagem/MG</p>	<p>LÊDA FREITAS <i>Secretária Adjunta da Secretaria Municipal de Saúde</i> Município de Ibitaré/MG</p>
<p>MARIA ELIANA CARDOSO SOARES Gestora do Hospital Municipal de Contagem/MG</p>	<p>ROSA NÚBIA V. MOURA Assessora da Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE</p>
<p>JULIANA COLEN Departamento de Saúde da Associação Mineira de Municípios – AMM/MG</p>	<p>ANDREIA OLIVEIRA DE PAULA MURTA Representante da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG</p>



ATA REUNIÃO

LII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Betim/MG

Aos oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e treze, às 13 h, no auditório do Hospital Regional de Betim, com endereço na Avenida Edméia Mattos Lazzarotti, nº 3.800, bairro Ingá, Betim/MG, realizou-se a LII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para discussão dos *principais problemas coletivos de saúde na Microrregião Sanitária de Betim. Reorganização das ações e serviços regionais de saúde. Fortalecimento regional. Diagnóstico Hospitalar (PRO-Hosp). COAP Temático. Garantia de acesso aos serviços referenciados. Urgência e Emergência. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Rede de Atenção à Saúde (RAS). Hospital Regional de Betim. Modelo de gestão hospitalar. Desdobramento da estratégia da Saúde Prisional. Atenção Obstétrica e Neonatal. Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macrorregional.* Participaram da reunião um total de 43 (quarenta e três) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Giovanna Carone Nucci Ferreira, promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Betim; Nélio Costa Dutra Júnior, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte; Carlaile de Jesus Pedrosa, prefeito municipal de Betim/MG; Kátia Regina de Oliveira Rocha, presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Geovane Bueno Guerra, representante da Federassantas/MG; Beatriz Eugênia Palhares, secretária municipal de saúde de São Joaquim de Bicas; Juliano Rezende Melo, presidente do COSEMS Regional e secretário municipal de saúde de Igarapé; Mauro Silva Reis, secretário municipal de saúde de Betim; Bruno

Ferreira Cypriano, Procurador Geral do Município de Betim; Júnio Araújo Alves, secretário adjunto da secretaria municipal de saúde de Betim; Joilson Santos Guimarães, secretário municipal de saúde de Juatuba; Vilma de Freitas Lima, secretária municipal de saúde de Florestal; Leila Fernanda Souto, superintendente de gestão e representante da secretária municipal de saúde Mário Campos; Marcílio Alves dos Santos, secretário municipal de saúde de Esmeraldas; Juliana Colen, departamento de saúde da Associação Mineira de Municípios – AMM; Carlos Alberto dos Santos, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Betim; Ana Maria Ragazzi, diretora de atenção à saúde do município de Betim; Cláudio Alves de Carvalho, diretor da gestão estratégica e participativa do município de Betim; Adriano Faustino de Figueiredo, coordenador da rede de urgência e emergência de Betim; Rosa Núbia Vieira de Moura, assessora da Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE; Wanderson de Oliveira, diretor do Hospital Regional de Betim; Márcio C. Corteletti, diretoria do Hospital Regional de Betim; João Luiz Teixeira, Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMED; Carina Lanza Saraiva, coordenadora do CISMED; Reginara Alves Ferreira, setor de epidemiologia do município de Brumadinho; Cláudia Ferreira Queiroz, coordenadora da enfermagem do Hospital Regional de Betim; Rosana J. de Souza, representante da Vigilância Sanitária; Tatianne Xavier Melo Rezende, Vigilância Sanitária de Betim; Cleri Xavier Santos Resende, Vigilância Sanitária de Betim; Karla Barbosa de Souza, procuradora do município de Betim; Ana Paula F. Silva Assis, procuradora do município de Betim; Marli Alves da Silva, diretoria de vigilância em saúde de Juatuba; Marcella Corrêa Barbosa, diretoria de planejamento e gestão de Juatuba; Luiz Felipe Nunes Menezes Borges, vigilância em saúde do município de Juatuba; Virgínia de Oliveira Santos M. Dantas, diretoria de atenção especializada do município de Juatuba; Francisco André de Mattos Fonseca, procurador do município de Esmeraldas; Carlos Magno da Silva, diretor clínico do Hospital Regional de Betim; Guilherme Lycanião, coordenador do CTI do Hospital Regional de Betim; Evandro Teófilo Elias, superintendente da segurança pública de Betim; Cláudia Luiza Santiago Felício, CAOSAÚDE; Nayara Arantes da Silva Andrade, promotora de justiça de defesa da saúde da Betim; **A reunião foi aberta pela promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Betim, Giovanna Carone Nucci Ferreira** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, em especial dos promotores de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE e do promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte, Nélio

Costa Dutra Júnior. Ressaltou o fato de que essa reunião se dava em razão de pedido feito pela promotoria de Justiça da comarca de Betim. QUE a estratégia da Mediação Sanitária é muito acertada, haja vista que procura, através de um ambiente compartilhado, a resolução dos graves problemas de saúde. QUE a microrregião de Betim possui vários problemas de saúde a serem enfrentados, contudo, no momento o mais grave deles tem sido com relação ao Hospital Regional de Betim. QUE referido prestador tem tido sérios problemas no tocante à sua estruturação de RH, com grandes vazios, o que tem provocado ressonância assistencial, com fechamento de alguns serviços, comprometendo o acesso da população. QUE o município tem informado a respeito de encontrar-se no limite prudencial para nomeação de novos servidores, contudo, até presente momento, ainda não demonstrou, de forma satisfatória, essa sua situação em face da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). QUE não há dúvidas de que o Hospital Regional de Betim tem que voltar a funcionar, resgatando sua série histórica de anos passados. QUE considera importante o município de Betim pensar em um novo modelo (regime jurídico) de seus servidores com repercussão para os novos concursos públicos, haja vista sua reclamação geral de que o atual é bastante flexível quanto a alguns pontos de interesse público. QUE o município tem proposta de que o CISMED – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – possa contribuir no recrutamento desse RH para o Hospital Regional. QUE possui fundada preocupação com esse ativismo por parte dos consórcios públicos. QUE atualmente o CISMED atua no 5º andar do Hospital Regional de Betim, com atuação executiva nas linhas de cuidado (integral) da oftalmologia e nefrologia. QUE referido consórcio deverá assumir também a linha de cuidado das cirurgias eletivas de glaucoma. QUE os atores sociais não podem se esquecer do fato de que os consórcios devem limitar sua atuação no aspecto da complementaridade. QUE o município deverá demonstrar que tem feito demissões dos cargos comissionados para enquadramento na LRF. QUE atualmente há considerável déficit de Técnicos de Enfermagem no Hospital Regional de Betim. QUE o Hospital Regional está hoje com quase 322 leitos ocupados, acima da sua capacidade operacional, inclusive, com macas nos corredores. QUE, de fato, constatou pessoalmente o déficit generalizado de recursos humanos junto ao Hospital Regional de Betim, em sua visita realizada no dia 19/08/2013. QUE realizou, no dia 11 de setembro de 2013, em seu gabinete, uma reunião para tratar desse específico assunto (grave) do Hospital Regional de Betim. QUE estiveram presentes o Secretário Municipal de Saúde de Betim, Procuradora Municipal, Diretor Geral do Hospital Regional de Betim,

Diretor Administrativo do Hospital Regional de Betim e a Coordenadora Geral de Enfermagem e Referência Técnica da Enfermagem do Hospital Regional de Betim. QUE essa reunião foi agendada a pedido do Gestor SUS local. QUE, nessa reunião, foi lhe dado conhecimento oficial da criação de uma Comissão, conforme Portaria SMS nº 001/2013, para estudos e apresentação de modelo de gestão hospitalar. QUE a SES/MG teria disponibilizado uma verba de R\$ 10.000.000,00 para a Rede de Atenção às Urgências de Betim, sendo que R\$ 3.500.000,00 serão destinados para custeio e R\$ 6.500.000,00 para aquisição de equipamentos e insumos. QUE a PETROBRÁS, em razão de acordo compensatório com o município de Betim, também fez um depósito no valor de R\$ 4.000.000,00, destinado à aquisição de equipamentos exclusivamente para o Hospital Regional de Betim. QUE todos esses recursos já se encontram de posse municipal, pendentes de liberação em processo de licitação. QUE, no tocante ao déficit de recursos humanos, foi-lhe dito, nessa reunião, a falta de Técnicos em Enfermagem e de Enfermeiros, principalmente no setor de hemodiálise, pronto socorro, CTI e bloco cirúrgico. QUE esse déficit é próximo de 153 Técnicos em Enfermagem e de 25 Enfermeiros. QUE, segundo informações prestadas pela Coordenadora Geral de Enfermagem e Referência Técnica da Enfermagem do Hospital Regional de Betim, esse atual déficit de pessoal é muito grave, pois os atuais profissionais, com jornada de trabalho adaptada às horas extras, estão sobrecarregados e adoecendo, inclusive, com solicitação de exoneração, comprometendo, ainda, mais, o quadro assistencial daquela unidade de saúde. QUE nem mesmo é possível fazer a implantação do Protocolo de Manchester, para classificação de risco dos usuários, posto que dependente de realocação de 09 (nove) profissionais enfermeiros. QUE, ao final dessa reunião, foi deliberado a realização de uma Ação Institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE, para discussão coletiva desses graves problemas, em especial quanto à nova proposta de gerenciamento do Hospital Regional de Betim e da possibilidade de contratação temporária de Técnicos em Enfermagem e de Enfermeiros, dadas as especificidades epidemiológicas e Lei de Responsabilidade Fiscal, não obstante a vigência de concurso público. **Dada a palavra para o promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE**, agradeceu a presença de cada um dos atores sociais. Explicou os objetivos da estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. Ressaltou a importância da Microrregião de Saúde de Betim, hoje, considerada, à luz do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Deliberação CIB-SUS/MG, uma Região de Saúde. QUE essa Região de Saúde

possui 633.557 habitantes, integrada pelos seguintes municípios: Betim, Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade dos Gerais, Rio Manso e São Joaquim de Bicas, totalizando 13 (treze) municípios. QUE o fato de a Região de Saúde de Betim encontrar-se próxima do seu município sede da Macro Centro (Belo Horizonte) não lhe retira a responsabilidade política e sanitária na organização dos serviços de saúde. QUE essa organização administrativa, conforme exigência em ordenamento jurídico, requer-lhe suficiência de serviços em algumas linhas, no mínimo, da atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. QUE não é razoável que serviços da atenção da média e parte da alta complexidade continuem a ser atendidos, como primeira opção, no município de Belo Horizonte. QUE é preciso buscar o resgate de sua identidade sanitária, de modo a preconizar as diretrizes da descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde. QUE é preciso resgatar a credibilidade assistencial do Hospital Regional de Betim, devendo esse passar a ser, de fato e direito, uma unidade pública regional de saúde. QUE, segundo o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, essa unidade de saúde especializada não é considerada regional. QUE é muito importante a imediata realização de um Planejamento Estratégico do Hospital Regional de Betim, considerando-o como Regional, de modo a levantar suas fragilidades, deficiências, necessidades, potencialidades, com agregação de novos valores e densidades tecnológicas (serviços de alta complexidade). QUE esse estudo técnico poderá apontar para o valor financeiro necessário para sua estruturação REGIONAL, 100% SUS, com financiamento Federal e Estadual. QUE é preciso o reconhecimento do Gestor Federal e Estadual, sem prejuízo dos demais municípios que integram essa Região de Saúde, no reconhecimento (fato e direito) desse seu papel assistencial regional, inclusive com financiamento. QUE o prefeito municipal de Betim, atual presidente da GRAMBEL, possui grande responsabilidade política junto ao Gestor Federal e Estadual no convencimento da estratégia assistencial do Hospital Regional de Betim. QUE o Ministério Público poderá ser parceiro institucional nessa empreitada, haja vista que os novos tempos têm lhe permitido uma atuação mais resolutiva. QUE o modelo constitucional de Gestão Associada, previsto no artigo 241 da CF, poderá ser utilizado nessa estratégia do financiamento da unidade de saúde na perspectiva de sua REGIONALIZAÇÃO. QUE o modelo de Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos poderá ser utilizado para os fins de responsabilidade geral sanitária (federal, estadual e

municipal), com financiamento proporcional (adicional), inclusive dos municípios integrados a essa Região de Saúde. QUE esse Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos possui a vantagem de NÃO exigir a criação de outro ente, com CNPJ próprio, como, exemplo, nos casos de consórcios públicos. QUE atualmente 03 (três) Regiões de Saúde encontram-se com discussão sobre Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos, a saber Micro de Caratinga, Santo Antônio do Amparo/Campo Belo e Timóteo/Coronel Fabriciano. QUE esses espaços da Mediação Sanitária, com participação democrática, solidária, compartilhada pelos diversos atores, jurídicos ou não, proporcionam exatamente a construção dessa nova visão sanitária. QUE as recorrentes demandas individuais de saúde, com reflexos na criticada judicialização, decorrem fundamentalmente pelo não enfrentamento adequado das causas (problemas) coletivas de saúde e, por conseqüência no processo organizativo regionalizado pelos diferentes gestores de saúde. QUE, hoje, o maior óbice para a operacionalização das diretrizes constitucionais da descentralização e regionalização não é exatamente o financeiro, mas o fator político. QUE nem sempre é possível a participação de todos os prefeitos e secretários municipais de saúde no fórum qualificado das reuniões da CIR e CIRA, instâncias colegiadas, criadas pela Lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. QUE não se faz saúde na lógica individual, ou seja, cada um dos municípios com responsabilidade exclusiva para sua população. QUE a regulamentação das verbas parlamentares para a saúde, assim como os investimentos em saúde pelos gestores (federal e estadual), deverão levar em consideração outros fatores ditados pela epidemiologia, tais como, viabilidade técnica, economia de escala, demografia, etc. QUE infelizmente a distribuição dos recursos finitos de saúde não tem levado em consideração, como fator preponderante, essas questões técnicas na lógica do fortalecimento regionalizado. QUE, cita como exemplo, a grave preocupação do Ministério Público na exigência de, pelo menos, uma Maternidade Regional em face das 77 (setenta e sete) Regiões de Saúde, de modo a evitar o risco sanitário para a atenção materno infantil. QUE é preciso impedir que partos continuem a ser feitos em unidades de saúde sem estruturação técnica, em desacordo com a vigilância sanitária e RDC Anvisa nº 36, de 2008. QUE o Ministério Público, ressalta-se, foi guindado recentemente à condição de órgão responsável pela fiscalização da gestão pública de saúde, conforme artigo 39, § 5º da Lei Complementar nº 141, de 12 de janeiro de 2012. QUE os municípios não podem permanecer com essa alta carga de dependência assistencial com o município de Belo Horizonte. QUE o município de Belo

Horizonte – sede da Macro Centro – também encontra-se com graves problemas e dificuldades na manutenção de determinados serviços para sua própria população, como, exemplo, UTI neonatal. QUE o município de Betim, como sede da Microrregião (Região de Saúde) deverá liderar novo processo, com articulação solidária, no sentido de agregar nessa região outros serviços importantes da alta complexidade. QUE os gestores de saúde devem aprimorar (horizontal) seus conhecimentos técnicos, de modo que possam participar, com qualidade, das discussões que envolvam o planejamento regional da saúde. QUE, hoje, ainda há grave equívoco na nomeação gestores com perfil dissociado do sanitário, esquecendo-se de suas graves responsabilidades, inclusive, como ordenador de despesa. QUE o Ministério Público tem sido um importante ator social, comprometido cada vez mais na resolução dos problemas (causas) de saúde, de modo que possam ser reduzidas as demandas individuais na forma de judicialização. QUE é importante a GRAMBEL voltar a ter sua participação ativa nas discussões coletivas de saúde, como, exemplos, no Comitê Técnico Executivo da Saúde de Minas Gerais, instituído pelo CNJ e no Fórum Permanente da Saúde de Minas Gerais, sob a coordenação do TJMG. QUE, hoje, em face da transparência, é possível ter acesso a quaisquer dos indicadores de saúde. QUE o Ministério Público tem se qualificado cada vez mais no acesso dessas informações estratégicas, como exemplo, da ferramenta SUSFácil, onde tem percebido a origem das falhas e negativas pelos prestadores. QUE, hoje, por força da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, os prestadores (hospitais) que recebem recursos públicos, como o caso das filantrópicas e sem fins lucrativos, possuem a obrigação legal da prestação de contas. QUE tem orientado que essa prestação de contas possa ser feita junto ao Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal de Vereadores. QUE há falta de leitos especializados, como UTI neonatal e pediátrico, em toda a Macro Centro, razão pela qual deverá ser incentivado o processo de descentralização desses equipamentos de saúde, de modo que cada uma das Regiões de Saúde, como, exemplos, Contagem e Betim, possam ser estruturadas adequadamente, atendendo a população locorregional. QUE concorda com a manifestação esposada pela Colega Giovanna (comarca de Betim) no sentido da discussão urgente quanto aos limites, competências e atuação executiva dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. QUE os serviços da Rede de Urgências e Emergências devem ter seu funcionamento na lógica da Resolução SES nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que instituiu as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência. QUE a Deliberação

CIB-SUS/MG nº 888, de 17 de agosto de 2011, aprovou o desenho, a metodologia e a região de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências Macro Centro. QUE, por sua vez, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011 aprovou o financiamento inicial da Rede de Cegonha e o financiamento da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Estado de Minas Gerais. QUE o município de BETIM foi contemplado com os seguintes recursos financeiros, exclusivamente de NATUREZA FEDERAL, definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG, no tocante à REDE CEGONHA: a) Hospital Regional de Betim (UTI Neonatal – qualificação - Custeio), no valor de R\$ 2.110.809,60; b) Maternidade Haydé Conroy (UCI neonatal – Custeio), no valor de R\$ 919.800,00; c) Hospital Regional de Betim (Leito Canguru – Custeio), no valor de R\$ 105.120,00; d) Maternidade Haydé Conroy (Leito Canguru – Custeio), no valor de R\$ 105.120,00; e) Hospital Regional de Betim (Leitos obstétricos para atenção à gestação de alto risco – Qualificação – Custeio), no valor de R\$ 939.510,00. QUE o município de BETIM foi contemplado com os seguintes recursos financeiros, exclusivamente de NATUREZA ESTADUAL, definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG, no tocante à REDE CEGONHA: a) Hospital Regional de Betim (UTI neonatal – qualificação – Custeio), no valor de R\$ 1.116.830,48; b) Maternidade Haydé Conroy (UCI neonatal – Custeio), no valor de R\$ 229.950,00; c) Hospital Regional de Betim (Leitos obstétricos para atenção à gestação de alto risco – qualificação – custeio), no valor de R\$ 359.965,52. QUE o município de BETIM foi contemplado com os seguintes recursos financeiros, exclusivamente de NATUREZA FEDERAL, definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG, no tocante às REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: a) Hospital Professor Osvaldo Franco (Portas de Entrada Hospitalares de Urgência - Hospital Especializado Tipo II - Custeio), no valor anual de R\$ 3.600.000,00; b) Casa de Saúde Santa Izabel (Leito clínico – Leitos de retaguarda – custeio), no valor de R\$ 8.190.600,00; c) Hospital Municipal de Teresópolis (leito clínico – leitos de retaguarda – custeio – Novo), no valor de R\$ 11.169.000,00; d) Hospital Professor Osvaldo Franco (leito clínico – leitos de retaguarda – custeio) no valor de R\$ 558.450,00; e) Hospital Professor Osvaldo Franco (leito de longa permanência – custeio), no valor de R\$ 418.837,50; f) Hospital Regional de Teresópolis (UTI adulto, custeio, Novo) no valor de R\$ 7.884.000,00; g) Hospital Professor Osvaldo Franco (UTI pediátrico – custeio), no valor de R\$ 1.051.200,00; h) Casa de Saúde Santa Izabel (leito clínico – ampliação custeio – qualificação dos leitos existentes), no valor de R\$ 372.300,00; i) Hospital Professor Osvaldo Franco (UTI adulto – ampliação custeio – qualificação dos leitos existentes), no valor de R\$ 422. 161,92; j)

Hospital Professor Osvaldo Franco (UTI pediátrico – ampliação custeio – qualificação dos leitos existentes), no valor de R\$ 554.087,52; k) Município de Betim (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD – Serviço de Atenção Domiciliar), no valor de R\$ 414.720,00; l) Município de Betim (Equipe Multiprofissional de Apoio – EMAP – Serviço de Atenção Domiciliar), no valor de R\$ 90.000,00; m) UPA Guanabara (existente – custeio – Tipo II), no valor de R\$ 2.100.000,00; n) UPA no Hospital Municipal de Teresópolis (existente – custeio – Tipo II), no valor de R\$ 2.100.000,00; o) UPA Unidade Alexandre Silva Diniz (existente – custeio – Tipo III), no valor de R\$ 3.600.000,00; p) UPA Sete de Setembro (existente – custeio – Tipo III), no valor de R\$ 3.600.000,00; q) UAI Norte (Nova – custeio – Tipo II), no valor de R\$ 3.600.000,00; r) UAI Alexandre Silva Diniz (Nova – custeio – Tipo III), no valor de R\$ 6.000.000,00; s) UPA Betim (Nova – custeio – Tipo II), no valor de R\$ 3.600.000,00; t) UPA Betim (Nova – custeio – Tipo III), no valor de R\$ 6.000.000,00. QUE NÃO há CUSTEIO ESTADUAL para a rubrica Rede de Atenção às Urgências, na linha de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro, Salas de Estabilização, Ampliação custeio novos leitos de retaguarda da Macro Centro, para o MUNICÍPIO DE BETIM, embora integrado à Macro Centro. QUE, também, os municípios de Esmeraldas, Brumadinho e Mateus Leme foram contemplados por recursos financeiros, objeto da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro e 2011. QUE, no tocante ao município de Brumadinho, integrado a essa Região de Saúde, foi contemplado com seguintes recursos financeiros: a) Custeio FEDERAL – Leito Clínico – leitos de retaguarda – ampliação custeio novos leitos (Hospital Municipal João Fernandes do Carmo), no valor de R\$ 5.584.500,00; b) Custeio FEDERAL – Leito Clínico – leitos de retaguarda – ampliação custeio leitos existentes (Hospital Municipal João Fernandes do Carmo), no valor de R\$ 1.116.900,00; c) Custeio FEDERAL – UPA – Nova – Tipo I (UPA Brumadinho), no valor de R\$ 2.040.000,00; d) Custeio ESTADUAL – Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro – Hospital Municipal João Fernandes do Carmo, leitos existentes, no valor de R\$ 1.200.000,00. QUE, no tocante ao município de Esmeraldas, integrado a essa Região de Saúde, foi contemplado com seguintes recursos financeiros: a) Custeio FEDERAL – Leito Clínico – leitos de retaguarda – ampliação custeio novos leitos (Hospital Municipal 25 de Maio), no valor de R\$ 1.209.975,00; b) Custeio FEDERAL – Leito Clínico – leitos de retaguarda – ampliação custeio leitos existentes (Hospital Municipal 25 de Maio), no valor de R\$ 403.325,00; c) Custeio FEDERAL – Serviço de Atenção Domiciliar – EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar,

no valor de R\$ 414.720,00; d) Custeio FEDERAL – Serviço de Atenção Domiciliar – EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio, no valor de R\$ 72.000,00; e) Custeio FEDERAL – UPA – Existente – Tipo I (Hospital Municipal 25 de Maio), no valor de R\$ 1.200.000,00; f) Custeio ESTADUAL – Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro – Hospital Municipal 25 de Maio, leitos existentes, no valor de R\$ 1.200.000,00. QUE, no tocante ao município de Mateus Leme, integrado a essa Região de Saúde, foi contemplado com seguintes recursos financeiros: a) Custeio FEDERAL – Leito Clínico – leitos de retaguarda – ampliação custeio novos leitos (Hospital Santa Terezinha), no valor de R\$ 209.418,75; b) Custeio FEDERAL – Leito Clínico – leitos de retaguarda – ampliação custeio leitos existentes (Hospital Santa Terezinha), no valor de R\$ 130.612,50; c) Custeio FEDERAL – UPA – Nova – Tipo I (UPA Mateus Leme), no valor de R\$ 2.040.000,00; QUE NÃO há CUSTEIO ESTADUAL para a rubrica Rede de Atenção às Urgências, na linha de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Macro Centro, Salas de Estabilização, Ampliação custeio novos leitos de retaguarda da Macro Centro, para o MUNICÍPIO DE MATEUS LEME, embora integrado à Macro Centro. QUE, segundo Diagnóstico Hospitalar da SES/MG, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG – PRO-HOSP, no exercício de 2012, foram os seguintes indicadores produzidos pelo Hospital Professor Osvaldo Franco de Betim: a) porte e ocupação hospitalar acima de 80% dos leitos SUS; b) produção hospitalar, com internações totais acima de 15.000, sendo a taxa de internações desnecessárias de 7,33%; c) internações por clínica cirúrgica (8.782), obstétrica (2.783), clínica médica (2.207), pediátrica (2.108); d) tempo médio de permanência abaixo de 6 dias, com índice de renovação de leitos de 4,71 dias; e) taxa de mortalidade institucional de 2,78%; f) taxa de mortalidade infantil hospitalar de 1,25%; g) internações de referência (10.841 internações para população própria, o que corresponde a 69% e 5.039 internações para a população referenciada, o que corresponde a 31%). QUE no tocante ao repasse FEDERAL de recursos, para o atendimento da média e alta complexidade, para o Fundo Municipal de Saúde de Betim, competência 2013, conforme informações extraídas do SISMAC SAÚDE, no valor de R\$ 75.332.935,73, sendo que destes R\$ 19.008.698,59 pertencente à população dos municípios que lhe referenciaram serviços (PPI Assistencial). QUE o Hospital Professor Osvaldo Franco recebe incentivos do PRO-HOSP, de NATUREZA ESTADUAL, totalizando até 2012, o valor de R\$ 13.668.167,72. QUE compreende a grave situação e impasse técnico vivenciado pelo Hospital Regional de Betim, haja vista que fortemente

comprometido com a falta de recursos humanos, com repercussão na linha assistencial e, de outro lado, a existência de concurso público para a Rede Municipal. QUE são dois direitos fundamentais, em tese, colidentes. QUE é preciso encontrar uma saída técnica- jurídica de modo que o princípio da continuidade dos serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, possam ser garantidos para a população locorregional. QUE o município poderá, para os fins de aplicação do limite prudencial (recursos humanos) exigidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, desconsiderar de seu percentual os incentivos financeiros (FEDERAL) repassados pelo Ministério da Saúde, com relação aos recursos humanos para Estratégia Saúde da Família, Programa Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias. QUE sugere, para reflexão coletiva, bem como para enfrentamento dessa grave crise assistencial, motivada pela falta de recursos humanos naquela unidade de saúde, ante à impossibilidade de nomeação por concurso devido ao limite prudencial estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, a adoção de providências pelo Município de Betim. QUE o município de Betim deverá demonstrar que se encontra, de fato, nesse limite prudencial da LRF. QUE, também, deverá demonstrar que houve a demissão dos cargos comissionados, conforme exigência da LRF. E, por último, demonstrar que houve o preenchimento das vagas estabelecidas no referido edital de concurso, pendente de nomeação apenas os excedentes para a Rede Municipal de Saúde. QUE, no caso, de satisfação dessas diligências, no mínimo, poderá expedir decreto de emergência no tocante à unidade hospitalar, por prazo certo, reconhecendo sua grave situação assistencial, com posterior lei municipal e resolução do Conselho Municipal de Saúde que o autorize a realizar, emergencialmente, Contrato de Programa com o CISMEP. QUE o município deverá melhor refletir quanto ao modelo de gestão do Hospital de Betim, haja vista que o Ministério Público, em conjunto com a SES/MG e Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, irão realizar, no próximo dia 29 de outubro, um Seminário, versando sobre esse assunto, na cidade de Belo Horizonte. QUE há pretensão de produção de uma legislação estadual que contemple essa possibilidade de gestão hospitalar pelo Terceiro Setor, contudo, com aprimoramentos em face da Lei federal nº 9637, de maio de 1998. **Dada a palavra para o Prefeito Municipal de Betim, Carlaile de Jesus Pedrosa**, destacou que é a primeira vez que participa de uma reunião com o Ministério Público na lógica da resolução dos problemas coletivos de saúde, de forma respeitosa e democrática, o que engrandece ainda mais a própria instituição. QUE essa reunião de Mediação Sanitária proporciona a todos os envolvidos destacado papel na busca de um

nivelamento das discussões e resolução coletiva dos problemas. QUE se considera surpreso com a informação trazida pelo Coordenador do CAOSAÚDE de que seu Hospital, conforme registro no CNES, não é, sob o aspecto legal, considerado REGIONAL. QUE concorda prontamente com o Ministério Público no sentido de que todas as providências no âmbito político, técnico e financeiro deverão ser adotadas para que, de direito, possa ser considerado Hospital Regional de Betim. QUE atualmente o Município de Betim é o responsável exclusivo pelo financiamento de 75% de todo o orçamento global do Hospital Regional de Betim. QUE referido Hospital tem sido porta aberta para a população dos municípios da Região, sobretudo para a atenção da urgência e emergência. QUE apesar da queda da arrecadação tributária (ressonância da crise global), essa unidade de saúde não fechou as portas para a população locorregional. QUE desde que assumiu a gestão municipal tem feito um esforço enorme para contenção dos gastos públicos, inclusive, com cortes de vários cargos comissionados, através de Decreto Municipal. QUE quando assumiu a Prefeitura Municipal o limite para admissão de novos recursos humanos (LRF) chegava a 52,39%. QUE, hoje, esse limite é de 51% da LRF. QUE o Hospital de Betim sempre foi referência nacional, com prêmios e reconhecimento (Acreditação), não sendo razoável permitir que permaneça com essa sua grave crise assistencial. QUE é possível reverter esse quadro fatídico. QUE encetará todas as providências necessárias para que possa demonstrar essa grave situação, inclusive, se preciso for, junto ao TCE-MG, de modo a atestar seu comprometido limite prudencial (LRF). QUE o município de Betim precisa ter pelo menos 112 Equipes de Saúde da Família. QUE nos últimos meses conseguiu contratar 56 novos profissionais médicos, embora possua 75 Equipes de Saúde da Família. QUE recentemente publicou Decreto Municipal que estabelece o teto máximo do prefeito municipal para pagamento de remuneração (salário) dos servidores municipais, a qualquer título. QUE concorda plenamente com o Dr. Gilmar de Assis da importância do planejamento de saúde pelos municípios. QUE há muito que fazer para o bom planejamento de saúde no País, inexistente na cultura dos brasileiros, inclusive até mesmo pelo Ministério da Saúde. QUE considera fundamental a sugestão dada no sentido de que o Hospital de Betim venha a realizar um detalhado Planejamento Estratégico, pautado pelas diretrizes da descentralização e regionalização da assistência, de modo que possa, sob a perspectiva REGIONAL, apresentar suas estratégias, a curto, médio e longo prazo, com financiamento adequado federal e estadual. QUE o Município de Betim, no caso de deliberação coletiva pelos presentes, fará o reconhecimento, por Decreto,

da situação de emergência do seu Hospital Regional de Betim. QUE, também, apresentará cópia do recente Decreto Municipal que, para adequação à Lei de Responsabilidade Fiscal, promoveu diversas exonerações de cargos comissionados, mantendo-se apenas aqueles indispensáveis para o funcionamento da máquina pública. QUE, caso venha a ser permitido, em regime emergencial, por prazo certo, a contratação do CISMED para execução de Contrato de Programa, em face da situação de recursos humanos do Hospital Regional de Betim, notadamente dos setores de urgência e emergência, não haverá prejuízo para os candidatos EXCEDENTES aprovados no concurso público, haja vista que esse se refere a toda Rede de Assistência Municipal de Saúde e não, com exclusividade, para o Hospital Regional de Betim. QUE no tocante à discussão de um novo regime jurídico para os futuros servidores públicos do município considera de suma importância, conforme já destacado pela promotoria de Justiça da comarca de Betim, contudo, tem ciência que deverá enfrentar um duro debate com o Sindicato. QUE o município de Betim, recentemente recebeu solicitação de projeto estadual, emergencial, no sentido de criação, em seu território, de mais 250 vagas para os usuários em tratamento de hemodiálise, haja vista a necessidade estadual de 1000 novas vagas dentro da Macro Centro. QUE o município de Betim, através dessa medida, conseguirá trazer seus pacientes em tratamento de hemodiálise (Contagem e Belo Horizonte), bem como passará a ser referência para usuários de outros municípios. QUE o fato de o município de Betim situar-se às margens da BR-381 faz com que seja referência (portas abertas) para os graves acidentes com veículos de diferentes estados e regiões. QUE muitos deles, devido a gravidade dos ferimentos, demanda internação UTI por mais de 30 dias, sem que o município receba, diretamente no seu Fundo Municipal de Saúde, recursos financeiros, como exemplo, DPVAT. QUE a carga horária atual da maioria dos servidores no Hospital Regional de Betim é de 12 X 60 horas, o que compromete ainda mais sua dificuldade com o RH. QUE o fortalecimento da gestão clínica passará necessariamente pela abordagem da remodelagem da atual carga horária. QUE considera importante, através da mobilização dos diversos atores sociais, especialmente da SES/MG, no sentido de que o Hospital da Rede Phemig, com sede em Betim, possa passar por uma remodelagem assistencial, de modo a atender, como exemplo, retaguarda hospitalar para pacientes crônicos, de longa permanência ou terminais. QUE essa medida favorece ainda mais o giro de leitos do Hospital Regional de Betim, bem como liberação de importante ala assistencial, convertendo-a em novos leitos especializados de urgência e emergência. **Dada**

palavra para o promotor de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Belo Horizonte, Nélio Costa Dutra Júnior, destacou que tem sido fundamental essas discussões coletivas em sede de Mediação Sanitária. QUE esse projeto de Mediação Sanitária, idealizado pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis é pioneiro no Brasil. QUE o coordenador do CAOSAÚDE é profundo conhecedor do Direito Sanitário. QUE participou da Reunião de Mediação Sanitária, na data de ontem, na Micro (Região) de Saúde de Contagem, onde observa a ocorrência de problemas comuns nessas duas importantes microrregiões, como, exemplos, a fragmentação dos processos e um atuar sanitário isolado. QUE não há dúvidas da existência de deficiências nas redes de Contagem e Betim. QUE não é possível a resolução de problemas de saúde centrada na lógica exclusiva da municipalidade (território). QUE os municípios de Contagem e de Betim, pelo seu porte demográfico e importância regional, deverão assumir a suficiência dos serviços da média e parte da alta complexidade, de modo a desconcentrar a atenção atualmente prestada pelo município de Belo Horizonte. QUE cada vez mais se convence da necessidade de criação da Coordenadoria Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Macro Centro, a exemplo, das estratégias criadas para Macro Sudeste, Macro Oeste e Macro Triângulo do Sul. QUE todos esses problemas coletivos de saúde pressupõem uma discussão regionalizada, com participação plural dos atores sociais, daí a excelência da estratégia da Mediação Sanitária. QUE os municípios com capacidade para maior densidade tecnológica, com agregação de novos pontos e serviços de saúde, devem assumir essa condição regional, mediante planejamento regional que possa atrair os demais municípios integrados. QUE tem participado das discussões da implantação do SAMU Macro Centro, inclusive, com celebração de acordo e protocolo com a SES/MG, de modo a exigir-lhe aprimoramento dos processos, dentre outras, na lógica da transparência e eficiência, permitindo-se a participação do controle social, a definição dos pontos de atenção (Complexo Regulador, Sala de Estabilização, UPA, USB, USA, etc), na lógica exclusivamente técnica. QUE o fato da inexistência de lei de responsabilidade sanitária não desobriga os atuais gestores, nos diversos níveis, de assunção dessa obrigação em face de sua população adscrita. QUE considera importante a investigação pelo Ministério Público no tocante aos recursos financeiros, repassados pelo Ministério da Saúde, por força da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011, aos diversos prestadores e municípios da Macro Centro, haja vista que alguns deles informaram seu não recebimento. QUE é preciso discutir os papéis, com definição de identidade

sanitária, sem a lógica da concorrência, entre os diversos prestadores e municípios, de modo que possa funcionar o denominado de “matemática assistencial”. QUE a promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte se coloca à disposição para discutir os diversos problemas de saúde da Macro Centro, colocando-se, desde já, à disposição do município de Betim para discussão dos pontos específicos dentro da Rede SAMU. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Betim, Mauro Silva Reis**, fez agradecimentos a cada um dos presentes, em especial aos promotores de Justiça Gilmar de Assis, Nélio Costa Dutra Júnior e a Giovanna Carone Nucci Ferreira. QUE a Secretaria Municipal de Saúde de Betim já está trabalhando com um detalhado planejamento estratégico em face das necessidades e potencialidades do Hospital Regional de Betim, comprometendo-se a discuti-lo junto à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE também concorda com a ausência de planejamento de saúde, de forma adequada, sob a epidemiologia, por parte das Regiões de Saúde (micro e macro), o que fragmenta, por obviedade os processos sanitários. QUE é importante discutir o papel do Hospital Regional dentro desse planejamento estratégico, de forma a possuir verdadeira identidade sanitária, com fluxos e contrarreferências definidas. QUE concorda com o promotor de Justiça Nélio Costa Dutra Júnior no tocante à busca de uma grade de leitos da urgência e emergência dentro da Região de Saúde de Betim, com protocolos operacionais bem definidos, integrados às demais Regiões de Saúde da Macro Centro. QUE o Ministério Público, assim como todos os atores sociais presentes, podem e devem contribuir com esse novo papel hospitalar que se pretende construir. QUE há uma comissão de estudos, de natureza municipal, encarregada de apresentar sugestões para novo modelo de gestão hospitalar, haja vista que é praticamente impossível a sobrevivência financeira e assistencial do Hospital Regional de Betim vinculado diretamente à administração direta do município. QUE os serviços de saúde somente poderão funcionar com eficiência se inseridos na lógica de Rede de Atenção à Saúde (RAS). QUE tem feito diversos contatos (articulação solidária operacional) com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. QUE reconhece a precariedade da assistência, por questões multifatoriais, do Hospital Regional de Betim, daí a estratégia da mediação em busca de soluções que possam modificar radicalmente esse quadro. QUE todos os atores, como exemplos, o Gestor Estadual e Federal, devem reconhecer que a fragilização do Hospital Regional de Betim impacta diretamente os serviços ambulatorial e hospitalar da rede de prestadores de Belo Horizonte. **Dada a palavra para o Secretário Adjunto de Saúde de Betim, Júnio**

Araújo Alves, fez apresentação (power point) de valores, receitas, indicadores e dados da Secretaria Municipal de Saúde, acumulados até agosto de 2013. QUE a receita realizada do Fundo Municipal de Saúde de Betim, até agosto de 2013, é de R\$ 243.029.000,00. QUE desse total de recursos aplicados na saúde em Betim assim discriminados: a) receita estadual – R\$ 3.198.000,00; b) receita da União – R\$ 61.715.000,00; c) receita municipal própria – R\$ 175.280.000,00; d) indenizações e restituições – R\$ 2.836.000,00. QUE no tocante às despesas em saúde, na lógica do artigo 198, § 2º, da Constituição Federal, assim discriminados: a) Base de cálculo – receitas oriundas de impostos – R\$ 654.958.059,00; b) valor legal de 15% – R\$ 98.243.709,00; c) valor aplicado (26%) – R\$ 167.358.276,00. QUE a despesa total da Secretaria Municipal de Saúde de Betim foi de R\$ 225.844.000,00, assim discriminado: a) R\$ 1.264.000,00 (1%) – obras e equipamentos; b) R\$ 59.382.000,00 (26%) – outras despesas correntes; c) R\$ 165.198.000,00 (73%) – pessoal encargos. QUE o atual limite prudencial em face dos gastos com pessoal geral da prefeitura municipal de Betim é de 51,30%, correspondente a janeiro a agosto de 2013, tendo como referência o valor bruto de R\$ 431.446.461,00, as deduções legais de R\$ 38.039.761,00 e, portanto, o valor líquido de R\$ 393.406.700,00. QUE a despesa total do Hospital Regional de Betim executada até agosto de 2013 corresponde a 33% de toda a despesa da Secretaria Municipal de Saúde. QUE até agosto de 2013, foram gastos R\$ 74.457.658,51 com o Hospital Regional de Betim, sendo que, desse total, R\$ 58.179.464,22 com despesa de pessoal. QUE a projeção total da despesa do Hospital Regional de Betim, até dezembro de 2013, incluindo 13º salário, é de R\$ 115.322.704,27. QUE há preocupação até mesmo do Ministério da Saúde quanto à situação assistencial X financeira do Hospital Regional de Betim. QUE o Hospital Regional de Betim tem atuado com cerca de 320 internações mês, portanto, acima de sua capacidade atual de 250 previstas. QUE há, por sua vez, um grande número de altas hospitalares por mês (1000 altas). QUE são feitas cirurgias ortopédicas no próprio hospital. QUE, também, considera importante a liberação de leitos do Hospital Regional de Betim, de modo que os pacientes crônicos e de longa permanência possam ser absorvidos por outro prestador, como, exemplo, o Hospital da PHEMIG em Betim. **Dada a palavra para diretor do Hospital Regional de Betim, Wanderson de Oliveira**, também confirmou a necessidade da remodelagem, ou seja, da identidade sanitária do Hospital Regional de Betim. QUE não é mais possível exigir dos atuais profissionais de saúde um plus na escala de serviço, haja vista que já trabalham com excesso, com carga horária extra, para atendimento das demandas. QUE essa cautela é necessária para se evitar a queda

da qualidade do atendimento. QUE, não obstante, cada vez mais tem aumentado a taxa de permanência de usuários no Hospital Regional de Betim. **Dada a palavra para o Secretário Executivo do CISMED, João Luiz Teixeira**, esclareceu que a criação do CISMED – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba se deu no ano de 1996, com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços da média complexidade, contudo, a prestação de serviços somente teve início efetivamente em 2005. QUE os agendamentos dos usuários são informatizados. QUE o CISMED também faz classificação de risco, de modo a dar ciência antecipada ao corpo clínico dos casos mais graves. QUE no ano de 2005 foram implantadas as clínicas de otorrinolaringologia, oftalmologia e fonoaudiologia em Betim. QUE, posteriormente, foi instalada em Brumadinho a clínica para atendimento nas áreas da mamografia, ultrassom, angiologia e gastroenterologia. QUE o CISMED administra o Pronto Socorro do Município de Itaúna. QUE além de Betim e Brumadinho, integram o consórcio as cidades de Bonfim, Contagem, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Itaguara, Itatiaiuçu, Itaúna, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Onça do Pitangui, Piedade dos Gerais, Pitangui, Rio Manso, São Joaquim de Bicas, São José da Varginha e Sarzedo. QUE o CISMED atende uma população referenciada superior a 1 milhão de habitantes. QUE o CISMED está construindo seu 1º Hospital Oftalmológico em Igarapé, cuja obra orçada em R\$ 5.000.000,00 está sendo executada com recursos federais, com previsão de término da obra para o ano de 2014. QUE desde o ano de 2008 o CISMED migrou para sua natureza pública. QUE são realizadas cerca de 800 a 900 cirurgias mês pelo CISMED, no 5º andar do Hospital Regional de Betim. QUE o CISMED é o maior prestador de Minas Gerais na atenção da oftalmologia. QUE são feitas cerca de 600 cirurgias mês em oftalmologia. QUE o CISMED é o maior prestador de Minas Gerais em cirurgias de varizes. QUE o CISMED possui estratégia para compra centralizada de medicamentos para distribuição a cada dos municípios participantes, verdadeira espécie de REMUME regional. QUE o CISMED também oferece os serviços de transporte sanitário, com veículos devidamente estruturados para atendimento humanizado. **Dada a palavra para a presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Kátia R. Oliveira Rocha**, ressaltou a ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE considera fundamental a discussão sobre o novo modelo de gestão do Hospital Regional de Betim. QUE muitos desses problemas coletivos de saúde somente podem ser resolvidos pelo olhar compartilhado dos diversos atores sociais. QUE se

coloca à disposição na integração da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **Houve, ainda, manifestação dos seguintes órgãos:** Ouvidoria do Sistema Prisional da Ouvidoria Geral do Estado – Rosa Núbia Vieira de Moura; presidente do COSEMS Regional e Secretário Municipal de Saúde de Igarapé, Juliano Resende Melo; representante da Associação Mineira dos Municípios, Juliana Colen; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Betim, Carlos Alberto dos Santos; Coordenador da Rede de Urgência e Emergência de Betim, Adriano Faustino de Figueiredo; Procuradoria Geral do Município, Bruno Ferreira Cypriano; Secretários Municipais de Saúde da Região. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Betim, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (coordenadora), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Betim (coordenador); Secretário Municipal de Saúde de Betim (coordenador); Promotor de Justiça Nélio Costa Dutra Júnior da comarca de Belo Horizonte; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Igarapé; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Brumadinho; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Bonfim; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Esmeraldas; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Mateus Leme; Secretaria Municipal de Saúde de Igarapé e presidente do COSEMS Regional; presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; representante da Grambel; representante da Associação Mineira dos Municípios; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Betim; Diretor do Hospital Regional de Betim (Wanderson de Oliveira); Secretário Executivo do CISMED; Procuradoria Municipal de Betim (Ana Paula Flavina Silva Assis). **2)** O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos representantes da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Betim, não

participantes desta reunião, para sua integração. **3)** Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região, de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, atenção obstétrica e neonatal, vigilância em saúde, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região. **4)** Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência (integralidade) dos serviços de saúde da média complexidade e parte da alta complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **5)** Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, recursos financeiros recebidos, taxa de ocupação, taxa de referência, taxa de mortalidade materno infantil, taxa de mortalidade institucional, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. **6)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Centro, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. **7)** O CAOSAUDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação Sanitária Macro Centro. **8)** O município de

Betim, sede da região de saúde, deverá assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios, de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. 9) A Comissão de Trabalho, sem prejuízo dos objetivos acima definidos, respeitadas as atribuições das instâncias colegiadas (CIR e CIRA), deverá, ainda, discutir, para os fins de subsídio, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: a) ampliação dos serviços de alta complexidade hospitalar na Região, de modo a verificar, sempre que possível, a desconcentração e dependência assistencial com o município de Belo Horizonte, como, exemplo, novos leitos UTI adulto; b) elaboração de grade de leitos de urgências e emergências (retaguarda hospitalar), com definição dos fluxos de referência e contrarreferência na micro e macro; c) suficiência de plantões médicos presenciais em cada uma das clínicas, inclusive, finais de semana e feriados, em face dos prestadores; d) discussão com a Coordenação Estadual da Urgência e Emergência (Dr. Rasível) dos estudos e indicadores para os fins de implantação da Rede SAMU em face da Micro Betim; e) discussão sobre o aumento da taxa de referência hospitalar em face dos municípios com pactuação (PPI Assistencial) no município de Betim; f) estudos sobre viabilidade técnica, operacional, financeira e sanitária quanto à contratação do Hospital Casa de Saúde Santa Izabel, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), localizado no município de Betim, para ampliação de sua resposta assistencial, inclusive, se for caso, para retaguarda hospitalar do Hospital Regional de Betim, nos casos de pacientes de longa permanência, crônicos e terminais; g) atualização dos dados e indicadores no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; h) acompanhamento da implantação dos novos equipamentos de saúde (unidades de saúde, novos leitos e

serviços da Rede de Atenção às Urgências), definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011; i) discussão com o Setor de Regulação Estadual e Municipal (Belo Horizonte) quanto às dificuldades operacionais no acesso aos leitos pactuados (PPI assistencial) de Belo Horizonte, pelos usuários da Micro Betim, bem como das demais em todo o Estado de Minas Gerais; j) Discussão sobre recursos da assistência farmacêutica, atualmente repassados pelos municípios per capita anual para a SES/MG, de modo que possam ser estudadas estratégias de descentralização, com elaboração da REMUME Regional; **10)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região de Betim deverá tomar ciência, com sugestões e aprimoramento, do planejamento estratégico do Hospital Regional de Betim, de modo a conferir-lhe identidade sanitária REGIONAL, com adoção das providências político, administrativas, técnicas, sanitárias e financeiras necessárias junto aos demais responsáveis. **11)** ESPECIFICAMENTE quanto à grave situação assistencial vivenciada pelo Hospital Regional de Betim, ante à impossibilidade de nomeação de novos servidores concursados (excedentes), para os serviços de urgência e emergência, devido a sua situação comprometida pelo limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), ficam definidos as seguintes estratégias: a) O município de Betim deverá publicar Decreto que reconheça a situação de emergência do Hospital Regional de Betim; b) O município de Betim deverá providenciar documento oficial, preferencialmente junto ao Tribunal de Contas de Minas Gerais, que demonstre seu comprometimento com o limite prudencial para contratação de pessoal, definido pela Lei de Responsabilidade Fiscal; c) Resolução aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que o autorize a fazer, em regime emergencial, por prazo certo, a contratação denominada CONTRATO DE PROGRAMA com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), visando a contratação de serviços para a atenção da

urgência e emergência; d) O CISMED deverá providenciar alteração (inclusão) de suas atividades secundárias junto ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, de modo a tornar-se legitimado para celebração de Contrato de Programa com o Município/Hospital Regional de Betim; e) O Município de Betim deverá, ainda, apresentar para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária cópia do Decreto Municipal que o autorizou à exoneração dos servidores comissionados, para adequação à Lei de Responsabilidade Fiscal; f) O Município de Betim deverá, sempre que possível, fazer as nomeações dos excedentes em face da Rede Municipal de Saúde; g) Durante o prazo de vigência do Contrato de Programa, a ser celebrado com o CISMED, o município de Betim, juntamente com a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região, deverão estudar a implantação do novo modelo de gestão hospitalar, com obediência às diretrizes aprovadas pelo projeto de lei estadual versando sobre a mesma temática, com seminário previsto para o próximo dia 29 de outubro, na sede da Procuradoria Geral de Justiça. **12)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região de Betim deverá dar ciência, pessoalmente, visando aprovação das estratégias definidas no item 11 (supracitado) para o Ministério Público com atribuições na Defesa do Patrimônio Público da comarca de Betim e para o MM. Juiz da Vara Cível responsável pela Ação Civil Pública, movida pelo Ministério Público, versando sobre a obrigatoriedade do concurso público municipal. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>GIOVANNA CARONE NUCCI FERREIRA <i>Promotora de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Betim</p>
<p>NELIO COSTA DUTRA JR. <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Belo Horizonte</p>	<p>CARLAILE DE JESUS PEDROSA Prefeito Municipal de Betim/MG</p>
<p>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG</p>	<p>MAURO SILVA REIS Secretário Municipal de Saúde Betim/MG</p>
<p>JÚNIO ARAÚJO ALVES Secretário Adjunto de Saúde Betim/MG</p>	<p>WANDERSON DE OLIVEIRA Diretor do Hospital Regional de Betim</p>
<p>JOÃO LUIZ TEIXEIRA Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba - CISMEP</p>	<p>ROSA NÚBIA V. MOURA Assessora da Ouvidoria do Sistema Penitenciário do Estado de Minas Gerais – OUSPE</p>
<p>CARLOS ALBERTO DOS SANTOS Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Betim</p>	



ATA REUNIÃO

LIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Timóteo/Coronel Fabriciano

Aos nove dias do mês de outubro do ano de dois mil e treze, às 13 h, no auditório do Hospital Vital Brasil, com endereço na Rua José Júlio Lage, s/nº, Bairro Timirim, Timóteo/MG, realizou-se a LIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para discussão sobre a *fusão da dupla porta da urgência e emergência ambulatorial. Financiamento dos plantões médicos presenciais do Hospital Vital Brasil. Discussão sobre projeto de orçamentação global para o Hospital Vital Brasil. UPA regional. Garantia de acesso aos serviços de saúde hospitalares pela população loco-regional. Indicadores de saúde do Hospital Vital Brasil (Timóteo) e Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano). Definição papel assistencial do Hospital Vital Brasil e Hospital São Camilo na Rede Estadual de Urgência e Emergência. Qualificação da atenção primária na microrregião (Timóteo, Coronel Fabriciano, Antônio Dias, Córrego Novo, Dionísio, Jaguaraçu, Marliéria, Pingo D'Água). Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional.* Participaram da reunião um total de 25 (vinte e cinco) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Maria Regina Lages Perilli, promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo; Cleydson Domingues Drumond, prefeito municipal de Timóteo; Domingos Sávio Alves de Faria, Diretor Geral das Organizações São Camilo no Brasil; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Presidente da Comissão de Assuntos

Jurídicos da Federassantas; Ricardo Martins Araújo, secretário municipal de saúde de Coronel Fabriciano; Érica Dias de S. Lopes, diretora administrativa do Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano; Juliana A. Gomes, gerente de enfermagem do Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano; Cícero Matos, Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano; Kelly Cristina C. Mota, gerente administrativa do Hospital e Maternidade Vital Brazil de Timóteo; Tatyane Magaly Ferreira Martins Costa, gerente assistencial do Hospital e Maternidade Vital Brazil de Timóteo; Deborah C. Roland Cabral Coordenadora do Núcleo de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano; Marcélio Teixeira da Costa, presidente do conselho de secretários municipais de saúde de Minas Gerais – COSEMS/MG; Olgamara Veraze e Sampaio Oliveira, COSEMS/MG; Ernany de O. Duque Júnior, coordenador do núcleo regional de atendimento à saúde da secretaria municipal de saúde de Coronel Fabriciano; Renato Alves Martins, jurídico da prefeitura municipal de Timóteo; Elizabeth Ulhôa, representante da SRS de Coronel Fabriciano e coordenadora de gestão da SRS; Edla do Carmo R. Vieira, diretora administrativa do hospital Monsenhor Horta de Mariana/MG; Cleusa de Lourdes Claudino, assessora administrativa do hospital São Camilo de Itabirito/MG; José Espírito Santo, gabinete do Deputado Estadual Celinho Sinttrocel; José Soares Ferreira, hospital e maternidade Vital Brazil; Élio Alves Batista Filho, médico do hospital e maternidade Vital Brazil; Jorge Luiz Alves, Diretor Interino do Hospital e Maternidade Vital Brazil; Alysson da Silveira Campos, Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brasil; Anfilófilo Salles Martins, Diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço. **A reunião foi aberta pela promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo Maria Regina Lages Perilli** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, em especial do promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE que atendeu prontamente seu convite na realização dessa importante Reunião de Mediação Sanitária. QUE participa da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Macro Leste (pólo Ipatinga). QUE em razão dos problemas específicos coletivos de saúde envolvendo a Micro Timóteo/Coronel, enfrentados de modo genérico por aquela Comissão Macro, surgiu a necessidade de discussão locorregional. QUE são muitos os graves problemas coletivos de saúde envolvendo a Micro, podendo ser destacados: a) fusão da dupla porta de urgência e emergência, ambulatorial, conforme condicionante feita pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, envolvendo o prestador Hospital e Maternidade Vital Brazil e a UPA municipal João Otávio; b) enfrentamento da crise financeira e assistencial

vivenciada pelo prestador Hospital e Maternidade Vital Brazil; c) alinhamento operacional (assistencial) dos dois grandes prestadores na Região – Hospital e Maternidade Vital Brazil e Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano), de modo a eliminação da concorrência e eficiência da retaguarda hospitalar. QUE o fato de os municípios pertencerem a uma região metropolitana, portanto, muito próximos um dos outros, é facilitador para busca dessa estratégia operacional, uniforme, de retaguarda hospitalar. QUE a atenção básica em face dos municípios da Micro também precisa ser melhorada, de modo a evitar que a porta hospitalar possa ser a primeira opção da população locorregional. QUE é preciso haver uma solução doméstica para os variados problemas de saúde, devendo os gestores se alinharem através de uma agenda positiva (dialogada). **Dada a palavra para o responsável pela gestão de qualidade do Hospital Vital Brasil Alysson da Silveira Campos** fez apresentação (power-point) de proposta ou serviço idealizado de saúde para a Micro de Timóteo/Coronel Fabriciano. QUE o Hospital e Maternidade Vital Brazil possui 77 leitos, sendo 13 (maternidade), 08 (UTI adulto), 02 (berçário), 29 (cirúrgico), 06 (pediatria), 19 (clínica médica) e Pronto Atendimento. QUE a produção média do Hospital e Maternidade Vital Brazil é de 5.200 atendimentos de urgência/mês, 600 internações/mês, 200 cirurgias/mês e 120 partos/mês. QUE o fluxo de gerenciamento de pacientes precisa ser mergulhado em um sistema de qualidade, de modo a gerar efetividade. QUE é preciso a instituição de uma gestão por centros de resultados. QUE não se pode desconsiderar o fato de quem gerencia fluxo é a taxa de ocupação e necessidade do paciente. QUE não são as necessidades do corpo clínico quem gerenciam o fluxo assistencial. QUE, especificamente no setor de internação, o Hospital e Maternidade Vital Brazil tem atingido a média de permanência preconizada, sendo de 2,34% (março), 2,96 (abril), 2,50 (maio), 2,57 (junho) e 2,90 (julho). QUE no tocante ao índice de giro de leitos, atingiu 8,3 (março), 7 (abril), 8,1 (maio), 7,28 (junho) e 5.86 (julho). QUE o índice de satisfação dos usuários na alta hospitalar assim discriminada: 100% (maio), 97,70% (junho) e 98% (julho). QUE do total de 4.511 atendimentos no pronto socorro hospitalar, no mês de julho do corrente, foram geradas 161 internações, o que representa 3,56%. QUE esse indicador demonstra a preocupação da política de qualidade do Hospital e Maternidade Vital Brazil em não “queimar AIH’s”, permitindo o acesso hospitalar somente quando constatado pela classificação de risco. QUE a média de permanência dos usuários na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido mantida dentro da proposta, atingindo 6,2% no mês de julho do corrente. QUE a taxa de mortalidade esperada pelo APACHE (meta), no mês de julho, foi de

22,60%. QUE a meta esperada para realização de cirurgias, dentro da meta de 300/mês, ficou acima nos meses de janeiro, maio, junho e julho deste ano. QUE o número de partos esperados, dentro da meta de 120/mês, ficou acima nos meses de maio e junho. QUE a taxa de mortalidade global, nos meses de janeiro a junho de 2013, ficou em 1,99%, bem abaixo da meta de 3,00%. QUE a taxa de mortalidade institucional foi de 2,65%, nos meses de julho a dezembro de 2012 e de 1,77% nos meses de janeiro a junho de 2013. QUE o Hospital e Maternidade Vital Brazil está há 03 (três) anos sem mortalidade materna. QUE a taxa de infecção hospitalar é de 0,5 a 0,8%, portanto abaixo do preconizado de 1% pela ANVISA. QUE, dentro da estratégia de valorização e qualificação do Hospital e Maternidade Vital Brazil, nos anos de 2012 e 2013, foi conseguida, com sua Acreditação ONA Nível II. QUE, para os anos de 2014/2015, a proposta é a da ampliação de leitos e ciclos de melhoria, passando dos atuais 77 para 156 leitos. QUE, para os anos de 2016/2018, a proposta é a da Acreditação ONA Nível III, com mais de 156 leitos. QUE é preciso instituir o processo do fortalecimento horizontal da estrutura, através da Gestão por Equipes. QUE o atual modelo assistencial, em face dos dois grandes prestadores da Micro, tem demonstrado ausência de efetividade; baixa produtividade; imagem questionável multilateralmente; alto risco jurídico, assistencial e financeiro; equipes fragmentadas e incapacidade de reter pessoas; ausência de ambulância; fluxo anencéfalo. QUE há necessidade de um atuar estratégico solidário, compartilhado, uniforme entre esses dois prestadores (Hospital e Maternidade Vital Brazil e Hospital São Camilo). QUE, na perspectiva de um serviço idealizado para a Microrregião, não poderá haver essa barreira estrutural político-sanitária. QUE há necessidade de um fortalecimento horizontal da estrutura, mediante gestão por equipes, simultânea, em face dos dois grandes prestadores. QUE, nessa linha estratégica, preconiza-se adequado transporte sanitário inter-hospitalar, com equipes de profissionais na linha horizontal de cirurgiões, ortopedistas, anestesistas, cardiologistas, neurocirurgiões, cirurgiões pediatras, cirurgia vascular, neurologistas, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, obstetras, urologistas, pediatras e clínicos. QUE, em resumo, o modelo horizontal idealizado para essas duas unidades hospitalares seria assim descrito: Hospital e Maternidade Vital Brazil (01 cirurgião 24h, 02 clínicos 24 h, 02 pediatras 24 h, 01 ortopedista 12 h, 01 obstetra 24 h e UTI adulto 24 h); Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano (01 cirurgião 12h, 02 clínicos 24 h, 01 ortopedista 8 h e UTI adulto 24 h). QUE, nessa perspectiva, deveriam ser Unificados os Sobreavisos de: anestesia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, ortopedia, endoscopia, clinica médica, neurologia

clínica, urologia, pediatria, hematologia, radiologia, otorrinolaringologia, ginecologia, cirurgia pediátrica, nefrologia e bucomaxilar. QUE a resultante desse modelo idealizado, horizontal, solidário, compartilhado, a par da redução dos recursos financeiros, também irá permitir efetividade; alta produção; capacidade de reter pessoas; segurança jurídica, assistencial e financeiro; fluxo inteligente e gerenciado; fortalecimento multilateral da imagem; acreditação e sustentabilidade. QUE podem ser citadas as seguintes vantagens para esse projeto: a) estabelece visão e objetivos claros; b) permite adequada alocação de recursos escassos; c) estrutura organizacional resolutiva; d) estrutura horizontal forte, permitindo responsabilização de todos os atores; e) estrutura preparada para ofertar saúde e segurança pública diante de catástrofes, epidemias, surtos e acidentes; f) equilíbrio das balanças custo-efetividade e risco benéfico; g) satisfação da perspectivas gerencial, clínica, política, jurídica e comunitária; h) clareza quanto ao futuro planejado; i) cultura da qualidade, efetividade e sustentabilidade; j) capacidade de reter e motivar as pessoas; k) agrega valor aos processos e valores à atividade fim em prol do usuário; l) submete-se à análise crítica de uma empresa Acreditora de renome internacional e aprovado. QUE, atualmente, para manutenção das equipes de plantões médicos e sobreaviso médico, mensalmente, o Hospital e Maternidade Vital Brazil (Timóteo) custa R\$ 405.218,26 e o Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano) custa R\$ 351.123,60, totalizando R\$ 756.341,86, assim discriminados: UNIDADE TIMÓTEO – a) PLANTÕES – 01 cirurgião 12 h (R\$ 18.252,00), 02 clínicos 24 h (R\$ 111.945,60), 01 pediatra 24 h (R\$ 50.412,00), 01 ortopedista 12 h (R\$ 50.054,00), 01 obstetra 24 h (R\$ 36.504,00) e UTI adulto 24 h (R\$ 55.972,80) – Totalizando R\$ 323.140,80; b) SOBREAVISOS – anestesia, cirurgia geral, bucomaxilar, ortopedia, clínico internista, neurologia clínica, urologia, pediatria, berçarista, cirurgia pediátrica, nefrologia, radiologia – Totalizando R\$ 82.077,46; UNIDADE CORONEL FABRICIANO – a) PLANTÕES – 01 cirurgião 24 h (R\$ 55.972,80), 02 clínicos 24 h (R\$ 103.428,00), 01 pediatria 12 h seg a sexta (R\$ 18.700,00) e UTI adulto 24 h (R\$ 55.972,80) – Totalizando R\$ 234.073,60; b) SOBREAVISOS – anestesia, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínico internista, neurologia clínica, urologia, hematologia e nefrologia – Totalizando R\$ 117.050,00. QUE para instituição do modelo idealizado, solidário, compartilhado, uniforme, para manutenção das equipes de plantões médicos e sobreaviso médico, mensalmente, o custo global passará a ser de R\$ 861.032,00, assim discriminado: HOSPITAL VITAL BRAZIL – PLANTÕES: 01 cirurgião 24 h (R\$ 43.400,00), 02 clínicos 24 h (R\$ 121.680,00), 02 pediatras 24 h (R\$ 86.800,00), 01 ortopedista 12 h

(R\$ 22.000,00), 01 obstetra 24 h (R\$ 43.400,00) e UTI adulto 24 h (R\$ 60.840,00), Totalizando R\$ 378.120,00 mês; HOSPITAL SÃO CAMILO – PLANTÕES: 01 cirurgião 12 h (R\$ 25.986,40), 02 clínicos 24 h (R\$ 111.945,60), 01 ortopedista 8 h (R\$ 20.240,00) e UTI adulto 24 h (R\$ 60.840,00), Totalizando R\$ 221.012,00 mês. QUE o Sobreaviso Médico para esses dois prestadores, de forma UNIFICADA, passaria a ser: anestesia 24 h (R\$ 24.000,00), cirurgia geral 24 h (R\$ 28.000,00), neurocirurgia 24 h (R\$ 16.000,00), cirurgia vascular 24 h (R\$ 12.000,00), ortopedia 24 h (R\$ 30.000,00), endoscopia 24 h (R\$ 9.000,00), clínica médica HMVB 24 h (R\$ 24.000,00), clínica médica HSC 24 h (R\$ 24.000,00), neurologia clínica 24 h (R\$ 12.000,00), urologia 24 h (R\$ 8.000,00), pediatria 24 h (R\$ 12.000,00), hematologia 24 h (R\$ 5.000,00), radiologia 24 h (R\$ 12.000,00), otorrino 24 h (R\$ 9.000,00), ginecologia 24 h (R\$ 6.000,00), cirurgia pediátrica 24 h (R\$ 8.000,00), nefrologia 24 h (R\$ 12.000,00) e bucomaxilar 24 h (R\$ 700,00), Totalizando R\$ 251.700,00. QUE a diferença final (custos) entre o atual modelo, fragmentado, solitário e concorrencial com o modelo proposto, solidário, horizontal e compartilhado é de R\$ 104.690,14, com a ressalva que nesse novo modelo foram acrescentados os seguintes serviços hoje inexistentes na rede: a) neurocirurgia, cirurgia vascular, endoscopia, radiologia, otorrinolaringologia, ginecologia e cirurgia pediátrica. QUE esses novos custos poderão ser assumidos por todos os entes (Ministério da Saúde, SES/MG e municípios da Microrregião). QUE atualmente o perfil de origem dos usuários atendidos na urgência e emergência do Hospital e Maternidade Vital Brazil, no período de agosto de 2012 a agosto de 2013, assim discriminados: 53,1 % (Timóteo), 36,4% (Coronel Fabriciano), 4,0% (Antônio Dias), 2,7% (Marliéria), 1,9% (Jaguaraçu), 1,0% (Dionísio), 0,6% (Córrego Novo) e 0,3% (Pingo D'água). QUE o orçamento mensal do Hospital e Maternidade Vital Brazil, no tocante ao serviço de urgência e emergência, assim discriminado: a) total de despesas R\$ 504.622,74; b) total de receitas R\$ 71.180,42; c) Déficit mensal de R\$ 433.442,32. QUE o valor global dessa receita assim discriminada: a) SUS ambulatorio (R\$ 29.513,75); b) subvenção municipal (R\$ 41.666,67). QUE ratifica sua visão de que os Hospitais Vital e Brazil e São Camilo possuem a vocação primária da atenção da média complexidade e parte da alta, devendo ser o Hospital Márcio Cunha (Ipatinga) a referência para a alta complexidade. QUE o Hospital Márcio Cunha (Ipatinga) precisa abrir suas portas, como referência macrorregional da alta complexidade. **Dada a palavra para o Diretor Interino do Hospital e Maternidade Vital Brazil Jorge Luís Alves** ressaltou haver participado de recente reunião, convocada pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo, realizada no dia

18/09/2013, para discussão do grave comprometimento financeiro do Hospital, especialmente para os fins de solução de financiamento para a porta da urgência e emergência, ambulatorial. QUE o Hospital Vital Brazil permanece na situação de insustentabilidade financeira, haja vista o déficit operacional mensal de aproximadamente R\$ 500.000,00. QUE, não obstante esse considerável déficit mensal, o Hospital Vital Brazil não fechou suas portas para o atendimento Microrregional de urgência e emergência. QUE o Hospital Vital Brazil não possui condições técnicas e logísticas de assumir a demanda dos serviços de urgência e emergência, ambulatorial, da UPA municipal João Otávio, o que provocaria um colapso assistencial. QUE, também, naquela reunião, externou a posição do Hospital e Maternidade Vital Brazil no sentido de que não teria essas mesmas condições para assunção da gerência da UPA João Otávio. QUE, em razão disso, não poderia aceitar, como condicionante para assunção da UPA João Otávio, o adiantamento federal de R\$ 300.000,00, referente a porta da UPA Regional, tipo II, da Rede de Atenção às Urgências. QUE cerca de 80% dos custos do Hospital Vital Brazil refere-se aos atendimentos da urgência e emergência. QUE o orçamento repassado para o Hospital Vital Brazil não é suficiente. QUE poder afirmar, com desgosto, que o Hospital Vital Brazil está “quebrado”. **Dada a palavra para a Diretora Administradora do Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano), Erica Dias de S. Lopes**, lembrou que as duas unidades fazem parte da mesma organização São Camilo, não havendo razões para que possam, naquele território metropolitano, atuar de forma fragmentada e concorrencial. QUE o Hospital São Camilo trabalha com a lógica de orçamentação global, portanto, diferentemente da produção do Hospital Vital Brazil. QUE concorda prontamente com o projeto de reestruturação dos fluxos assistenciais, apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, em face das duas unidades hospitalares, haja vista a geografia metropolitana dos municípios. QUE o município de Coronel Fabriciano não possui unidade própria de urgência e emergência ambulatorial. QUE o Hospital São Camilo é o responsável a ser a primeira porta de atenção da urgência e emergência ambulatorial. QUE não há uma contrapartida financeira para essa atenção ambulatorial e hospitalar pelo município de Coronel Fabriciano, salvo o remanejamento de seus créditos, a título da então UPA Regional, advindos do governo federal e estadual. QUE a taxa de ocupação no Hospital São Camilo é próxima de 150%, o que, evidentemente, compromete em muito a qualidade da prestação dos serviços. QUE o Hospital São Camilo possui apenas 41 leitos, atualmente em expansão (construção) de novos leitos, dada a crescente demanda

na região e necessidade da humanização do atendimento. QUE há pacientes entubados nos corredores da unidade dependentes da retaguarda hospitalar de maior densidade tecnológica. QUE, hoje, há cerca de 65 pacientes internados no Hospital São Camilo, quando o número de leitos é de apenas 41 (quarenta e um). QUE a resolutividade do Hospital São Camilo é deficitária. QUE há necessidade, com urgência, de estabelecimento dessa parceria estratégica com o Hospital Vital Brazil na Microrregião. QUE o Hospital São Camilo possui responsabilidade pela atenção da média complexidade no Vale do Aço. QUE, também, a questão do transporte sanitário entre os Hospitais constitui-se outro grande desafio. QUE a SES/MG apresentou proposta de cessão de um veículo, com doação de equipamentos, para realização desse transporte inter-hospitalar no Vale do Aço. QUE, entretanto, esse veículo não será uma UTI móvel. QUE, no caso, o custeio mensal dessa operacionalização seria dos municípios. QUE os municípios não conseguem dialogar no sentido da discussão proativa desse custeio para o transporte sanitário inter-hospitalar. QUE o custo mensal desse serviço deverá ser de R\$ 18.000,00. QUE a Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano solicitou planilha de custos desses serviços para articulação com os municípios. QUE pode citar, como exemplo, o fato de que devido a falta desse transporte sanitário especializado, um seu paciente havia obtido vaga para internação no Hospital Márcio Cunha (Ipatinga) às 17 horas, somente conseguindo transferir-se às 21h30. **Dada a palavra para a Coordenadora do Núcleo de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano Deborah Roland Cabral** informou ser a primeira vez que participa de uma ação institucional de Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE também acredita que esses problemas coletivos de saúde devem ser discutidos e compartilhados por todos os atores sociais. QUE, também, participou da reunião promovida pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo, em data de 18/09/2013, para discussão desses mesmos graves assuntos. QUE naquela oportunidade expôs que foi ajustado na CIR o aumento do teto MAC para o município de Timóteo, no valor de R\$ 300.000,00, a ser repassado para o Hospital e Maternidade Vital Brazil até a finalização da construção da UPA Regional, tipo II, no município, desde que houvesse a assunção pelo referido Hospital de todo o atendimento microrregional da urgência e emergência ambulatorial. QUE, dentre esse atendimento, encontra-se a demanda atual do Centro de Saúde João Otávio, com atuação na urgência e emergência ambulatorial. QUE a sugestão de assunção desse Centro de Saúde pelo Hospital Vital Brazil, sem a sua desativação, mediante

contração de equipe médica para prestação desses serviços no local, não atende ao que fora pactuado e deliberado na CIR. QUE referido custeio federal não poderá ser utilizado exclusivamente em face dos usuários de Timóteo, mas de toda a microrregião de saúde. QUE não considera o equipamento de saúde UPA, do governo federal, uma boa política pública, sobretudo para municípios com menos de 200.000 habitantes. QUE não faz sentido a manutenção de dupla porta de urgência e emergência, ambulatorial, haja vista que os recursos são finitos e os profissionais de saúde escassos. QUE o Hospital Vital Brazil recebe da SES/MG recursos importantes do PROURGE. QUE é preciso haver transparência desses custos/investimentos em face dos Hospitais Vital Brazil e São Camilo, daí sua sugestão de que haja essa prestação de contas de forma estratificada. QUE qualquer decisão que venha a ser adotada pela SES/MG ou Ministério da Saúde que importe em aumento de custeio, investimento ou teto, necessariamente exigirá essa adequada transparência. QUE o Hospital e Maternidade Vital Brazil participa da Câmara de Compensação, instituída pela SES/MG, de modo que recebe pelos recursos do extrapolamento de sua prestação de serviços em face da população microrregional. QUE, segundo indicadores do PRO-HOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG, a SES/MG repassou, até 2012, o correspondente a R\$ 3.572.967,39 para o Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE no tocante a taxa de referência, ano 2012, o Hospital Vital Brazil deu 50% de atenção para a população própria (Timóteo) e outros 50% de atenção para a Microrregião pactuada (PPI Assistencial). QUE é preciso, de fato, encontrarmos uma solução, haja vista que o funcionamento de dupla porta é mesmo inviável, como, exemplo, o caso de Caratinga/MG. QUE, também, TODOS os municípios da Microrregional, de forma proporcional, deverão contribuir com recursos próprios para o fortalecimento da estratégia microrregional, de forma solidária, compartilhada e democrática. **Dada a palavra para o Diretor Geral das Organizações São Camilo no Brasil, Domingos Sávio Alves de Faria**, ressaltou sua esperança na resolução dos graves problemas financeiros envolvendo o Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE acredita que possa haver adequado entendimento nessa mediação sanitária, uma vez que coordenada pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais. QUE a organização São Camilo administra há mais de 21 anos o Hospital e Maternidade Vital Brazil em Timóteo. QUE a situação financeira do Hospital e Maternidade Vital Brazil é muito preocupante, não sendo razoável a manutenção de seu déficit mensal próximo de R\$ 500.000,00. QUE, hoje, a organização São Camilo coloca, anualmente, no Hospital e Maternidade São

Camilo cerca de R\$ 1.300.000,00. QUE esse hospital foi construído pela Acesita, em 1952, ocasião em que, no dia 12 de maio de 1992, a Acesita transferiu o hospital, em comodato, para a Sociedade Beneficente São Camilo. QUE a Sociedade Beneficente São Camilo possui a administração de outros 08 (oito) hospitais parceiros em Minas Gerais. QUE considera um grave equívoco a inviabilidade financeira do Hospital e Maternidade Vital Brazil, por seus atores políticos responsáveis pela saúde pública, uma vez que os reflexos serão imediatos para toda a população localregional. QUE a São Camilo trabalha na lógica dos atendimentos SUS, convênio e particulares, daí que espera uma resolução compartilhada para que possa continuar fazendo seus atendimentos para rede SUS. QUE possui atendimento de que, nos casos de urgência e emergência ambulatorial, não se pode deixar de fazer o atendimento médico do usuário, ainda que classificado em verde ou azul, porquanto esse fato representa risco sanitário, razão pela qual deverá ser atendido. QUE a Sociedade Beneficente São Camilo apenas aguarda os resultados dessa reunião de Mediação Sanitária para que possa tomar, no nível central, uma decisão definitiva quanto à manutenção ou não dos serviços SUS pela entidade no Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE é preciso maior união de todos os gestores da Microrregião, colocando-se, nessa oportunidade, acorde ao projeto estratégico apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos. QUE, lado outro, não é possível agora desviar o foco, uma vez que temos um problema emergencial para ser resolvido, ou seja, o financiamento adequado do Hospital Vital Brazil, uma vez que não poderá passar o mês de outubro com essa grave pendência. QUE a questão do pronto atendimento hospitalar não é de gestão mas de financiamento pelos entes responsáveis. QUE não é razoável a subvenção municipal de apenas R\$ 42.000,00 mensalmente. QUE no ano de 2012 o município de Timóteo deixou de repassar os créditos devido ao Hospital e Maternidade Vital Brazil no valor de R\$ 700.000,00. QUE, no caso de não haver uma resolução financeira para o Hospital, deverá fechar o ano de 2013 com déficit de R\$ 2.200.000,00. QUE há em curso judicial uma ação promovida pela entidade hospitalar visando ao recebimento de seus créditos financeiros, o que não é, evidentemente, fator para uma boa imagem e relação política da Sociedade Beneficente São Camilo. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Timóteo, Ricardo Martins Araújo,** compartilhou como positiva o projeto de reestruturação da assistência apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, desde que haja efetiva participação dos municípios da Microrregião. QUE o município de Timóteo assumiu, no início do ano, por ocasião da nova administração, um passivo próximo de R\$ 34.000.000,00,

razão pela qual foi obrigado a fazer contingenciamento dessas despesas, com alguns cortes em programas, de modo a não chegar a inadimplência total. QUE, de fato, houve a redução da subvenção social, anteriormente de R\$ 127.000,00 para o atual convênio de R\$ 42.000,00. QUE o município fez o pagamento antecipado, anualizado, dessa subvenção diretamente para o Hospital e Maternidade Vital Brazil, no importe de R\$ 500.000,00, reconhecendo suas dificuldades financeiras. QUE há discussão quanto ao aumento dessa subvenção para o próximo orçamento 2014, reconhecendo-se a importância cultural e assistencial do Hospital e Maternidade Vital Brazil para a população locorregional. QUE o custeio estadual e federal repassados para manutenção do Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano) é de R\$ 4.800.000,00, enquanto que o repassado para o Hospital e Maternidade Vital Brazil é de apenas R\$ 1.350.000,00. QUE reconhece que o custeio repassado para aquele prestador em Coronel Fabriciano se dá na modalidade de orçamentação global. QUE, no entanto, tem informações de que a prefeitura municipal de Coronel Fabriciano não participa financeiramente daquele custeio. QUE o município não concorda com a proposta de fechamento do Centro de Saúde João Otávio, seja pelo aspecto cultural, político, logístico e financeiro. QUE o Hospital e Maternidade Vital Brazil não possui sequer condições logísticas de assunção daquela demanda. QUE, hoje, os atendimentos de urgência e emergência ambulatorial realizados no Centro de Saúde João Otávio superam mais de 5.000 atendimentos mensalmente. **Dada a palavra para o secretário municipal de saúde de Coronel Fabriciano, Rubens Castro** declarou que concorda com o projeto apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, mas que não deveria haver contraprestação financeira dos municípios. QUE os municípios já estão no limite desses financiamentos, com média de 23% de aplicação nas ações e serviços de saúde. QUE é preciso instituir, com urgência, uma nova cultura social, de modo que os prestadores (hospitais) deixem de fazer atendimento das urgências e emergências (azuis e verdes), redirecionando esses pacientes para as portas da atenção básica. QUE é preciso educar a população, ir para a imprensa, instar o Conselho Municipal de Saúde nessa nova visão assistencial. QUE seria interessante que o Centro de Saúde João Otávio, com atenção na urgência e emergência ambulatorial, pudesse receber esses recursos de R\$ 300.000,00, de natureza federal, até inauguração da UPA Regional, porte II, em Timóteo. QUE mesmo que haja esse custeio federal ainda teríamos um déficit operacional financeiro de R\$ 133.000,00, contudo, seriam mais 5.000 novos atendimentos por aquela unidade de saúde. QUE essa discussão deverá ser feita com o Estado de Minas Gerais. QUE no

tocante ao transporte inter-hospitalar possui posição firmada de que essa responsabilidade é exclusivamente dos prestadores (hospitais). QUE, no caso concreto, a SES/MG deveria também assumir o custeio desse transporte inter-hospitalar, de modo a garantir o fluxo de pacientes dos Hospitais São Camilo e Vital Brazil. QUE está havendo muitas dificuldades operacionais nos estudos para implantação da Rede SAMU na macro Leste, mas que os problemas devem ser discutidos na lógica de cada uma das microrregiões. QUE deverá ser diligenciado junto à SES/MG visando o recebimento de recursos pela Câmara de Compensação pelo Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE compartilha da proposta de que referidos hospitais deverão apresentar prestação de contas, com estratificação das receitas e despesas, de modo que todos possam saber da sua situação financeira. **Dada a palavra para a presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas Kátia Regina de Oliveira Rocha** foi ressaltada a estratégia da Mediação Sanitária como ferramenta hábil, sob a coordenação do Ministério Público, na resolução dos graves problemas coletivos de saúde. QUE também concorda que, hoje, as discussões devem ser focadas na questão da fusão das duas portas de urgência e emergência e no financiamento adequado do Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE também concorda com o excelente projeto de reestruturação da assistência apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos. QUE não se pode confundir transporte sanitário com porta hospitalar. QUE esse transporte inter-hospitalar deve ser garantido pelos entes públicos, salvo se na contratação dos serviços houver pactuação clara a respeito, com definição, principalmente, dos aportes de recursos para execução dessa específica política. QUE o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG – PRO-HOSP, sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, não financia pronto atendimento, mas tão somente fortalecimento das portas hospitalares. QUE também o PROURGE, de natureza estadual, faz parte do programa de fortalecimento da retaguarda hospitalar de urgência e emergência. QUE o pronto atendimento do hospital precisa ter sustentabilidade financeira, de modo a não implicar no fluxo dos atendimentos de natureza hospitalar. QUE é preciso definir o que vem a ser o pronto atendimento, sua relevância, papel assistencial, responsabilidade e financiamento adequado. **Dada a palavra para o presidente do COSEMS Regional Marcélio Teixeira da Costa** registrou que essa Microrregião possui determinadas especificidades, com características próprias e muitas dificuldades. QUE também concorda que deverá ser superada essa crise financeira do Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE concorda com o projeto de

reestruturação assistencial apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos. QUE considera importante essa ação de Mediação Sanitária para que possam ser encontradas as soluções. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Timóteo Cleydson Domingues Drumond** ressaltou a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE participou, no dia 18 de setembro do corrente, de uma reunião convocada pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Timóteo. QUE, dentre outros assuntos, o município de Timóteo propôs a assunção, pelo Hospital e Maternidade Vital Brazil, da gerência e prestação de serviços do Centro de Saúde João Otávio, com o consequente repasse financeiro, para aquele prestador hospitalar, a título de aumento do teto MAC, aprovado pela CIR, no valor de R\$ 300.000,00. QUE o município possui interesse no fortalecimento da assistência hospitalar, assim como da saúde pública em seu território. QUE, por outro lado, o município atravessa dificuldades financeiras, assumindo considerável déficit orçamentário deixado pela administração anterior, obrigando-o à adoção de providências que passam inclusive pela exoneração de cargos comissionados. QUE tem ciência da ação judicial movida pelo prestador Hospital e Maternidade Vital Brazil, em face de seus créditos financeiros, não repassados pela anterior administração, com reflexos na assistência na atual administração. QUE o município deverá construir sua UPA Regional, tipo II, conforme projeto aprovado junto ao Ministério da Saúde. QUE atualmente a urgência e emergência, ambulatorial, tem sido feita no Centro de Saúde João Otávio. QUE são cerca de 5.000 atendimentos mensalmente naquela unidade, não somente da população de Timóteo, mas de toda a Microrregião Sanitária. QUE tem conhecimento das dificuldades financeiras do Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE repassou o valor global de R\$ 500.000,00, a título de subvenção municipal, diretamente para o Hospital e Maternidade Vital Brazil, cujo valor mensal é hoje de R\$ 42.000,00, de modo que pudesse amenizar seu quadro financeiro. QUE concorda plenamente com a estratégia da fusão de portas, com trabalho unificado e fortalecido. QUE não é possível o fechamento das portas do Centro de Saúde João Otávio, seja por questões culturais, seja pela impossibilidade técnica (logística) de o Hospital e Maternidade Vital Brazil assumir esses serviços no momento. QUE há necessidade de que, primeiramente, possa aquela unidade de saúde hospitalar se reestruturar para que, posteriormente, se for o caso, possa receber a demanda da urgência e emergência, ambulatorial. QUE atualmente emprega cerca de R\$ 500.000,00 gastos com seu Centro de Saúde João Otávio. QUE esse Centro de Saúde possui seguinte RH de profissionais médicos de saúde: 01 clínico (diurno), 01

pediatra (diurno), 02 clínicos (noturnos) e 01 pediatra (noturno), além dos servidores da Enfermagem. QUE alguns desses servidores são concursados e outros contratados. QUE reconhece a enorme credibilidade da administração São Camilo, daí sua pretensão de que seu Centro de Saúde João Otávio fosse também por ela administrado. QUE concorda com o pagamento dos créditos atrasados do Hospital e Maternidade Vital Brazil, atualmente judicializados, desde que possa haver um entendimento quanto ao seu parcelamento. QUE é preciso buscar junto à SES/MG, a título de antecipação de custeio estadual, recursos da Rede de Atenção às Urgências, independentemente da criação da Rede da Urgência e Emergência da Macro Leste, dadas as especificidades e gravidade da situação no Vale do Aço. QUE concorda com o projeto que reestrutura a assistência à saúde na Microrregião, apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, haja vista que esses dois hospitais devem ser parceiros e não concorrentes, com definição de protocolos operacionais assistenciais. **Dada a palavra ao presidente da Agência Metropolitana do Vale do Aço Anfilófilo Salles Martins** informou sobre a estratégia legal de um fundo financiador de projetos pela Agência Metropolitana do Vale do Aço, onde se pactua a responsabilidade estadual no mínimo em 50% do valor do projeto. QUE esse projeto reestruturador da assistência à saúde, querendo, poderá ser apresentado junto à Agência Metropolitana do Vale do Aço, haja vista o PDDI – Plano Diretor de Desenvolvimento e Investimentos do Vale do Aço. QUE, nessa lógica, não é possível que algum município dessa região metropolitana não queira participar dessas discussões e projetos, haja vista que todos são obrigados legalmente, inclusive, quanto ao financiamento solidário desses projetos, com observância de sua proporcionalidade. **Dada a palavra para o promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE**, ressaltou sua satisfação em estar na Micro Coronei Fabriciano/Timóteo, bem como o excelente trabalho vem sendo realizado pela ilustre promotora de Justiça Maria Regina Lages Perilli (comarca de Timóteo). Fez agradecimentos a cada um dos parceiros institucionais da Mediação Sanitária. Relembrou que o Hospital e Maternidade Vital Brazil está sob gestão estadual, o que vale dizer, quanto à responsabilidade da SES/MG na oferta das ações e serviços de saúde da média e alta complexidade. QUE do total de leitos existentes (77 leitos) no Hospital e Maternidade Vital Brazil, atualmente apenas 41 estão sendo destinados ao SUS, o que representa um percentual de 53%, portanto abaixo do mínimo legal exigido pela Lei federal nº 12.101, de 2009. QUE o Ministério Público, sobretudo nas ações de Mediação Sanitária, tem se posicionado para que os municípios sede de Micro

ou Macrorregião, nos termos do PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, possam assumir a estratégia da governança de seus prestadores (gestão municipal). QUE o município de Timóteo e Coronel Fabriciano, sede de Microrregião, ainda não possui esta gestão estratégica. QUE em razão dessa Gestão Estadual, em face dos prestadores de Timóteo e Coronel Fabriciano, os recursos do teto MAC, repassados pelo Ministério da Saúde, para cobertura das ações e serviços da média e alta complexidade, são repassados diretamente para o Fundo Estadual de Saúde. QUE os recursos financeiros, para essa rubrica assistencial, segundo dados obtidos no SISMAC/MS, repassados para o Fundo Estadual de Saúde, competência outubro 2013, no valor de R\$ 7.252.261,09, sendo R\$ 3.470.039,85 (população própria) e de R\$ 2.433.878,43 (população referenciada). QUE é importante a criação de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional, de caráter permanente, plural, para discussão dos problemas de saúde coletivos da Região. QUE com a implantação da regionalização da saúde não é mais possível declinar-se algum município de sua responsabilidade sanitária, conforme interpretação legal que se extrai, dentre outros, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE considera estratégico o projeto apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos para novo marco da saúde no Vale do Aço (Microrregião). QUE não é possível o município atuar na política pública de saúde de forma fragmentada e solitária. QUE a esse respeito o Ministério Público tem fortalecido sua atuação jurídica na exigência do fortalecimento da regionalização, como exemplo, a construção de no mínimo uma maternidade regional em cada uma das 77 (setenta e sete) regiões de saúde, de modo que sejam impedidos determinados prestadores ou municípios, em desconformidade com as normas de vigilância, realizarem atenção obstétrica e neonatal. QUE a redução da mortalidade materno-infantil constitui-se um dos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas, da qual o Brasil é signatário. QUE a condicionante levantada pelo Ministério da Saúde, ratificada pela SES/MG, através de Deliberação CIB-SUS, para os fins de repasse do crédito de R\$ 300.000,00, não menciona qual das portas deverá ser eliminada, razão pela qual é possível que o Hospital e Maternidade Vital Brazil, com financiamento adequado, possa administrar (gerenciar) o Centro de Saúde João Otávio, eliminando-se a dupla porta. QUE também é possível solicitação, dadas as especificidades regionais, de antecipação de custeio da Rede da Urgência e Emergência para essa Microrregião, em especial para fortalecimento da retaguarda hospitalar do Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE também não é razoável o

valor mensal, de R\$ 42.000,00, a título de subvenção social, repassado pelo município de Timóteo, para urgência e emergência, ambulatorial, ao prestador Hospital e Maternidade Vital Brazil. QUE, não obstante compreender as razões de dificuldades financeiras do município de Timóteo, há que se lembrar que a saúde pública, de relevância pública, goza de prioridade constitucional, não podendo, sob violação do princípio constitucional da vedação ao retrocesso, retroceder nos valores dos repasses das subvenções sociais. QUE o valor dessa subvenção social era de R\$ 127.000,00. QUE é possível nova Deliberação CIB-SUS/MG de modo a informar que o Hospital e Maternidade Vital Brazil assumirá os serviços de urgência e emergência, ambulatorial, do Centro de Saúde João Otávio, fazendo, portanto jus ao recebimento do valor de R\$ 300.000,00, já liberado pelo Ministério da Saúde, mediante condições. QUE também será preciso levantar os custos reais para essa nova administração (gerência) do Centro de Saúde João Otávio, com repercussão microrregional, com participação financeira de cada um dos municípios, de modo a ser repassado para o Hospital e Maternidade Vital Brazil. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Timóteo/Coronel Fabriciano, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano, (coordenador), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Timóteo (coordenadora); Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Coronel Fabriciano; Secretário Municipal de Saúde de Timóteo; Secretário Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano; presidente do COSEMS Regional de Coronel Fabriciano; presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas/MG; presidente do Conselho Municipal de Saúde de Timóteo; presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Vereadores de Timóteo; Administração do Hospital São Camilo de Coronel Fabriciano; Administração do Hospital e Maternidade Vital Brazil; representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. 2) O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos representantes da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Timóteo/Coronel

Fabriciano, não participantes desta reunião, para sua integração. **3)** Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região, de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, atenção obstétrica e neonatal, vigilância em saúde, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região. **4)** Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência (integralidade) dos serviços de saúde da média complexidade e parte da alta complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **5)** Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, recursos financeiros recebidos, taxa de ocupação, taxa de referência, taxa de mortalidade materno infantil, taxa de mortalidade institucional, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. **6)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro Leste (pólo Ipatinga), para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. **7)** O CAOSAÚDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação

Sanitária Macro Leste. 8) O município de Timóteo, também sede da região de saúde, deverá assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios, de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. 9) A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá dar IMEDIATA execução política, técnica e financeira ao projeto idealizado pelo Hospital e Maternidade Vital Brazil e Hospital São Camilo, apresentado pelo Dr. Alysson da Silveira Campos, Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brasil do Hospital e Maternidade Vital Brazil, discutido e aprovado por todos os presentes, observando-se as seguintes diretrizes: a) fortalecimento horizontal da estrutura – gestão por equipes – perspectiva solidária, integrada, compartilhada, mediante a criação dos serviços de Sobreaviso Unificado, com inserção das novas clínicas de neurocirurgia, cirurgia vascular, endoscopia, radiologia, otorrinolaringologia, ginecologia e cirurgia pediátrica; b) definição dos plantões médicos presenciais, conforme detalhamento do projeto, em cada uma das unidades hospitalares; c) elaboração de Convênio de Cooperação Entre Entes Públicos, modalidade de gestão associada, com previsão constitucional (artigo 241, CF), com a participação dos municípios da região, com rateio proporcional ao critério populacional (IBGE 2010), para garantia da execução financeira do projeto, que pressupõe um acréscimo financeiro de R\$ 104.690,14; d) instituição do serviço de transporte sanitário inter-hospitalar, de modo a dar funcionalidade, em tempo e modo, aos usuários dependentes desse nível de atenção para os fins de acesso aos leitos com maior densidade tecnológica; e) elaboração de grade de leitos retaguarda da urgência e emergência, com protocolos assistenciais operacionais que possam definir as referências e contrarreferências, de modo compartilhado entre o Hospital e Maternidade Vital Brazil e Hospital

São Camilo; f) discussão com a Coordenação Estadual da Urgência e Emergência (Dr. Rasível) dos estudos e indicadores para os fins de implantação da Rede SAMU em face da Micro Timóteo/Coronel Fabriciano. **10)** Os municípios de Timóteo e de Coronel Fabriciano, pólos de Região de Saúde, deverão refletir sobre a assunção de governança de prestadores, conforme responsabilidade sanitária, definida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, com informação para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **11)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá proceder, no próximo dia 10 de outubro do corrente, visita técnica à unidade Centro de Saúde João Otávio, para os fins de início dos trabalhos de levantamento real dos custos da assistência, bem como outros aspectos, como logística e RH. **12)** O Hospital e Maternidade Vital Brazil e o Centro de Saúde João Otávio, por seus atuais responsáveis, deverão apresentar prestação de contas para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, no prazo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento da presente ata, com informações, dentre outros, sobre a estratificação das despesas e receitas. **13)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária deverá participar de reunião na Câmara de Vereadores de Timóteo, no próximo dia 16 de outubro do corrente, com a presença do prefeito municipal, de modo a prestar informações sobre os resultados da Mediação Sanitária, especialmente quanto ao aumento do valor da subvenção social municipal que passará a ser de R\$ 127.000,00, a partir de outubro de 2013 e; a assunção, pelo município, do pagamento pela dívida pretérita, em face dos créditos do Hospital e Maternidade Vital Brazil, hoje judicializada, orçada em R\$ 800.000,00. Pela proposta, o município deverá pagar, mensalmente, a partir de janeiro de 2014, o valor mínimo de R\$ 40.000,00, de modo que a dívida global possa ser quitada até dezembro de 2014. **14)** O Hospital e Maternidade Vital Brazil assumirá a gerência e administração dos serviços de urgência e emergência, ambulatorial, de atenção microrregional, do Centro de

Saúde João Otávio (Timóteo), eliminando-se a dupla porta dos serviços, devendo elaborar detalhado planejamento que resulte, dentre outros, na qualificação dos processos e protocolos clínicos. **15)** O município de Timóteo deverá proceder estudos técnicos e jurídicos em face do seu RH (concursado e contratado) atualmente no Centro de Saúde João Otávio, podendo fazer sua cessão, se for o caso, observado os trâmites legais, à nova administração (gerência) daquela unidade de saúde, mantendo-se, entretanto, com sua responsabilidade primária pelos pagamentos de salários, direitos e carreira aos servidores concursados cedidos. **16)** O Município de Timóteo e o Hospital e Maternidade Vital Brazil deverão formalizar esse contrato de prestação de serviços, referente à nova administração (gerência) do Centro de Saúde João Otávio, com participação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, no prazo de até 15 (quinze) dias, contados do recebimento desta ata de reunião. **17)** O CAOSAÚDE oficiará a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com remessa da presente ata de reunião, para os fins de alteração, quanto a esses serviços, da Deliberação CIB-SUS/MG, de modo a esclarecer que os recursos de R\$ 300.000,00, de natureza federal, como adiantamento da parte da construção da UPA Regional, porte II, deverão ser destinados ao Hospital e Maternidade Vital Brazil em face da assunção dos serviços de urgência e emergência, ambulatorial (microrregional) do Centro de Saúde João Otávio. **18)** O Ministério Público Estadual (comarca de Timóteo e Coronel Fabriciano), Ministério Público Federal (Ipatinga), todos com atribuições na Defesa da Saúde e o CAOSAÚDE, em conjunto, oficiarão a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para avaliação da antecipação de recursos de custeio (estadual) da Rede de Atenção às Urgências, dadas as gravíssimas especificidades, visando o fortalecimento da retaguarda do Hospital e Maternidade Vital Brazil. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a

presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>MARIA REGINA LAGES PERILLI <i>Promotora de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Timóteo</p>
<p>CLEYDSON DOMINGUES DRUMOND Prefeito Municipal de Timóteo</p>	<p>DOMINGOS SÁVIO ALVES DE FARIA Diretor Geral das Organizações São Camilo no Brasil</p>
<p>KÁTIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Federassantas</p>	<p>JORGE LUÍS ALVES Diretor Interino do Hospital e Maternidade Vital Brazil</p>
<p>RICARDO MARTINS ARAÚJO Secretário Municipal de Saúde de Timóteo</p>	<p>RUBENS CASTRO Secretário Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano</p>
<p>DEBORAH ROLAND CABRAL Coordenadora do Núcleo de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano</p>	<p>MARCÉLIO TEIXEIRA DA COSTA Presidente do COSEMS Regional</p>
<p>ALYSSON DA SILVEIRA CAMPOS Responsável pela Gestão de Qualidade do Hospital Vital Brazil</p>	<p>ERICA DIAS DE S. LOPES Administradora do Hospital São Camilo (Coronel Fabriciano)</p>
<p>ANFILÓFILO SALLES MARTINS Diretor da Agência Metropolitana do Vale do Aço</p>	<p>ELIZABETH ULHÔA Representante da Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano</p>

 <p>CAOSAÚDE <small>CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE</small></p>	 <p>AMPMG Ministério Público <small>do Estado de Minas Gerais</small></p>
<p>Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho 30190-100 – BELO HORIZONTE – MG</p>	

Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

LIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Micro Monte Carmelo e Patrocínio/MG

Aos seis dias do mês de novembro do ano de dois mil e treze, no auditório da Universidade Aberta Integrada de Minas Gerais – UAITEC, com endereço na Rua Tomé de Souza, nº 555, bairro Jardim dos Ipês, Monte Carmelo/MG, de 13 às 17 horas, realizou-se a LIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, relativa à Microrregião de Monte Carmelo e Patrocínio/MG, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAUDE) para discussão dos seguintes assuntos: 1) garantia de acesso aos serviços de saúde hospitalares pela população loco-regional; 2) indicadores de saúde dos prestadores hospitalares conveniados ao SUS; 3) discussão dos vazios assistenciais na região; 4) rede da atenção primária; 5) rede da atenção psicossocial; 6) rede da atenção de urgência e emergência; 7) política nacional de hospitais de pequeno porte; 8) instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional. Participaram da reunião um total de 65 (sessenta e cinco) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAUDE; Marcus Vinícius Ribeiro Cunha, promotor de Justiça da comarca de Monte Carmelo; Fausto Reis Nogueira, prefeito municipal de Monte Carmelo; Raquel Maria de Matos, Referência Técnica do NGM da SRS de Uberlândia; Maria Lúcia dos Reis, Núcleo Regional de Atenção à Saúde da SRS de Uberlândia; Marcela Eliane de Campos Guedes, Cosems Regional; Dayana Ferreira Fonseca, Secretária Municipal de Saúde Uberlândia; Rejane A. Marques Fortunato, Secretária Municipal de Saúde de Nova Ponte; Aline F. P. Pires, Secretária Municipal de Saúde de Iraí de Minas; Lisanea M.S.Lemos, Coordenadora da Atenção Primária de Iraí de Minas; Rita de Cássia Vieira, Secretária Municipal de Saúde de Abadia dos Dourados; Tatiane Ribeiro Gomes, secretária municipal de saúde de Abadia dos Dourados; Dinalvo Alves da Silva, Provedor da Santa Casa de Abadia dos Dourados; Amanda Pereira Costa, Coordenadora da Visa SRS de

Uberlândia; Mércia Maria Siqueira Costa, Visa SRS de Uberlândia; Patrícia Nishioka, núcleo de epidemiologia da SRS Uberlândia; Edelweis Franco M.R. Pereira, auxiliar da superintendência da Santa Casa de Coromandel; Luis Natal Mello Passagem, agente de saúde do município de Uberlândia; Edésio Henrique Santos, assessoria prefeitura municipal de Monte Carmelo; Rafael C. Mendes, Procurador Geral de Monte Carmelo; João Batista Chaves Filho, vice prefeito de Monte Carmelo; Vivaldo Sebastião A Barbosa, Representante do CRMMG; Hamilton M. Souza, DMAE – Departamento Municipal de Água e Esgoto; Agno Rosa de Castro, Advogado; Antônio Carlos Mendes, Cirurgião Dentista; Rositânia C. Melo, Conselho Municipal de Saúde; Nilda Dutra Borges, Conselho Municipal de Saúde; Danielly Ap. Souza Moraes, Enfermeira Hospital Santa Terezinha de Monte Carmelo; Camila Kelen Dias, Enfermeira Hospital Santa Terezinha de Monte Carmelo; Adriana Caetano M., diretora do Pronto Socorro de Monte Carmelo; Débora Cristina Ferreira, Coordenadora da vigilância em saúde; Aila Beatriz Araújo, conselheira municipal de saúde; Albes Fernando de Bittencourt, Coordenador da aten;ao primária; Naziro João da Silva, Conselho Municipal de Saúde de Monte Carmelo; Itamar A. Silva Júnior, médico do hospital Santa Terezinha de Monte Carmelo; Jaíde Antônio J. Melo, associação dos deficientes físicos de Monte Carmelo; Marinete Costa Mendes, APAE; Nilda Dutra Borges, Lar dos Idosos de Monte Carmelo; Vilson Vieira Borges, Secretaria Municipal de Saúde de Monte Carmelo; Poliana Machado Martins, Coordenadora de APS de Tupaciguara; Marco Aurélio Gonçalves, gerente do PSF de Tupaciguara; Claudimar Vilela de Jesus, coordenadora ESF; Noilma Passos Macedo, superintendente de gestão da secretaria municipal de saúde; José Antônio dos Santos, SMS do Município de Prata; Mauro César Lima Moreira, supervisor de gestão; Fabiano de Faria Cruz, Secretário Municipal de Saúde de Douradoquara; Francisca Oliveira de Magalhães, Secretária Municipal de Saúde de Romaria; Leonardo Martins Alves, vigilância sanitária de Romaria; Bruno Vinicius Bacelar, TFD de Estrela do Sul; Freude Franco Marra, Secretário Municipal de Saúde de Coromandel; Dayane Cristina Caetano, coordenadora da APS de Grupiara; Joana Pereira de Oliveira, Secretária de Saúde de Grupiara; Eduardo H. Roscoe, Coordenador da Central de Regulação Assistencial da SES/MG da Macro Triângulo do Norte; Daltro Catani Filho, Superintendente Regional de Saúde de Uberlândia; Ismelinda Maria Diniz Mendes, Secretária Municipal de Saúde de Monte Carmelo; Maria das Graças Soares, secretaria municipal de saúde de Uberlândia; Débora Helena de Matos, secretaria municipal de saúde de Uberlândia; Fabíola Nunes

Leocádio, coordenadora APS de Monte Carmelo; Juliana da Silva Oliveira, administradora de Monte Carmelo; Almir Fernando L. Fontes, Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia; Sebastião Elias da Silveria, Presidente da Fundação Saúde de Uberlândia – FUNDASUS; Éder Ferreira, advogada da FUNDASUS; Rogério Zeidan, Jurídico da SMS de Uberlândia; Luzimar Rose A. Dib; SRS Uberlândia. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça da comarca Marcus Vinícius Ribeiro Cunha** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, em especial ao promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE. QUE a promotoria de Justiça tem tido uma atuação forte na defesa dos direitos dos usuários do SUS. QUE a política de saúde pública do município não está adequadamente organizada, daí que tem havido grande ressonância de pessoas usuárias que procuram pela atuação do Ministério Público. QUE firmou com o município de Monte Carmelo nos autos do Inquérito Civil Público nº 0431.11.000029-3, Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), datado de 21 de março de 2013, para os fins de regularização da prestação de serviços por parte dos profissionais de saúde com formação superior, especificamente no que concerne ao efetivo cumprimento das cargas horárias de trabalho, estabelecidas em nível federal, estadual e municipal, buscando-se, por fim, a melhoria dos serviços prestados à comunidade. QUE, dentre outras cláusulas, o município se comprometeu a somente celebrar contratos e realizar concursos públicos, nos casos de ingresso de profissionais de saúde com formação superior, mediante a fixação nos respectivos procedimentos seletivos e contratos, do número de horas de trabalho semanais a ser cumpridas pelo respectivo profissional, vedando-se a fixação por número de atendimentos (consultas). QUE, também, doravante, o município está obrigado a instituir, diariamente, livro de ponto, com registro obrigatório do horário de entrada e saída de todos os profissionais de saúde que atuam no município, devendo constar, ainda, a assinatura diária do profissional. QUE o município se obrigou à adesão ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde, de modo que, assim, dentre outros, será possível a aferição da jornada de trabalho dos respectivos profissionais de saúde. QUE o Ministério Público Estadual não possui competência para impetração de Mandado de Segurança em desfavor da União, daí que também não é parte legítima para pleitear eventual ressarcimento aos cofres municipais de demandas de saúde que, em tese, deveriam ter sido suportadas judicialmente pela União. QUE essa responsabilidade, querendo, é de exclusividade da procuradoria do município. QUE comunga do entendimento de

que há solidariedade entre os entes governamentais na área da saúde pública. QUE o próprio Supremo Tribunal Federal em julgamentos monocráticos já se manifestou nesse sentido. QUE, por sua vez, também compreende que a maioria dos municípios mineiros, em razão de suas especificidades, quando demandados judicialmente, são fortemente atingidos em seus orçamentos e finanças, sobretudo nas questões afetas às responsabilidades gerais da União e do Estado de Minas Gerais. QUE no tocante às demandas da área da saúde mental, de fato, sempre que acionado pelos interessados, observados os critérios técnicos, tem manejado ações judiciais de internações compulsórias, sempre precedidas de laudo médico psiquiátrico de profissional do próprio CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. QUE considera essa política de atenção (saúde mental) uma das mais prioritárias e fragmentadas do sistema, haja vista que os equipamentos de saúde não têm sido resolutivos e suficientes. QUE comunga do entendimento de que o planejamento em saúde é de capital importância, devendo as políticas públicas serem bem pensadas antes de acontecerem. QUE, hoje, a atuação dos diversos órgãos, como, exemplo, o Ministério Público tem sido posterior, depois dos acontecimentos, sobretudo pela inadequada política de planejamento. QUE o ideal seria a redução da judicialização que, no seu entender, acontecerá a partir da qualificação da política pública, com planejamento sério e execução operacional eficaz. QUE o Ministério Público, dadas suas funções constitucionais, não pode deixar de atuar, ainda que através da judicialização, sempre que provocado por algum usuário que não teve o adequado acesso à política. **Dada a palavra ao promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE**, explicou os objetivos da estratégia da ação institucional da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, integrada pelos diversos parceiros, jurídicos ou não. Ressaltou que, hoje, a Mediação Sanitária é imprescindível, com seu reconhecimento pelo próprio Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. QUE, através da Mediação Sanitária, é possível o enfrentamento dos processos fragmentados e tensionados, buscando soluções a partir da identificação das causas coletivas. QUE essa atuação deve ser solidária, com participação democrática de todos os atores do processo, jurídicos ou não. QUE, de fato, a judicialização não tem resolvido os graves problemas de saúde, sobretudo quando recorrente em ações individualizadas. QUE todos os atuantes da área da saúde pública precisam compreender o novo momento institucional que vivemos, onde não há mais espaços para gestões descomprometidas, amadoras e sem transparência. QUE o SISTEMA é o mais importante, não podendo ficar refém de

quem quer que seja. QUE o Ministério Público, através da Mediação Sanitária, tem apostado no modelo da discussão e resolução desses problemas coletivos de saúde, de forma solidária e democrática. QUE, dentre outras, uma das estratégias consiste na instituição de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, de natureza microrregional, onde se possa fazer, com participação plural, amplo e detalhado diagnóstico assistencial de cada uma das linhas guia (redes), de modo que, posteriormente, possa ser validado e convertido em plano de ação pela SES/MG E Ministério da Saúde. QUE, hoje, temos a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013), com diretrizes e critérios obrigatórios para serem observados indistintamente. QUE as funções do Ministério Público, estabelecidas na Constituição Federal, foram recentemente reafirmadas, como responsável pela fiscalização da Gestão Pública de Saúde, pela Lei Complementar Federal nº 141, de 2012. QUE o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, com atribuições na Defesa da Saúde, através do CAOSAÚDE, tem procurado manter uma articulação uniforme nessa fiscalização da gestão da saúde pública, de modo que não mais retrocederá desse seu papel, exigindo-se de seus responsáveis a execução de uma saúde pública de qualidade, eficiente, transparente, universal, gratuita, em todos os níveis de atenção. QUE referida Micro conta com uma população de 185.125 habitantes, integrada por 09 (nove) municípios, assim discriminados: Abadia dos Dourados, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Iraí de Minas, Monte Carmelo, Patrocínio e Romaria. QUE o próprio Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e Deliberação CIB-SUS/MG garantiu o acesso desta microrregião em Região de Saúde, com responsabilidades e deveres definidos. QUE, nesse sentido, cada uma dessas Regiões de Saúde Microrregionais devem ser suficientes nos atendimentos da média e parte da alta complexidade, de modo que o município pólo de Uberlândia seja a referência macro para as ações da alta complexidade. QUE os municípios precisam compreender que as ações e serviços de saúde devem ser feitos, coletivamente, em face da região, através das redes assistenciais. QUE o processo fragmentado é nefasto à política pública de saúde. QUE os municípios devem compreender que muitos deles possuem capacidade para “acolher” e não “resolver”, devendo ser fortalecidas as portas dos prestadores referência, de modo a garantir, em tempo e modo, o acesso dos usuários. QUE, nesse sentido, é preciso que haja maior solidariedade técnica e financeira entre os entes municipais, SES/MG e Ministério da Saúde. QUE a cooperação técnica e financeira entre os municípios encontra-se prevista no artigo 241 da Constituição Federal. QUE há

necessidade de que sejam afastadas as questões político partidárias na assistência à saúde, posto que o foco principal deve ser a melhor atenção para o usuário. QUE o Ministério Público tem promovido algumas intervenções judiciais, em dadas unidades hospitalares, quando evidenciadas situações absolutamente justificadas, em cada caso concreto, onde se constata a má prestação de serviços pela unidade hospitalar, em verdadeiro estado de emergência, não obstante a regularidade dos repasses financeiros, de modo a assegurar as ações e serviços de saúde aos usuários. QUE, conforme o caso, essa intervenção poderá ser feita administrativamente pelo próprio Gestor SUS, desde que precedida do reconhecimento desse estado de emergência em Decreto Municipal. QUE o papel do Gestor SUS local deverá ser o da regulação, fiscalização, supervisão, monitoramento e auditoria. QUE, no exercício de suas funções, compete ao Gestor SUS local o poder-dever de garantir a melhor prestação de serviços para seus usuários e os dos municípios referenciados, podendo, inclusive, fazer glosa dos procedimentos equivocados. QUE os profissionais de saúde constituem-se no elo mais importante do sistema, o que não significa dizer que a administração hospitalar, assim como o próprio Gestor SUS local, sejam reféns da prestação operacional dos serviços. QUE é o SISTEMA quem deverá dizer sobre as necessidades dos serviços, de modo que possam ser contratados e não o contrário. QUE o modelo da produção assistencial contratada deverá ser substituído, progressivamente, pelo modelo da disponibilização dos serviços, assegurado o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. QUE TODO o corpo clínico das unidades de saúde conveniadas ao SUS possuem obrigação legal da prestação de ações e serviços para o SUS, nas respectivas especialidades. QUE essa exigência é fruto da interpretação sistemática da Lei federal nº 12.101, de 2009, alterada pela lei federal 12.868, de 15 de outubro de 2013 e Portaria MS nº 1.034, de 05 de maio de 2010. QUE não é possível admitir a prestação privada de serviços ou por plano de saúde por algum profissional médico nessas unidades de saúde subvencionadas, sem que também prestem serviços ao SUS, posto que os equipamentos, insumos e outros são adquiridos por recursos públicos, através de transferências voluntárias, verbas de emendas parlamentares, convênios e contratos, sob pena de improbidade administrativa. QUE essa obrigação de prestação de serviços ao SUS deverá estar prevista não somente no Regimento Interno da unidade como também em Documento Descritivo assinado pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico, Gestão Hospitalar e Gestor SUS. QUE, nessas condições, é proibida a existência de consultórios/clínicas médicas privadas no interior das unidades hospitalares

filantrópicas. QUE todos eles deverão ser notificados para adequada regularização, com prestação de serviços ao SUS, sob as penas da lei. QUE a unidade hospitalar, em conjunto com o Corpo Clínico e Gestor SUS local, deverá elaborar as diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos visando garantir as intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário. QUE compete à administração hospitalar a identificação e divulgação dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. QUE cabe ao prestador hospitalar implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares, rede social de apoio e equipe de referência. QUE o prestador deverá garantir o direito ao acompanhante, nas 24 (vinte e quatro) horas, aos usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças e adolescentes. QUE o gestor SUS local, assim como os demais municípios que participam do processo regional da saúde, possuem o dever legal de co-financiamento da atenção hospitalar referência para a média e parte da alta complexidade, juntamente com a SES/MG e Ministério da Saúde. QUE cada uma dessas Regiões de Saúde, como exemplo, Monte Carmelo/Patrocínio, desde já precisam discutir a construção de suas redes assistenciais. QUE é preciso o envolvimento coletivo na discussão da Rede de Urgência e Emergência Macrorregional. QUE os prestadores hospitalares precisam mudar seu discurso de que a Tabela Nacional de Procedimentos SUS está defasada, devendo, lado outro, imprimir maior qualificação na gestão, de modo que possam ser celebrados contratos de prestação de serviços, cuja relação jurídica espelha, dentre outros, o cumprimento dos indicadores e o equilíbrio econômico-financeiro. QUE há vários incentivos financeiros, de transferência voluntária, originados do Ministério da Saúde e da SES/MG, diretamente para esses prestadores hospitalares, tais como: PROHOSP, REDE RESPOSTA, RETAGUARDA HOSPITALAR, PROURGE, IAC e REDE CEGONHA. QUE, hoje, o IAC federal corresponde a um plus financeiro de 70% de toda a produção anualizada da média complexidade feita pelo prestador hospitalar, desde que seus serviços sejam 100% SUS. QUE no caso de o prestador não ser 100% SUS, esse plus financeiro é de 50% de toda aquela produção. QUE há importantes vazios assistenciais na Micro de Monte Carmelo/Patrocínio, de modo que é preciso evitar a concorrência entre os prestadores hospitalares e municípios, bastando que seja construído adequado desenho sanitário de rede assistencial, com identificação de responsabilidades, deveres e limites. QUE, hoje, por força da Lei

federal 12.527, os prestadores hospitalares conveniados ao SUS são obrigados à prestação de contas, de modo transparente, para a gestão pública, conselho de saúde e câmara de vereadores. QUE o CAOSAÚDE dispõe, no seu portal eletrônico, de Parecer Técnico Jurídico que abona a tese de o prestador filantrópico, mesmo inadimplente com a seguridade social, poder assegurar a contratação de serviços de saúde para o SUS, por força do Decreto nº 3.408, que reforça o princípio da continuidade das ações e serviços de saúde. QUE no tocante à política de saúde mental é preciso ressaltar a existência da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG), conforme Resolução SES nº 3206, de 04 de abril de 2012. QUE essa norma administrativa definiu muito bem cada um dos equipamentos de saúde mental para os diversos municípios, na lógica loco-regional. QUE, entretanto, na prática os municípios não têm se articulado na construção dessa importante rede assistencial, embora haja recursos financeiros, de origem federal e estadual, já aprovados para sua operacionalização. QUE recentemente o TCU – Tribunal de Contas da União reafirmou entendimento no sentido de que os recursos originados do Ministério da Saúde, a título de incentivo federal, para custeio das Equipes Saúde da Família (ESF) não entra no câmpo municipal para os fins de responsabilidade fiscal. **Dada a palavra para o prefeito municipal de Monte Carmelo, Fausto Reis Nogueira** deu boas vindas aos participantes da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE o município está bastante esperançoso nos resultados dessa reunião, sobretudo pela participação considerável dos diversos atores de toda a região, em especial dos prefeitos e secretários municipais de saúde. QUE espera que essa Mediação Sanitária possa contribuir para a redução da judicialização em face do município, bem como da própria reorganização dos serviços de saúde na região. QUE hoje o município de Monte Carmelo tem aplicado mais de 22% de seu orçamento nos serviços de saúde pública, porém tem percebido que mesmo assim os serviços não se mostram resolutivos, uma vez que a demanda é sempre crescente. **Dada a palavra para o Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Sanitária de Uberlândia Daltro Catani Filho** ressaltou seu reconhecimento à estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE, não obstante se encontrar de férias, reconheceu a importância de sua participação nesse evento. QUE a Mediação Sanitária nessa perspectiva da construção coletiva da saúde, no nível micro e macrorregional, é de excepcional importância. QUE a SES/MG, através de

sua Superintendência Regional de Saúde, tem trabalhado fortemente na organização da Rede de Atenção Primária da Região Ampliada. QUE os municípios sede de microrregião, de fato, precisam ressaltar sua responsabilidade sanitária em face dos demais, potencializando, sobretudo, em nível de resolutividade, a atenção da média complexidade. QUE o Estado de Minas Gerais, através da SES/MG, tem atuado fortemente na reorganização dessas ações e serviços de saúde, como, exemplo, na atenção hospitalar, atuando inclusive no financiamento desses importantes prestadores através do PROHOSP. QUE concorda com a visão do Ministério Público no sentido de que é preciso fortalecer a média complexidade em cada um dos municípios referência (sede de micro). QUE os excedentes da PPI – Programação Pactuada Integrada devem ser colocados junto aos municípios referência em face de seus prestadores. QUE os hospitais privados, conveniados ao SUS, não podem recusar esses atendimentos quando solicitados pela regulação. QUE a maioria desses prestadores só quer atendimentos (credenciamentos) para a alta complexidade. QUE a estratégia do MÃE DE MINAS, de natureza estadual, está a disposição dos diversos municípios. QUE o Hospital Municipal de Monte Carmelo deverá ser aberto ao público nos próximos dias. QUE essa situação poderá melhorar o quadro assistencial na região. QUE o PROHOSP Microrregional é repassado para a Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio. QUE o total de recursos financeiros (PROHOSP) repassados pela SES/MG para esse prestador hospitalar é de R\$ 943.595,30 ano. QUE o total recebido em 2013 foi de R\$ 771.645,89, tendo em vista o não cumprimento de algumas metas exigidas. QUE esse prestador possui 10 (dez) leitos UTI adulto, com maior quadro de internações para a clínica cirúrgica. QUE apesar de todo esse incremento financeiro para garantia de acesso da população loco-regional (PROHOSP), é preocupante o quadro das internações de referência, haja vista que, na competência 2012, 86% de todas as internações foram para a população própria de Patrocínio, o que permite concluir que tem se fechado para as internações de usuários de outros municípios. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia, atual presidente do COSEMS Regional, Almir Fernando Loureiro Fontes** manifestou sua expectativa na Mediação Sanitária, sobretudo porque integrada também pelo Ministério Público. QUE é de grande importância a atuação coletiva das pessoas para melhoria da saúde pública. QUE reforça as palavras do Coordenador do CAOSAÚDE no sentido da despolitização da saúde pública na Macro, o que não se confunde com a necessária visão política do sistema. QUE essa visão política deve ser canalizada para a construção e

reorganização das ações e serviços de saúde. QUE cada um dos atores tem seu papel fundamental nessas discussões, de modo que possam resultar na construção adequada dessa política pública com o Estado de Minas Gerais e União. QUE os tempos exigem de cada um de nós muita criatividade e bom senso devido a escassez de recursos financeiros. QUE não há dúvidas de que a grande maioria dos gestores são bem intencionados, preocupados, tomadores de decisões sérias para resolução dos diversos problemas de saúde. QUE a estratégia da Mediação Sanitária possui a característica de promoção da união dos diversos gestores, federal, estadual e municipal, com afastamento da visão político partidária. QUE sem a união dos esforços operacionais o SISTEMA não chegará a lugar algum. QUE o município de Uberlândia é a referência para os serviços da alta complexidade regional. QUE o momento atual na região é estável e positivo. QUE é preciso haver uma visão política sanitária humanista. QUE o prestador da Universidade Federal de Uberlândia é a melhor referência da alta complexidade para a região. QUE o hospital municipal tem feito apenas atendimentos da média complexidade quando deveria também ampliar sua atuação para parte da alta complexidade. QUE as microrregiões de saúde devem procurar ser resolutivas na média complexidade. QUE a FUNDASUS substituiu a gerência da saúde hospitalar de Uberlândia, em substituição às Organizações Sociais. QUE é preciso haver a ampliação do Hospital Universitário de Uberlândia, com serviços de alta complexidade, com recursos Estaduais. QUE os investimentos, na promoção da saúde da região, é de fundamental importância. QUE ainda é um sonho a resolução definitiva da alta complexidade na Macro, com suficiência da neurologia clínica e cirúrgica, ortopedia e traumatologia e cardiologia. QUE concorda com a elaboração de Diagnóstico Assistencial nos moldes sugeridos pelo Coordenador do CAOSAÚDE, através da instituição de uma Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. QUE o Dr. Gilmar de Assis merece os aplausos necessários por estar fazendo a diferença, saindo de seu gabinete para discutir e tentar resolver coletivamente os graves problemas de saúde. QUE passou a época do apenas discurso, é preciso agir para que, de fato, possamos mudar as realidades assistenciais. QUE cada um fazendo adequadamente sua parte faremos história, daí que temos que partir para a ação. **Dada a palavra para o Coordenador da Central de Regulação Assistencial da SES/MG da Macro Triângulo do Norte, Eduardo H. Roscoe** ressaltou sua preocupação com o fato de que há hospitais na região com taxa de ocupação de 20%, quando o preconizado (contratado) deveria ser de 85% mínimos. QUE a maioria desses hospitais funciona apenas dois a três

dias por semana, permanecendo absolutamente fechados para o SUS nos demais dias da semana. QUE hoje o maior desafio para sua Central de Regulação é o acesso dos usuários a algum leito UTI. QUE há muita dificuldade no acesso a esses leitos. QUE a Central de Regulação tem constatado ocorrências de simulação por parte de alguns profissionais médicos, ocasião em que identificam no sistema (SUSFÁCIL) situação de gravidade não existente, de modo a “transferir” responsabilidades. QUE há, de fato, um vazio assistencial desses leitos na macrorregião. QUE tem constatado a falta desses profissionais médicos no período noturno, ocasião em que os profissionais enfermeiros têm trabalhado sozinhos na discussão técnica desses problemas de saúde. QUE aplaude a proposta da Mediação Sanitária no sentido de se evitar a concorrência entre os municípios e prestadores. QUE, infelizmente, há concorrência predatória dos hospitais na região. QUE é preciso pensar em leitos retaguardas para pacientes de longa permanência. QUE há apenas 02 (duas) vagas de UTI neonatal para toda a Região, sendo que uma dessas vagas está sendo ocupada por uma criança há mais de 05 (cinco) anos. QUE a Central de Regulação fica, nessas circunstâncias, impedida de agir, devendo se buscar realmente um melhor caminho para resolução definitiva. QUE é preciso melhor organizar-se os fluxos assistenciais dos usuários entre os municípios. QUE há muitos encaminhamentos, via Central de Regulação, desnecessários para o município de Uberlândia, que, no caso, deveria estar aberto para a alta complexidade regional. QUE recentemente um determinado paciente, cadastrado no SUSFÁCIL com dados e informações simuladas para gravidade, permaneceu no sistema (captação de leitos) por 05 (cinco) horas e, logo após atendido na retaguarda hospitalar lá permaneceu apenas 04 (quatro) horas, com alta hospitalar. QUE o Hospital Municipal de Uberlândia possui 08 (oito) vagas UTI e o Hospital Universitário de Uberlândia possui 10 vagas UTI. QUE a estratégia do monitoramento e supervisão junto aos prestadores tem sido falha. QUE o prestador da Universidade Federal de Uberlândia em determinadas situações tem contrariado a RENASE, sobretudo quando do fornecimento de órteses e próteses, com maior alto custo para o Sistema. QUE também concorda que essa Microrregião precisa organizar sua rede. **Dada a palavra para a Procuradoria do Município de Monte Carmelo, Rafael Costa Mendes**, ressaltou que infelizmente o município tem sido recorrentemente judicializado pelo Ministério Público. QUE o objeto dessas ações judiciais muitas das vezes se refere a procedimentos que não estão na alçada do município, mas sobretudo da SES/MG e Ministério da Saúde. QUE o município de Monte Carmelo não possui

responsabilidade nas ações e serviços da média e alta complexidade. QUE não possui orçamento e financeiro para arcar com esses altos custos não previstos no seu Plano de Saúde, colocando-o em rota de colisão com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). QUE a própria Lei Orgânica da Saúde, no seu artigo 36, previu a vedação de o gestor gastar recursos financeiros da saúde em ações não previstas no Plano de Saúde, salvo nas situações de calamidade ou de reconhecida emergência. QUE o município de Monte Carmelo não tem sido ressarcido pelos demais entes governamentais (SES/MG e Ministério da Saúde) no tocante às ações judiciais que lhe são movidas, cujo objeto material (competência) lhes são afetadas, por força dos artigos 17 e seguintes da Lei federal nº 8.080/90. **Dada a palavra para o representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Dr. Vivaldo Sebastião Amorim Barbosa** ressaltou a parceria do CRMMG com o Ministério Público de Minas Gerais, através do CAOSAÚDE, inclusive com formalização de TCT – Termo de Cooperação Técnica, visando levantar as condições de trabalho nas unidades de saúde e respectivas fragilidades (insumos, equipamentos e RH). QUE os profissionais médicos não podem ser taxados de “bandidos” da história. QUE é muito importante que as condições de trabalho sejam asseguradas em cada uma das unidades de saúde, de modo que o usuário possa ser bem atendido. QUE não é contra o Programa Mais Médicos do Governo Federal, contudo há inconsistências no referido projeto que deveriam ser aprimoradas. QUE o CRMMG tem tido preocupação permanente com as faculdades de medicina, de modo que possam ser sérias, com formação adequada de seus profissionais. QUE o CRMMG defende, portanto, escolas de medicina de boa qualidade. QUE é preciso resgatar a relação médico-paciente. QUE hoje se gasta até 03 (três) profissionais de saúde (médicos) para se cuidar do mesmo paciente. QUE em Monte Carmelo há dois hospitais privados sem definição de identidade sanitária, concorrentes, razão pela qual concorda com a sugestão do CAOSAÚDE de se estudar proposta de fusão operacional dessas duas unidades, passando a ser filantrópicas, sem fins lucrativos. QUE considera que parte dessa quebra da relação médico-paciente se deve pela segmentação do profissional médico da atenção básica. QUE é preciso garantia de acesso à educação continuada para os profissionais médicos. QUE quanto maior for o despreparo técnico do profissional médico maior será a demanda por procedimentos diagnósticos, com encarecimento do Sistema, visando a sua autoproteção. QUE considera absolutamente perversa a relação remuneratória dos profissionais médicos de saúde, onde se remunera igualmente os recém formados com os mais antigos (experientes). QUE é preciso a implantação de carreira

profissional pelo Sistema. QUE a falta dessa segurança jurídica (carreira) impõe a prestação de serviços de acordo com os humores políticos. QUE essa carreira estadual possibilita, conforme sugerido pelo CAOSAÚDE, a fixação do profissional médico na região, afastando o desafio atual das dificuldades de fixação desse profissional em pequenos municípios. QUE a atual Santa Casa de Misericórdia de Monte Carmelo possui CND de fato. QUE a construção do Hospital Municipal de Monte Carmelo possibilitará maior resolutividade assistencial, exigindo-se dos demais prestadores privados no município estratégia de sobrevivência. QUE há nefasta cultura assistencial no município de Monte Carmelo onde todo e qualquer problema de saúde é encaminhado para o município de Uberlândia. QUE os próprios familiares de pacientes ameaçam os profissionais de saúde exigindo-se deles referidos encaminhamentos. QUE há recorrentes ocorrências de agressões físicas aos profissionais de saúde plantonistas quando as demandas não são encerradas em Uberlândia. QUE a população de Monte Carmelo precisa ser melhor educada, através de campanhas e estratégias municipais, quanto ao desenho e fluxo sanitário, sobretudo das urgências e emergências. **Dada a palavra para a Secretária Municipal de Saúde de Monte Carmelo, Ismelinda Maria Diniz Mendes** ressaltou a importância da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público. QUE é preciso trabalhar regionalmente nos problemas (causas) coletivos de saúde, daí concordar integralmente com a proposta do CAOSAÚDE na instituição de uma Comissão de Trabalho Microrregional que possa elaborar esse diagnóstico assistencial regionalmente, com proposta de definição de identidade sanitária para seus prestadores, criação de fluxos e protocolos assistenciais para a região. QUE tem feito contatos com todos os secretários municipais de saúde na região. QUE não pode se queixar de falta de acesso pelo município de Uberlândia, haja vista que considera que o Hospital Universitário de Uberlândia abriu-se para todos os municípios da macro. QUE os profissionais médicos devem ser integrados à discussão do Sistema, haja vista que, como prescritores, são os verdadeiros ordenadores das despesas. QUE na maioria das vezes esses profissionais sequer fazem a anamnese. QUE no tocante à atenção primária deve ser cobrada de cada um dos municípios na região, de modo que passem a ser também resolutivos nesse primeiro nível de atenção. QUE Monte Carmelo é referência para 06 (seis) outros municípios. QUE o nível de resolução da média complexidade regional é muito baixa. QUE não há todos os serviços disponíveis da média complexidade na região (micro), daí a necessidade de sua implantação, de modo que essas demandas sejam evitadas de encaminhamento

para o município de Uberlândia. QUE Monte Carmelo ocupa a 56ª posição (ranking) de município com maior número de internações por condições sensíveis à atenção primária. QUE a saúde pública em Monte Carmelo está sendo reorganizada, de modo que possa buscar menor dependência com a assistência prestada por Uberlândia. QUE acredita que o Hospital Municipal, que deverá entrar em operação brevemente, possibilitará melhor qualificação da assistência na região. QUE há grande demanda judicial em desfavor do município de Monte Carmelo por procedimentos da alta complexidade, inclusive de órteses, próteses e oncologia, com imediata implicação nos finitos recursos financeiros da saúde pública rubricados no Plano de Saúde. QUE toda vez que o município é obrigado, por força de decisão judicial, a arcar com custos de procedimentos de alto custo que não lhe são devidos, toda a saúde pública do município é quem perde, uma vez que irá comprometer o próprio Plano Municipal de Saúde. QUE o município de Monte Carmelo atualmente custeia, com plantão de 06 (seis) médicos, nos serviços de ambulatório hospitalar. QUE hoje o município encontra-se no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal, haja vista que comprometido com 52% de sua folha de pagamento pessoal. QUE será preciso a criação de Gestão Hospitalar Compartilhada, nos moldes defendidos pelo CAOSAÚDE, de forma que o Hospital Municipal possa ser gerenciado pelo Terceiro Setor, visando adequação à LRF e melhor eficiência da assistência. **Dada a palavra para o presidente da FUNDASUS de Uberlândia, Sebastião Elias da Silveira** fez especial agradecimento ao coordenador do CAOSAÚDE pelo sucesso da ação institucional da Mediação Sanitária, estratégia que deu certo e que possibilita a discussão dos graves problemas coletivos de saúde por todos os atores. QUE a FUNDASUS faz a gerência do Hospital Regional de Uberlândia, em substituição à caótica precedente administração feita pela Organização Social (OS). QUE a FUNDASUS se encontra há mais de 10 (dez) meses na gerência/administração dessa unidade hospitalar. QUE a FUNDASUS tem contribuído fortemente pela quebra da cultura de preconceito (recíproco) entre os municípios da Macro Triângulo do Norte. QUE é preciso resolver, com urgência, as questões de saúde dos diversos prestadores com os municípios, como exemplo Monte Carmelo. QUE a FUNDASUS é Fundação Pública de Direito Privado criado por lei municipal de Uberlândia para gestão do Hospital Municipal. QUE a FUNDASUS participa ativamente das reuniões da CIR, CIRA e COSEMS. QUE tem como responsabilidade a organização da Rede Municipal de Saúde de Uberlândia, daí que também gerencia 27 (vinte e sete) Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde

(UBS), 06 (seis) Unidades de Pronto Atendimento. QUE a FUNDASUS preocupou-se na separação da Diretoria Administrativa da Diretoria Operacional. QUE a FUNDASUS é o braço operacional da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. QUE recentemente publicou 07 (sete) editais de processo seletivo para mais de 13 mil candidatos. QUE o município está organizando seu Plano de Cargos e Salários para os diversos profissionais de saúde, com previsão que ocorra até final deste ano. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Micro Monte Carmelo/Patrocínio, de caráter permanente, com atribuições regional, democrática, solidária, integrada pela Superintendente Regional de Saúde de Uberlândia (coordenadora), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Monte Carmelo (coordenador), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Patrocínio (coordenador), Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Coromandel; Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Estrela do Sul; Secretaria Municipal de Saúde de Monte Carmelo; Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio; Secretaria Municipal de Saúde de Coromandel; Secretaria Municipal de Saúde de Estrela do Sul; Delegado Regional do CRMMG; representante da Associação Médica de Minas Gerais; Coordenador da Central de Regulação Assistencial da SES/MG da Região Macro Triângulo do Norte; representante da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio; representante do Conselho Municipal de Saúde de Monte Carmelo; representante do Conselho Municipal de Saúde de Patrocínio; COSEMS Regional e Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS). 2) O CAOSAUDE providenciará convite a cada um dos representantes dessa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, não participantes desta reunião, para sua integração, com sugestão de que referida Comissão, através de seus coordenadores, com urgência, possa estabelecer cronograma de reuniões ordinárias em face de seus membros, para elaboração do Diagnóstico Assistencial Regional, sem prejuízo da resolução dos problemas emergenciais da saúde pública regional. 3) Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região (Micro), de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência e da atenção psicossocial, atenção obstétrica e neonatal, vigilância em saúde, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e

serviços de saúde naquela região. **4)** Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência (integralidade) dos serviços de saúde da média complexidade e parte da alta complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.**5)** Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, recursos financeiros recebidos, taxa de ocupação, taxa de referência, taxa de mortalidade materno infantil, taxa de mortalidade institucional, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte e da Política Nacional de Atenção Hospitalar. **6)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. **7)** O CAOSAÚDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação Sanitária da Macro. **8)** Os municípios de Monte Carmelo e de Patrocínio, sedes da Micro, deverão assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios (prefeitos municipais), de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **9)** A Comissão de Trabalho, sem prejuízo dos objetivos acima definidos, respeitadas as atribuições das instâncias colegiadas (CIR e CIRA), deverá, ainda, discutir, para os fins de subsídio, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: **a)** ampliação dos serviços da média complexidade e parte da alta complexidade hospitalar na Região, de modo a verificar, sempre que possível, a desconcentração e dependência assistencial com os demais municípios no entorno, como, exemplo, Uberlândia; **b)** elaboração de grade de leitos de urgências e emergências (retaguarda hospitalar), com definição dos fluxos de referência e contrarreferência na micro e macro; **c)** suficiência de plantões médicos presenciais em cada uma das clínicas, inclusive, finais de semana e feriados, em face dos prestadores hospitalares; **d)** atualização dos dados e indicadores no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde; e) acompanhamento da implantação dos novos equipamentos de saúde (unidades de saúde, novos leitos e serviços da Rede de Atenção às Urgências), definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011. 10) A Administração do Hospital e Maternidade Virgílio Rosa, CNPJ nº 25.984.469/0001-33, e a Administração do Hospital Santa Terezinha, CNPJ nº 22.605.232/0001-06 deverão promover reunião, no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento da presente Ata, para os fins de discussão e deliberação quanto à proposta de sua fusão operacional, com conversão em único prestador filantrópico, sem fins lucrativos, na forma da legislação. Para tanto, poderá contar com a assessoria técnica e jurídica da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS). Nesses estudos, deverão ser levados em consideração, dentre outras, seguintes premissas: a) definição de identidade sanitária para novo prestador; b) prestação de serviços ao SUS na modalidade de orçamentação global, com definição de contratualização que leve em consideração disponibilidade dos serviços, com equilíbrio econômico financeiro. 11) No caso de decisão municipal pela gestão compartilhada do Hospital Municipal de Monte Carmelo, o CAOSAÚDE, juntamente com a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca, enviarão proposta de minuta de lei municipal, resultado do Seminário de Gestão Hospitalar Compartilhada, realizada no final do ano de 2013, sob coordenação da SES/MG, Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa e Procuradoria Geral de Justiça (CAOSAÚDE e CEAF). Referida minuta, elaborada por comissão especialmente eleita, contempla profundo aprimoramento da legislação federal, bem como observância das diretrizes e princípios do Direito Administrativo, de forma a propiciar, em todo o Estado de Minas Gerais, uma atuação uniforme pelos diversos gestores de saúde. 12) No caso de decisão pela fusão dos dois hospitais, a nova administração, posteriormente, deverá elaborar, no prazo de 30 (trinta) dias, seus estatutos e regimento, preferencialmente com participação do representante legal do corpo clínico, de modo a atender a cada um dos requisitos da Política Nacional de Atenção Hospitalar, dentre eles, a obrigatoriedade de todo o corpo clínico prestar serviços ao SUS, sob as penas da lei, fazendo-o pela interpretação sistemática da Lei federal nº 12.101, de 2009, alterada pela lei federal 12.868, de 15 de outubro de 2013; Portaria MS nº 1.034, de 05 de maio de 2010 e Política Nacional de Atenção Hospitalar. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>MARCUS VINÍCIUS RIBEIRO CUNHA <i>Promotor de Justiça – MP/MG</i> <i>Defesa da Saúde</i></p>
<p>FAUSTO REIS NOGUEIRA Prefeito Municipal Monte Carmelo/MG</p>	<p>DALTRO CATANI FILHO Superintendente Regional de Saúde da Macrorregião Sanitária de Uberlândia</p>
<p>ALMIR FERNANDO LOUREIRO FONTES Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia Presidente do COSEMS Regional</p>	<p>EDUARDO H. ROSCOE Coordenador da Central de Regulação Assistencial da SES/MG da Macro Triângulo do Norte</p>
<p>RAFAEL COSTA MENDES Procuradoria do Município de Monte Carmelo</p>	<p>VIVALDO SEBASTIÃO AMORIM BARBOSA Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais</p>
<p>ISMELINDA MARIA DINIS MENDES Secretária Municipal de Saúde de Monte Carmelo</p>	<p>SEBASTIÃO ELIAS DA SILVEIRA Presidente da FUNDASUS de Uberlândia/MG</p>



ATA REUNIÃO

LV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Micro Águas Formosas/MG

Aos doze dias do mês de novembro do ano de dois mil e treze, no auditório do Centro de Cultura, com endereço na Rua Dr. Sebastião Figueiredo, 643, centro, Águas Formosas/MG, de 13 às 17 horas, realizou-se a LV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, relativa à Microrregião de Águas Formosas/MG, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para discussão dos seguintes assuntos: 1) Garantia de acesso aos serviços de saúde hospitalares pela população local e regional; 2) Indicadores de saúde dos prestadores (hospitais); 3) Discussão dos vazios assistenciais; 4) Rede da Atenção Primária; 5) Rede da Atenção Psicossocial; 6) Rede da Atenção de Urgência e Emergência; 7) Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; 8) estratégia do fortalecimento do prestador hospitalar referência com co-financiamento tripartite; 9) Instituição de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional. Participaram da reunião um total de 26 (vinte e seis) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Daniela Campos de Abreu Serra, promotora de Justiça da comarca de Águas Formosas; Adilson Conceição, Juiz de Direito da Comarca de Águas Formosas; Lauro Alves Jardim, prefeito municipal do município de Bertópolis; Maria Ivonésis G. Fonseca, secretária municipal de saúde de Novo Oriente de Minas; Adriana Niza de

Oliveira, secretaria municipal de saúde de Umburatiba; Kamila Dantas Martins, coordenadora da Atenção Básica de Águas Formosas; Márcia Elizabeth Alves Ottoni, superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni; Helen Regina Pinheiro Rodrigues, superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni; Palmira Quaresma da Silva, Hospital Cura D'Ars de Machacalis; Hebe Nunes Lankammer, superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni; Eulália Cristina Negreiros Soares, setor de regulação da superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni; Maíza Alves Dias, NRAS da superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni; Nilson Ferreira dos Santos, secretário municipal de saúde do município de Fronteira dos Vales; Daiana Amador Medrado Costalonga, setor de regulação da secretaria municipal de saúde de Águas Formosas; Maria Amélia Cardoso Mares Porto, superintendência regional de saúde de Teófilo Otoni; Renata Souza Soares Pinto, Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas; Paulo César de Santana, Diretor Técnico do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas; Raul Rodrigues da Silva Neto, secretário municipal de saúde de Santa Helena de Minas; Rivaldávio Rodrigues de Oliveira, Provedor do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas; Ivan Santana, Superintendente Regional de Saúde de Teófilo Otoni; José Maria Pereira de Andrade, secretário municipal de saúde de Bertópolis; Rafael Costa Gonçalves, secretário municipal de saúde de Machacalis; Lis Marques de Andrade, secretário de saúde adjunto de Águas Formosas. **A reunião foi aberta pela promotora de Justiça da comarca Daniela Campos de Abreu Serra** que deu as boas vindas a cada um dos participantes, em especial ao promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE. QUE, em conjunto com o Poder Judiciário, através do MM. Juiz de Direito Adilson Conceição, tem realizado estratégia de reuniões quinzenais com os atores gestores da Região Micro, para discussão dos problemas de saúde, visando sua reorganização e resolução. QUE concorda integralmente com o projeto da Mediação Sanitária, sobretudo porque os diversos atores, de forma compartilhada, procuram conhecer as causas (problemas) coletivos de saúde, imprimindo uma práxis do “fazer fazer”, de modo a resultar um nível de melhor organização da política pública regional da saúde. QUE considera o Vale do Mucuri uma região bastante esquecida pelo Poder Público, em especial no tocante à política da saúde pública, daí a estratégia de o próprio Ministério Público e o Judiciário local tornarem-se protagonistas dessas reuniões quinzenais para otimização das ações e serviços de saúde na região. QUE, de fato, é preciso melhorar o relacionamento do prestador hospitalar local, Gestor SUS e profissionais de saúde. QUE não foi razoável a recusa dos profissionais médicos do prestador hospitalar local no atendimento dos

diagnósticos por ultrassonografia, ao argumento de que os serviços deveriam ser pagos pelo valor assumido pelo consórcio intermunicipal. QUE é importante eventual Deliberação CIB no sentido da vedação da dispensa imotivada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate a Endemias (ACE) neste final de ano, para adequação folha de pagamento (LRF), posto que essas demissões agravam o caótico quadro de controle e combate da Dengue na Região. QUE juntamente com o COSEMS Regional e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Médio Mucuri - CISMEM deverão formalizar nos próximos dias adequado fluxo para otimização da Atenção Básica na Microrregião. **Dada a palavra para o MM. Juiz de Direito Adilson Conceição** também elogiou a estratégia da Mediação Sanitária, sobretudo pela postura resolutiva e preventiva dos diversos atores, em especial do Ministério Público. QUE também comunga do entendimento de que a política pública da saúde é complexa e desafiadora na sua operacionalidade (execução). QUE quanto maior for o nível de (re)organização das ações e serviços de saúde menor será a judicialização. QUE essas reuniões quinzenais com os diversos atores proporciona maior qualificação da discussão, enfrentamento coletivo dos graves problemas de saúde e, por conseguinte, otimizado planejamento da saúde. **Dada a palavra para o promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE**, também fez especial agradecimento pelo comparecimento dos diversos atores, em especial do Poder Judiciário, representado pelo MM. Juiz de Direito Adilson Conceição. Ressaltou os fundamentos e objetivos da criação da ação institucional da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, integrada pelos diversos parceiros, jurídicos ou não. QUE, hoje, diversos órgãos e gestores do Brasil têm procurado conhecer de perto o funcionamento dessa relevante estratégia, posto que além da redução da judicialização, contribui fortemente para o nível de (re) organização das ações e serviços de saúde, com resultados que levam para um otimizado planejamento regional da saúde. QUE a Mediação Sanitária tem apoio do Ministério da Saúde, SES/MG, CRMMG, COSEMS/MG, Conselho Estadual de Saúde, Associação Médica de Minas Gerais, Associação Mineira dos Municípios (AMM), Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), dentre outros. QUE no próximo dia 26 de novembro, na sede da Procuradoria Geral de Justiça, as Comissões de Trabalho de Mediação Sanitária das Regiões Oeste (Divinópolis), Sudeste (Juiz de Fora), Leste (Ipatinga) e Triângulo do Sul (Uberaba) apresentarão seus respectivos Diagnósticos Assistenciais, elaborados coletivamente, com visitas programadas em cada um dos municípios, onde detalhará os principais achados nas diversas Redes de Atenção, apontando suas fragilidades,

insuficiências, deficiências e propostas (estratégias) para sua adequada resolução, no curto, médio e longo prazo. QUE também se espera a elaboração desses Diagnósticos Assistenciais na Região Macro Nordeste, com sede em Teófilo Otoni, com abrangência dos diversos municípios, dentre eles os da Região Micro de Águas Formosas. QUE é importante que esses diagnósticos possam ser feitos de forma ascendente, a partir de cada uma das Regiões Micro, permitindo-se, posteriormente, um consolidado de informações e estratégias. QUE o Ministério Público, bem como os órgãos integrantes de cada uma daquelas Comissões de Trabalho de Mediação Sanitária (Macro), após a apresentação do Diagnóstico, fará requerimento ao Ministério da Saúde e a SES/MG para que possam converter-se em Plano de Ação. QUE a Microrregião de Águas Formosas, na forma do PDR-MG, é integrada pelos municípios de Bertópolis, Crisólita, Fronteira dos Vales, Machacalis, Novo Oriente de Minas, Pavão, Santa Helena de Minas e Umbaratiba. QUE o município de Águas Formosas, com 18.528 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 2.163.132,87, sendo que destes R\$ 823.516,73 se destinam para atendimentos da população referenciada (PPI Assistencial). QUE o município de Bertópolis, com 4.503 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 5.271,35. QUE o município de Crisólita, com 6.104 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 89.509,11. QUE o município de Machacalis, com 6.981 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 1.087.228,83, sendo que destes R\$ 345.751,60 se destinam para atendimentos da população referenciada (PPI Assistencial). QUE o município de Novo Oriente de Minas, com 10.367 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 134.870,51. QUE o município de Pavão, com 8.564 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 279.926,08. QUE o município de Santa Helena de Minas, com 6.078 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 66.857,36. QUE o município de Umbaratiba, com 2.692 habitantes, percebe Teto MAC federal, repassado para o Fundo Estadual de Saúde (FES), competência 2013, no valor de R\$ 1.991,56. QUE, portanto, essa região de saúde precisa ser fortalecida, de modo a alcançar resolução no nível da atenção da média complexidade e parte da alta, de modo a permitir que o município pólo da Região Macro (Teófilo Otoni) se responsabilize pelos serviços da alta complexidade,

observados os fluxos administrativos e operacionais da Regulação. QUE esse fortalecimento e nível de (re) organização das Regiões Micros não é faculdade, mas obrigação legal, conforme se extrai do próprio Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE no tocante aos prestadores hospitalares é preciso que percebam os novos tempos da política pública de saúde, não havendo mais espaços para gestões improvisadas e amadoras, nem mesmo exercício (cultural) dos serviços de saúde como “favores”, “benesses”. QUE a Constituição Federal de 1988 instituiu modelo único de saúde, erigido ao status de Direito Fundamental, nomeando expressamente o Ministério Público como órgão responsável por zelar por esses serviços de relevância pública (ações e serviços de saúde), adotando as medidas necessárias para sua promoção e eficácia. QUE, hoje, o Ministério Público, sem embargo das disposições constitucionais, foi nomeado expressamente pela Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012, como órgão responsável pela fiscalização da Gestão Pública de Saúde. QUE esses novos tempos exigem dos prestadores hospitalares, públicos ou privados conveniados ao SUS, otimizada relação jurídica que resulte no cumprimento dos indicadores e metas estabelecidos, sem prejuízo do equilíbrio econômico financeiro dessa relação contratual/convenial. QUE não há qualquer sinalização de que o Ministério da Saúde possa reajustar a Tabela Nacional de Procedimentos do SUS, daí que é preciso se buscar novas formas e arranjos organizativos entre os diversos atores, em face dos finitos recursos públicos de saúde. QUE, lado outro, é bastante correta a estratégia do Ministério da Saúde e SES/MG no incremento dos incentivos financeiros para os municípios e prestadores que se apresentam como referências para a política pública de saúde. QUE, de fato, essa práxis mais se aproxima da equidade sanitária, premiando os bons prestadores de modo que possam ser fortalecidos e reconhecidos, com resultantes de bons indicadores e performance operacional. QUE, hoje, o Ministério da Saúde disponibiliza para esses bons prestadores, dentre outros incrementos financeiros, o IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização, remunerando em até 50% o correspondente a toda produção da média complexidade anualizada. QUE cada vez mais tem sido incentivada a política da orçamentação global ou parcial, com remuneração maior (IAC) para os prestadores que aderirem à política do 100% SUS, passando o IAC para 70% (plus) de toda a produção dos serviços da média complexidade anualizada. QUE, nesse sentido, é preciso o fortalecimento e adequação do principal prestador microrregional (Hospital São Vicente de Paulo), de modo que possa ser cada vez mais suficiente e resolutivo nas ações e serviços de saúde da média e parte da alta complexidade. QUE esse fortalecimento é absolutamente justificado dadas as especificidades regionais

(distâncias consideráveis entre os municípios, vazios assistenciais e baixo IDH regional). QUE é preciso, com urgência, dentro da estratégia da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, a elaboração de detalhado diagnóstico desse principal prestador hospitalar, de modo que possam ser levantadas, dentre outros, os seguintes: a) adequação do número de leitos convencionais; b) leitos especializados (UTI adulto); c) equipamentos de diagnóstico; d) cobertura adequada do RH nos plantões presenciais em cada clínica. QUE, de posse desses custos (investimentos), essa estratégia, construída coletivamente, poderá ser apresentada aos diversos municípios da região, SES/MG e Ministério da Saúde, para seu adequado co-financiamento. QUE é absolutamente trágico para uma sociedade regional, como a da Micro de Águas Formosas, o não fortalecimento das ações e serviços de saúde, que resulte, inclusive, no fortalecimento do seu principal prestador hospitalar referência. QUE, evidentemente, a decisão racional para os investimentos necessários no nível loco-regional levará em consideração questões multifatoriais, obrigatoriamente embasados na epidemiologia. QUE, por outro lado, o SISTEMA não pode tornar-se refém do prestador, devendo este promover, através de sua gestão profissionalizada, seu crescimento operacional que resulte maior densidade tecnológica. QUE a questão do transporte sanitário é fundamental para todo município, contudo em especial para aqueles que se mostram em grandes distâncias de seu município pólo. QUE não há dúvidas de que os municípios integrados à Região Micro de Águas Formosas estão em desvantagens quanto a essas distâncias de seu pólo (Teófilo Otoni). QUE o Ministério Público do Estado de Minas Gerais elegeu como uma de suas prioridades de atuação na Defesa da Saúde, através do PGA Finalístico 2014/2015, a exigência de no mínimo uma maternidade regional em cada uma das 77 (setenta e sete) microrregiões de saúde, posto que a atenção obstétrica e neonatal não pode ser feita em unidades que não estejam estruturadas pelas exigências técnicas da literatura médica nacional e internacional, OMS e regras da ANVISA. QUE a redução da mortalidade materno-infantil é Objetivo do Milênio da ONU. QUE, nesse sentido, o grave desafio para a construção dessa maternidade regional para a Região Micro de Águas Formosas. QUE, de fato, extrai-se dos artigos 17 e seguintes da Lei federal nº 8.080/90 e da própria Constituição Federal, a responsabilidade financeira solidária pelas ações e serviços da média e alta complexidade pela SES/MG e Ministério da Saúde, o que não afasta a possibilidade de co-financiamento dos diversos municípios da região visando o fortalecimento de determinadas estratégias que favoreçam imediatamente a redução do risco à saúde de seus usuários. QUE cada um dos municípios deve fazer bem sua atenção primária, com qualidade e resolutividade, de

modo a não impactar desnecessariamente os demais níveis de atenção. QUE o Ministério Público está muito atento, neste final de ano, quanto às condutas vedadas para os diversos gestores SUS no sentido de demissão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combates a Endemias (ACE), para arranjos (equilíbrio) de folha de pagamento em face da LRF. QUE o Ministério Público não concorda com essas demissões na área da saúde pública, posto que os serviços são de relevância pública e continuados, sobretudo porque o trabalho daqueles agentes são imprescindíveis para o controle e combate permanente da Dengue. QUE a Região Micro de Águas Formosas preenche todos os critérios para que seja experiência da estratégia estadual de implantação de carreira e piso estadual para os profissionais médicos das UBS e ESF, recrutados por meio de consórcio público intermunicipal, co-financiados pela SES/MG e Ministério da Saúde. QUE, hoje, a principal reivindicação da categoria médica, sem prejuízo das melhores condições de trabalho, é a falta dessa carreira profissional, que possa proporcionar maior segurança no trabalho, afastados dos humores políticos. QUE o CAOSAÚDE integra o Grupo de Trabalho instituído pela SES/MG que visa a discussão dessa estratégia (carreira profissionais de saúde). QUE é preciso que a natureza jurídica do atual consórcio intermunicipal de saúde da microrregião do médio mucuri - CISMEM passe para o regime público. QUE é preciso também refletir a mudança de gestão do município sede da Micro (Águas Formosas), de modo que passe para Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), com garantia de governança diretamente sobre seus prestadores, com recebimento fundo a fundo dos recursos do teto MAC federal para as ações e serviços da média e alta complexidade. QUE é muito grande o prejuízo do atual status, posto que os serviços hospitalares da média e alta complexidade na região estão sendo contratados pela SES/MG, com fator desfavorável de grandes distâncias que em nada contribuem para a exigida regulação (supervisão, fiscalização, monitoramento e auditoria). QUE a maioria dos municípios sede de Região Micro ou Macro, não detentores de GPSM, são mal informados, posto que imaginam que com a mudança passariam a ser responsáveis pelo financiamento municipal das ações e serviços de média e alta complexidade, o que não é verdade, conforme supracitado. QUE, hoje, o município de Crisolita/MG, integrado a essa Região Micro, com população de 6.104 habitantes, recebe anualmente R\$ 80.000,00 para atenção da média e alta complexidade. QUE esse recurso, evidentemente, é absolutamente insuficiente e, aplicado dessa forma pulverizada (solitária) contribui ainda mais para a escassez dos serviços, razão pela qual a estratégia da consolidação de todos esses recursos em Águas Formosas, para fornecimento da média complexidade, é muito mais razoável. QUE também podemos

citar como exemplo o município de Machacalis/MG, integrado a essa Região Micro, percebendo para toda sua considerável população o teto MAC de R\$ 700.000,00 anualmente. QUE além do mais essa estratégia do fortalecimento da atenção da média complexidade no município de Águas Formosas permitiria a construção de um Protocolo Assistencial Único para todos os municípios integrados. QUE a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.628, de 04 de novembro de 2013, aprovou a Rede Estadual de Urgência e Emergência para a Região Macro Nordeste, integrada por 86 (oitenta e seis) municípios, cuja sede será em Teófilo Otoni/MG. QUE a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária precisa, com urgência, discutir se a definição (proposta) de distribuição dos equipamentos da Rede SAMU (USA e USB) atenderão aos critérios técnicos que resultem na redução do risco. QUE há proposta de uma USB – Unidade de Suporte Básico para o município de Águas Formosas e Pavão, enquanto a USA – Unidade de Suporte Avançado ficará em Teófilo Otoni. QUE essa grande distância dos municípios da Micro para Teófilo Otoni justifica a elaboração de um estudo, baseado na epidemiologia, no tocante à política da hemodiálise, ainda que tenha que ser completada (usuários) de outras regiões micro próximas. QUE essas grandes viagens comprometem em muito a política da humanização da atenção nefrológica. QUE é preciso também estudar melhor estratégia de descentralização de leitos especializados (UTI) para os municípios sede de micro, dadas as especificidades regionais do Vale do Mucuri. QUE não é razoável que esses leitos UTI possam existir apenas no município de Teófilo Otoni, o que tem estrangulado o SISTEMA, com comprometimento e risco para a saúde dos demais usuários na região. QUE é preciso desafogar os serviços do município pólo de Teófilo Otoni. QUE é possível o engajamento solidário de todos os entes no fortalecimento do prestador referência, como, exemplo o processo que vem sendo construído na Região Micro de Caratinga/MG. QUE nessa região os 14 (quatorze) municípios contribuirão financeiramente, proporcionalmente ao critério populacional, para o fortalecimento do prestador hospitalar em Caratinga. QUE a SES/MG contribuirá para esse projeto com o custeio mensal de R\$ 200.000,00. QUE o Ministério Público, através do CAOSAÚDE, vai demandar a SES/MG para que as emendas parlamentares, sobretudo pelo orçamento impositivo, possam ser convertidas em ações e serviços de saúde que realmente atendem a epidemiologia regional. **Dada a palavra para o Superintendente Regional da Saúde da Região Macro Nordeste, Ivan Santana, bem como para os membros de sua Equipe,** ressaltou o privilégio de sua região estar recebendo o projeto da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, em especial do coordenador do CAOSAÚDE, promotor

de Justiça Gilmar de Assis. Ressaltou, também, elogios à atuação vigorosa, democrática, da promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Águas Formosa, Dra. Daniela Campos de Abreu Serra e ao MM. Juiz de Direito da comarca, Dr. Adilson Conceição. QUE não há dúvidas do acerto da proposta da Mediação Sanitária que busca esforço coletivo, resolutivo, respeitoso, na resolução dos graves problemas de saúde. QUE essa atuação potencializa a redução da judicialização da saúde. QUE a estratégia da Mediação Sanitária corresponde, na prática, ao verdadeiro COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, exemplo que deveria ser seguido e fortalecido pelo Ministério da Saúde. QUE também comunga do entendimento de que os prestadores hospitalares possam ser cada vez mais referências, abertos para o SUS, com incorporação de tecnologias e densidades operacionais. QUE cita, como exemplo, a importância do Hospital Cura D'Arts de Machacalis/MG, haja vista que essa unidade de saúde também é referência para atendimento da saúde indígena. QUE concorda com a manutenção do fechamento do hospital do município de Pavão/MG, haja vista que sem escala e resolutividade necessária, sendo suficiente o sistema de referência (fluxos) da população para demais unidades de saúde de outros municípios. QUE, por outro lado, esse município será contemplado com uma USB por ocasião da Rede SAMU Nordeste. QUE sua família é originada desse município de Pavão/MG. QUE esse hospital sequer contava com plantão médico quando do adoecimento de sua genitora. QUE tem executado modelo diferente de gestão na SRS, implantando a CIR Itinerante, de modo a motivar os diversos gestores e prefeitos municipais na participação dessas importantes reuniões. QUE de modo geral pode concluir ser participativa as reuniões da CIR, com presença de boa parte dos secretários municipais de saúde. QUE o Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas tem merecido total atenção da SES/MG, por ser fundamental nessa região de saúde. QUE a SES/MG tem garantido para esse prestador recursos importantes, como, exemplos Rede Resposta (Nível III) para as Urgências e Emergências no valor mensal de R\$ 100.000,00 e PROHOSP Microrregional no valor mensal de R\$ 87.308,86 (recebeu somente uma parcela em 19/08/2013). QUE constatou a falta de um bom relacionamento entre os profissionais médicos com a Administração do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas. QUE foi em uma dessas reuniões quinzenais, instituídas pela promotoria de Justiça local, através da Dra. Daniela Campos de Abreu Serra que se constatou que o hospital local não registrava os atendimentos decorrentes do extrapolamento, o que gerava um déficit considerável em sua folha, posto que não era ressarcido pela SES/MG. QUE essa pendência foi devidamente corrigida. QUE considerou injusta a suspensão

dos serviços por parte dos profissionais médicos desse prestador hospitalar ao argumento de atrasos no pagamento, haja vista que foi constatado que esse atraso não era superior a 10 (dez) dias. QUE há falta de 04 (quatro) médicos reguladores nos quadros da Central de Regulação Assistencial da Macro Nordeste, o que traz determinados prejuízos na captação de leitos junto aos prestadores através do SUSFácil. QUE muitos prestadores (hospitais) têm se negado ao atendimento das solicitações feitas pelos profissionais reguladores através do SUSFácil. QUE há um único Complexo Regulador das Urgências e Emergências e Rede SAMU para duas grandes Macros (Nordeste e Jequitinhonha). QUE nesse complexo regulador atuam a Rede SAMU e a Central de Regulação Assistencial da SES/MG, visando estabelecimento de protocolo assistencial único e redução dos confrontos. QUE o Hospital Santa Rosália de Teófilo Otoni, referência para atenção da média e alta complexidade, não possui condições técnicas e operacionais para atendimento de 02 (duas) Macrorregiões (Jequitinhonha e Nordeste). QUE também externa sua preocupação quanto às possíveis demissões de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate a Endemias (ACE) nesse final de ano, para adequação de folha de pagamento, com notório prejuízo para a importante política de enfrentamento da Dengue. QUE sua maior preocupação é a proliferação do sorotipo 4 da Dengue na Região. QUE foram confirmadas 12 (doze) mortes por sorotipo 4 da Dengue em sua Região. QUE a SRS Nordeste está à disposição para participação e integração à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, tal qual teve notícias exitosas da Macro Sudeste, Oeste, Triângulo do Sul e Leste. QUE ainda há muitas internações de usuários por condições sensíveis à atenção primária, daí a estratégia que deverá ser construída para que cada um dos municípios da Macro Nordeste possam atingir a suficiência da atenção básica. QUE, segundo levantamentos do TABWIN, competência janeiro a setembro de 2013, o município de Águas Formosas procedeu 750 internações de sua população própria, sendo que destas 378 foram por condições sensíveis à atenção primária. QUE no 2º quadrimestre de 2013, em Águas Formosas, foram os seguintes resultados: a) Clínica Obstétrica respondeu por 35,6% do total das internações de Águas Formosas, sendo 41,6% dos pacientes obstétricos da Sede e 57,8% das referências e apenas 0,5% de outras localidades que não fazem parte da Micro; b) Clínica Cirúrgica internou em média 8% do total das internações, sendo 54% dos pacientes da Sede, 39% das referências da Micro e apenas 7% de outras localidades, sendo 52% delas eletivas e 48% de urgência. A ortopedia representou 30% do movimento cirúrgico; c) Clínica Pediátrica respondeu por 19,5% do total das internações, sendo 15,8% sensíveis à atenção primária; 72,2% das internações

pediátricas foram da Sede, 26,5% das referências do pólo e apenas 1% foi de outras localidades; 27,7% dos pacientes pediátricos foram Lactentes e 40,2% dos pacientes pediátricos ficaram dois ou menos dias internados; d) Clínica Médica internou 33% do total das internações, sendo 21,2% sensíveis a atenção primária; 64,8% do total dos pacientes de clínica médica foram da Sede; 34,7% das referências e apenas 0,4% de outras localidades; 42,7% dos pacientes de clínica médica ficaram internados de 0 a 2 dias; e) O total geral das internações sensíveis chegou a 37%. **Dada a palavra para o Prefeito Municipal de Bertópolis, presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Médio Mucuri – CISMEM, Lauro Jardim**, elogiou a estratégia da Mediação Sanitária. QUE referido consórcio já está migrando para sua natureza pública a partir de janeiro de 2014, haja vista que quando de natureza privada estão tolhidos de recebimento de determinados recursos. QUE o atual CISMEM encontra-se integrado por 08 (oito) municípios, sendo todos da Micro de Águas Formosas. **Dada a palavra para o representante do COSEMS Regional, Nilson Ferreira dos Santo** elogiou a estratégia da Mediação Sanitária, cujos resultados em outras regiões é de conhecimento público. QUE, de fato, o grande desafio consiste na atuação coletiva na política pública da saúde. QUE cada um dos atores desse processo precisam assumir sua responsabilidade sanitária. QUE também concorda com o posicionamento do Coordenador do CAOSAÚDE quando menciona que não se faz política de saúde no viés solitário, individual, por parte de cada um dos municípios, divorciados da lógica regional. QUE as ações e serviços de saúde precisam ser mais profissionais, através de planejamento sério e abrangente. QUE o Gestor Estadual (SES/MG) e o Gestor Federal (Ministério da Saúde) precisam compreender melhor a realidade desta Região, absolutamente diferente das demais no Estado de Minas Gerais, nos aspectos econômicos, financeiros, geográficos e sanitários. QUE a realidade da Região Macro Nordeste nem mesmo se compara com a da Região macro Jequitinhonha. QUE espera que essa Mediação Sanitária possa contribuir para o melhor investimento estadual e federal na saúde pública da região. **Dada a palavra para o Provedor do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas, Rivaldávio Rodrigues de Oliveira**, elogiou a estratégia da Mediação Sanitária já bastante decantada em todo o Estado de Minas Gerais. QUE todas essas discussões e deliberações possam ser convertidas em plano de ação (realidade). QUE o Hospital passa por muitas dificuldades financeiras, não obstante os importantes recursos recebidos da esfera federal e estadual, como IAC e PROHOSP. QUE as campanhas levantadas, com o imprescindível apoio do MM. Juiz de Direito Adilson Conceição e da Promotora de Justiça Daniela Campos de Abreu Serra tem sido

fundamentais. QUE, de fato, recebe recursos extras por parte dos municípios da Região Micro, contudo, pela falta de formalização de um termo mais robusto, nem todos eles fazem a contribuição ou a mantêm regularmente. QUE o município de Pavão comprometeu-se a ingressar nesse rateio proporcional de modo a fortalecer esse prestador referência microrregional. QUE o município de Novo Oriente nunca contribuiu. QUE também são internados indígenas no Hospital local e não apenas em Machacalis. QUE as campanhas são feitas em busca de alimentos, produtos de limpeza e até com os produtores de leite. QUE o Hospital foi obrigado a recorrer a empréstimo bancário junto à Caixa Econômica Federal para conseguir honrar, final deste ano, com o pagamento do 13º dos funcionários. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Micro Águas Formosas, de caráter permanente, com atribuições regional, democrática, solidária, integrada pelo Superintendente Regional de Saúde de Teófilo Otoni (coordenador); Promotora de Justiça de Defesa da Saúde de Águas Formosas (coordenadora); MM. Juiz de Direito da Comarca (coordenador); Secretaria Municipal de Saúde de Águas Formosas; Delegado Regional do CRMMG; Coordenador da Central de Regulação Assistencial da SES/MG da Região Macro Nordeste; representante do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas; representante do Conselho Municipal de Saúde de Águas Formosas; COSEMS Regional; COREN Regional, CISMEN e Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS). **2)** O CAOSAÚDE providenciará convite a cada um dos representantes dessa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, não participantes desta reunião, para sua integração, com sugestão de que referida Comissão, através de seus coordenadores, com urgência, possa estabelecer cronograma de reuniões ordinárias em face de seus membros, para elaboração do Diagnóstico Assistencial Regional, sem prejuízo da resolução dos problemas emergenciais da saúde pública regional. **3)** Essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, dentre outros, mediante visitas in loco, deverá proceder levantamento/diagnóstico assistencial, em cada um dos municípios da Região (Micro), com sugestão de sua conclusão em até 150 (cento e cinquenta) dias, a contar do recebimento da presente Ata, de modo a verificar as deficiências, fragilidades e potencialidades da atenção básica, da urgência e emergência, da atenção hospitalar, da atenção psicossocial, da atenção obstétrica e neonatal, da vigilância em saúde, com o objetivo da qualificação das respectivas redes de atenção, bem como proposta de reorganização das ações e serviços de saúde naquela região. **4)** Nos estudos e diagnósticos assistenciais que serão elaborados pela

Comissão de Trabalho, deverá ser levado em consideração a diretriz da suficiência (integralidade) dos serviços de saúde da média complexidade e parte da alta complexidade na microrregião de saúde, conforme regra estabelecida pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **5)** Por ocasião dessas visitas, deverá ser abordada cada uma das unidades de saúde (hospitais), de modo a verificar, dentre outros, sua tipologia (classificação), serviços oferecidos, metas físicas, importância regional, fragilidades, inclusive, se for o caso, recursos financeiros recebidos, taxa de ocupação, taxa de referência, taxa de mortalidade materno infantil, taxa de mortalidade institucional, apresentação de proposta de reclassificação e/ou outra identidade sanitária, no escopo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte e da Política Nacional de Atenção Hospitalar. **6)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária serão integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento Regional de toda a Macro, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal, sem prejuízo de sua apresentação, para os fins de validação, sobretudo nos assuntos emergenciais, ao Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde. **7)** O CAOSAÚDE providenciará a realização dessa reunião com o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, visando a apresentação dos trabalhos pela Comissão de Mediação Sanitária da Região Macro Nordeste. **8)** O município de Águas Formosas, sede da Micro, deverá assumir a coordenação de uma agenda positiva política de liderança regional junto aos demais municípios (prefeitos municipais), de modo a facilitar a compreensão dos processos da regionalização dos serviços de saúde, garantindo-se, inclusive, adequado apoio à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária. **9)** A Comissão de Trabalho, sem prejuízo dos objetivos acima definidos, respeitadas as atribuições das instâncias colegiadas (CIR e CIRA), deverá, ainda, discutir, para os fins de subsídio, dentre outros, sobre os seguintes problemas com ressonância regional: **a)** ampliação dos serviços da média complexidade e parte da alta complexidade hospitalar na Região, como, exemplo, os serviços de hemodiálise, de modo a verificar, sempre que possível, a desconcentração e dependência assistencial com o município de Teófilo Otoni; **b)** elaboração de grade de leitos de urgências e emergências (retaguarda hospitalar), com definição dos fluxos de referência e contrarreferência na micro e macro; **c)** verificação da suficiência de plantões médicos presenciais junto ao Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas, em cada uma das clínicas, inclusive, finais de semana e feriados; **d)** atualização dos dados e indicadores no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; **e)** participação efetiva nas discussões e deliberações quanto à implantação dos novos equipamentos de saúde da Rede de

Atenção às Urgências e Emergências, definidos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.628, de 04 de novembro de 2013; **f)** recomendação aos principais prestadores hospitalares da Região Micro no sentido da atualização de seus Regimentos Internos e, se for o caso, dos Estatutos, no prazo de 30 (trinta) dias, preferencialmente com participação do representante legal do corpo clínico, de modo a atender a cada um dos requisitos da Política Nacional de Atenção Hospitalar, dentre eles, a obrigatoriedade de todo o corpo clínico prestar serviços ao SUS, sob as penas da lei, fazendo-o pela interpretação sistemática da Lei federal nº 12.101, de 2009, alterada pela lei federal 12.868, de 15 de outubro de 2013; Portaria MS nº 1.034, de 05 de maio de 2010 e Política Nacional de Atenção Hospitalar; **g)** acompanhamento das providências afetas ao CISMEN no sentido da mudança de sua natureza jurídica para pública, inclusive, com exigência de prestação de contas quadrimestral dos serviços prestados e recursos recebidos; **h)** reunião com o prestador Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas, no prazo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento da presente Ata, visando discussão da proposta de se tornar 100% SUS, oportunidade em que seu IAC federal passará para 70% de toda a produção da média complexidade anualizada, sem prejuízo da manutenção dos recursos incentivos do PROHOSP e da Rede da Urgência e Emergência. Esse modelo de orçamentação global, incentivado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar, não prejudica os atendimentos dos privados e planos de saúde, posto que o SUS é universal, vedados apenas a cobrança pela utilização dos serviços pelo referido prestador. Por outro lado, perfeitamente possível ante a plausibilidade jurídica de o referido prestador poder ser ressarcido diretamente pelos planos de saúde devido a utilização de seus segurados nos serviços SUS; **i)** exigência de investimento pelos municípios na atenção básica, com equipes completas, de modo que esses serviços atualmente prestados no âmbito hospitalar possam ser progressivamente reduzidos, sobretudo os atendimentos classificados de “verdes” e “azuis”; **j)** implantação dos equipamentos de saúde mental em toda a Microrregião, conforme definição do Anexo da Resolução SES nº 3.206, de 04 de abril de 2012; **k)** implantação de uma UPA, de maior porte, para atendimento da Região Micro, com financiamento tripartite (federal, estadual e entre os municípios), de modo a reduzir a dependência com o município de Teófilo Otoni, sobretudo pelas especificidades geográficas, podendo, para tanto, proceder a elaboração de um PCEP – Protocolo de Cooperação Entre Entes Públicos. **10)** O CAOSAÚDE providenciará remessa da presente Ata para conhecimento da SES/MG e Ministério da Saúde, solicitando-lhes, em face das especificidades regionais, equidade na distribuição dos incentivos financeiros, de modo a promover a redução das

desigualdades sociais e regionais, na forma do objetivo republicano insculpido na Constituição Federal. **11)** O CAOSAÚDE providenciará Recomendação à Secretaria Estadual de Saúde para que observe, por ocasião das emendas parlamentares na área da saúde, obrigatório estudo técnico epidemiológico, de modo a garantir que o equipamento de saúde, a qualquer título, possa estar sendo adquirido e fornecido ao município destinatário de forma racional e epidemiológica. **12)** O CAOSAÚDE providenciará Recomendação para o COSEMS/MG e Associação Mineira dos Municípios, com cópia para SES/MG e Conselho Estadual de Saúde, para que abstenham-se das dispensas imotivadas, neste final de ano, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate a Endemias (ACE), haja vista a necessidade da continuidade dos serviços de prevenção e combate a DENGUE, posto que registrado 12 (doze) mortes por Sorotipo IV. **13)** O município de Águas Formosas deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento da presente Ata, deliberar quanto à assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), de modo a permitir-lhe a elaboração diretamente da relação contratual com seu principal prestador hospitalar, sem prejuízo da governança sobre os demais prestadores, assegurando-se que os recursos do Teto MAC federal possam ser transferidos diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. Essa resposta deverá ser formalizada junto à Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Micro de Águas Formosas. **14)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que preste informações sobre a implantação do Programa VIVA VIDA, com repasses de recursos financeiros, para essa Região Micro de Águas Formosas. **15)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG, com cópia para COSEMS/MG e Conselho Estadual de Saúde, para que, em tempo e modo, possibilite o desmembramento da Rede de Urgência e Emergência das Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste e Jequitinhonha, inclusive da Central Regional da Macrorregião Nordeste e Jequitinhonha, dadas as graves especificidades regionais. **16)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que recomponha, em tempo e modo, o quadro dos profissionais reguladores da Central Regional da Macrorregião Nordeste e Jequitinhonha. **17)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que possa detalhar os custos, federal e estadual, da Rede de Urgência e Emergência das Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste e Jequitinhonha, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.628, de 4 de novembro de 2013. **18)** O CAOSAÚDE oficiará a CIB-SUS/MG para que delibere quanto à possibilidade de os recursos do Teto MAC federal, devidos aos municípios que sequer possuem prestador hospitalar em sua base territorial, atualmente repassados para o Fundo Estadual de Saúde, possam ser repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde do

município sede de Micro, com prestador hospitalar referência, detentor de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE	DANIELA CAMPOS DE ABREU SERRA <i>Promotora de Justiça – MP/MG</i> <i>Defesa da Saúde</i>
ADILSON CONCEIÇÃO, Juiz de Direito Comarca de Águas Formosas	LAURO ALVES JARDIM Prefeito Municipal Bertópolis/MG
MARIA IVONÉSIS G. FONSECA Secretária Municipal de Saúde Novo Oriente de Minas/MG	IVAN SANTANA Superintendente Regional de Saúde de Teófilo Otoni/MG
RIVALDÁVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA Provedor do Hospital São Vicente de Paulo - Águas Formosas/MG	LIS MARQUES DE ANDRADE secretário de saúde adjunto Águas Formosas/MG
JOSÉ MARIA PEREIRA DE ANDRAD Secretário municipal de saúde de Bertópolis/MG	RAUL RODRIGUES DA SILVA NETO Secretário municipal de saúde de Santa Helena de Minas/MG
RAFAEL COSTA GONÇALVES Secretário municipal de saúde de Machacalis	PAULO CÉZAR DE SANTANA, Diretor Técnico do Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas



ATA REUNIÃO

LXV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania São Lourenço/MG

Aos quinze dias do mês de julho do ano de dois mil e quatorze, no auditório do Hotel Guanabara, com endereço na Avenida Getúlio Vargas, nº 423, centro, São Lourenço/MG, realizou-se a LXV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania da Microrregião de São Lourenço, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para *discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de São Lourenço; Indicadores de saúde da Atenção Básica; Vazios Assistenciais regionais; Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares; Rede de Atenção Psicossocial; Garantia de acesso dos usuários aos leitos da urgência e emergência; Discussão sobre a política do “vaga zero”; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Criação de estratégia que vise o fortalecimento do prestador hospitalar referência; Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, elaboração de Diagnóstico Situacional.* Participaram da reunião um total de 52 (cinquenta e duas) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Pedro Paulo Barreiros Aina, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de São Lourenço; Done Julianna Palinkás, promotora de Justiça da comarca de Itanhandu; José Sacido Barcia Neto, prefeito municipal de São Lourenço; Mauro Guimarães Junqueira, secretário municipal de saúde de São Lourenço e Presidente do COSEMS-

MG; Paulo Sérgio, prefeito municipal de Jesuânia; Emerson Ferreira Maciel, prefeito de Soledade de Minas; Sebastião Mendes Pinto Neto, prefeito municipal de Alagoa; Paulo José de Almeida Brito, prefeito municipal de Passa Quatro; José Ricardo Diniz, prefeito de São Sebastião do Rio Verde; Luiz Cláudio Siqueira, vereador e presidente da câmara municipal de São Lourenço; Cleber Rezende de Santa Rosa, vereador municipal de Olímpio Noronha; Wison José Lamin, vereador municipal de Olímpio Noronha; Nicelino Gonçalves, vereador de Olímpio Noronha; Samanta Mendes Fernandes, prefeitura de Jesuânia; Wilson Nadah Sâmia, secretário municipal de saúde de Olímpio Noronha; Suzana Matias Amaral, secretária municipal de saúde de Jesuânia; Márcio Alexandre, secretário municipal de saúde de São Sebastião do Rio Verde; Lúcio Antônio Alves, secretário municipal de Soledade de Minas; Mabelle de Barros Leite Nogueira, superintendente regional de saúde da de Varginha; Cláudio de Lima Alves, coordenador de regulação da Macro Sul; Leonardo Justino Martins, representante da Federassantas; Waldinei A. Ferreira, vereador municipal de São Lourenço; Luiz Fernando Ribeiro de Souza, secretário municipal de saúde de Alagoa; Carlos G. da Fonseca, secretário municipal de saúde de Passa Quatro; Edson Ribeiro Costa, provedor da casa de caridade de Itamonte; Flávio Gonçalves Guimarães, produtor de eventos; William Rogério de Souza, vereador de São Lourenço; Agilsander Rodrigues da Silva, vereador de São Lourenço; Ricardo de Mattos, vereador de São Lourenço; Alessandro Reis Pereira, assessor de saúde; José Fernando Pinto, secretário municipal de saúde de Pouso Alto; Charles Henrique da Silva, procurador do município de São Lourenço; Othon José Mário dos Santos, vereador do município de Dom Viçoso; Sebastião Márcio dos Santos, secretário municipal de saúde de Dom Viçoso; Maria Solange Nogueira, secretária municipal de saúde de Virgínia; Renata Maria Arruda Maciel; analista financeira da casa de caridade de São Lourenço; Beatriz Guimarães Leite, gestora de pessoal; Márcio Santiago Alves, hospital de São Lourenço; Simone Alves Nunes, hospital de São Lourenço; Eni Ap. Coutinho, faturamento do hospital de São Lourenço; Cláudia Giseli P. Ferreira, planejamento do hospital de São Lourenço; Eloisa Azaleni Máximo, diretora financeira do hospital de São Lourenço; Gilson Belém, presidente da fundação Casa de Caridade de São Lourenço; Gabriel Dias Pereira Filho, provedor do Hospital de São Lourenço; Jair Pereira Carvalho, membro do

conselho fiscal do hospital de São Lourenço; Silvana Rossi, setor de urgência/emergência da SES/MG; Cíntia A. Carvalho, referência técnica da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG; Eduardo Gonçalves, Cosemsmg regional; Zaldiléia M.C.P. Barbi, secretária municipal de saúde de Itamonte; Mário Douglas Oliveira Dias, vereador do município de Olímpio Noronha; Fabrício Guedes dos Santos, vereador de São Lourenço.

A reunião foi aberta pelo presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG) e Secretário Municipal de Saúde de São Lourenço, MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA que fez especial saudação a todos os presentes pelo comparecimento a essa importante reunião, citando expressamente o CAOSAÚDE, na pessoa de seu coordenador, promotor de Justiça Gilmar de Assis e o promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de São Lourenço, Pedro Paulo. QUE acredita na Mediação Sanitária pelo seu viés democrático e da assunção da corresponsabilidade por todos os seus atores, inclusive pelo Ministério Público. QUE há grandes desafios para serem superados na Região Microrregional de São Lourenço. QUE a microrregião de São Lourenço integra a Região Macrorregional Sul. QUE a microrregião de São Lourenço possui 251.407 habitantes e é integrada pelos seguintes municípios: Aiuruoca, Alagoa, Baependi, Carmo de Minas, Carvalhos, Caxambu, Conceição do Rio Verde, Cristina, Cruzília, Dom Viçoso, Itamonte, Itanhandu, Jesuânia, Lambari, Minduri, Olímpio Noronha, Passa Quatro, Pouso Alto, São Lourenço, São Sebastião do Rio Verde, Seritinga, Serranos, Soledade de Minas e Virgínia. QUE o subfinanciamento na saúde continua a ser um dos maiores desafios para sua superação. QUE o orçamento federal da saúde 2014 é menor do que o do ano de 2013. QUE o Congresso Nacional aprovou recente medida do orçamento impositivo, no valor de R\$ 8 bilhões, contudo esse recurso é para investimento e não custeio. QUE o COSEMS-MG não concorda que esse recurso do orçamento impositivo saia do próprio orçamento federal da saúde, ou seja, sem que represente “dinheiro novo”. QUE o Programa Mais Médico, do governo federal, possui muito acerto na sua estratégia, como no fato da interiorização do profissional para regiões ou municípios que sempre conviveram com a escassez desse profissional. QUE, por outro lado, esse mesmo programa federal erra ao utilizar dos mesmos recursos insuficientes do PAB Variável para o pagamento dos profissionais médicos contratados.

QUE está havendo atrasos do governo federal no repasse do piso da Atenção Básica Variável, o que compromete, dentre outros, a Estratégia Saúde da Família. QUE tem havido falta de recurso federal para a saúde, onde os repasses (transferências fundo a fundo) não têm sido regulares, sendo feitos de acordo com as disponibilidades do tesouro federal, sem correspondência com a Programação Anual de Saúde. QUE já são quase 40 dias sem os repasses do governo federal para pagamento nacional da produção dos Serviços de Diálise, o que traz enorme risco para a saúde pública de milhares de usuários. QUE o estado de Minas Gerais também se encontra com dificuldades financeiras, com atrasos em programas estratégicos, podendo ser citados: PROHOSP, Rede Resposta (Urgência e Emergência) e Centro Viva Vida. QUE há cerca de R\$ 2.5 bilhões com restos a pagar. QUE os municípios mineiros não conseguem mais aplicar recursos extras na área da saúde, haja vista que essa média tem sido de 22,5%, enquanto que a obrigação constitucional exige o mínimo de 15%. QUE os gastos do município com as obrigações constitucionais (saúde, educação e duodécimo legislativo) praticamente consomem todos os recursos arrecadados. QUE o governo federal aprovou a recente lei nº 12.994, de 2014 que altera o piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como cria obrigações para os municípios. QUE o COSEMS participará do II Congresso Brasileiro dos COSEMS, no dia 25/07, em São Luís/MA, onde, dentre outras, deverá ser definida a posição institucional a respeito dos efeitos da Lei federal nº 12.994, de 2014. QUE essa legislação pretende-se ser inconstitucional, haja vista que a União criou obrigações financeiras (piso e plano de cargo e carreiras) para o PACS, sem contrapartida financeira extra, portanto criando despesas para outros entes (municípios). QUE os prestadores (hospitais) precisam possuir gestão qualificada. QUE não haverá aumento da Tabela Nacional de Procedimentos SUS pelo Ministério da Saúde, embora grande parte dos procedimentos encontram-se sem aumento há muitos anos. QUE a lógica por pagamento por produção é nefasta e precisa ser modificada, com sugestão para que seja pela disponibilidade dos serviços. QUE o Ministério da Saúde não pretende uniformizar o pagamento por tabela desses procedimentos, preferindo atuar na lógica dos incentivos e estratégias em redes assistenciais. QUE outro grande problema para ser superado consiste na grande existência de HPP – hospitais de pequeno porte que, na maioria das vezes não são resolutivos

assistencialmente, embora com recebimento de recursos financeiros do SUS. QUE não é possível dar uma política de uniformização para todos os HPP, devendo ser feita a abordagem caso a caso. QUE foi inaugurado um HPP na região Amazônica pelo Ministério da Saúde com apenas 06 leitos, mas plenamente justificado pela geografia e especificidades regionais. QUE na discussão da melhor política para os HPP, o CONASEMS apresentou proposta de financiamento de R\$ 130.000,00; o CONASS de R\$ 350.000,00, enquanto que o Ministério da Saúde proposta de apenas R\$ 14.000,00 (mês). QUE há muitos prestadores com taxa de ocupação pequena. QUE na região há cerca de 15 prestadores (hospitais) com taxa de ocupação menor do que 20%, portanto, sem qualquer resolubilidade assistencial, com gastos de AIH's injustificadamente. QUE a taxa de ocupação da Fundação Casa de Caridade de São Lourenço é de 103% (exercício 2013). QUE os recursos repassados para o custeio das atividades SUS desse prestador representam apenas 60% do custo real. QUE esse prestador é entidade beneficente sem fins lucrativos, referência para todos os demais municípios que integram a Microrregião. QUE esse prestador possui os seguintes leitos: a) cirurgia geral – 22 existentes – 16 SUS; b) ginecologia – 05 existentes – 04 SUS; c) clínica geral – 20 existentes – 14 SUS; d) obstetrícia clínica – 04 existentes – 02 SUS; d) obstetrícia cirúrgica – 11 existentes – 07 SUS; e) pediatria clínica – 05 existentes – 04 SUS; f) pediatria cirúrgica – 03 existentes – 03 SUS; g) UTI neonatal tipo II – 13 existentes – 10 SUS; h) UTI adulto tipo II – 10 existentes – 10 SUS. QUE concorda que seja melhor estudada em Minas Gerais e no Brasil a questão do acesso do usuário na oncologia. QUE é preciso mesmo discutir a responsabilidade do ente governamental para o custeio dos exames (estadiamento) solicitados pelo médico assistente oncológico. QUE os municípios não possuem recursos ou quotas suficientes para atendimento da demanda de apoio diagnóstico na oncologia. QUE no município de São Lourenço, em razão da insuficiência dessas quotas de exames especializados, por força da PPI Assistencial, os usuários chegam a aguardar por até 01 ano, o que compromete o tratamento, colocando em risco de morte cada um deles. QUE para superação dessa insuficiência, a SMS de São Lourenço tem enviado seus pacientes diretamente para atendimento no município de São Paulo, para submissão aos diversos procedimentos especializados. QUE não há quotas PPI assistencial para o estado de São Paulo. QUE o município envia 02 ônibus por semana com usuários para São

Paulo, para realização, dentre outros, de procedimentos de cateterismo. QUE o município de São Lourenço possui boa estrutura de saúde, contando com CAPSAd, Centro Viva Vida, Centro Pediátrico, dentre outros. QUE há aporte financeiro estadual para o Hospital em São Lourenço para os serviços de UTI neonatal, PROHOSP, equipamentos, custeio da urgência e emergência. QUE recentemente o município de São Lourenço celebrou contrato de prestação de serviços com o Hospital de São Lourenço para que este possa assumir a gestão do Pronto Atendimento Municipal. QUE o município faz os repasses (custeio) financeiro para o pagamento dos custos com atendimentos no Pronto Atendimento Municipal. QUE o Hospital São Lourenço enviou ofício nº 199, de 28 de outubro de 2013, para o Governador do Estado de Minas Gerais, onde apresenta-lhe sua grave situação financeira, bem como solicita-lhe ajuda financeira (custeio) de R\$ 1.200.000,00 para saldar compromissos vencidos com fornecedores e profissionais de saúde. QUE, também, a SMS de São Lourenço fez semelhante pedido para os fins de suplementação do seu teto MAC visando sua alocação para o Hospital de São Lourenço, conforme ofício nº 535/GAB/2013. QUE, nesse sentido, conforme aprovação em Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.708, de 20 de dezembro de 2013, o atual Teto MAC do município de São Lourenço foi majorado (suplementação) com mais R\$ 2.400.000,00 do teto MAC de São Lourenço, por ano, visando sua recomposição financeira. QUE em janeiro de 2014, o município de São Lourenço autorizou junto à SES/MG o repasse dos recursos MAC para o teto ambulatorial do prestador hospitalar, no valor mensal de R\$ 45.000,00, contudo esse repasse não foi feito pela SES/MG até o mês de junho de 2014, totalizando um crédito próximo de R\$ 270.000,00. QUE esse recurso saiu diretamente do teto municipal e não foi incorporado ao teto hospitalar até junho de 2014. QUE o município de São Lourenço, conforme Deliberação CIB-SUS/MG, ocorrida no mês de julho deste ano, assumiu a GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal. QUE devido a essa nova gestão, será possível o município de São Lourenço repassar, doravante, para o prestador hospitalar local, através de Aditivo ao Contrato, o valor do teto MAC ambulatorial mensal para o prestador. QUE outro fato, já comunicado a SES/MG, foi que ela deixou de descontar o valor de R\$ 237.000,00 referente ao empréstimo consignado feito pelo Hospital de São Lourenço junto a CEF - Caixa Econômica Federal. QUE esse desconto foi feito em desfavor do

governo estadual. QUE a SES/MG já estuda uma forma jurídica para reaver esse seu crédito. QUE o município de São Lourenço sugeriu a SES/MG que seja feita alguma compensação entre eles, haja vista que também credor de outros recursos ainda não repassados pela SES/MG. QUE uma das propostas consiste na assunção pelo governo estadual (SES/MG), das próximas 09 parcelas do supracitado empréstimo, no valor mensal de R\$ 237.000,00. QUE essa compensação levaria em consideração os seguintes créditos municipais: a) o não repasse dos R\$ 270.000,00 do teto MAC ambulatorial para o prestador hospitalar local, período de janeiro a junho de 2014, autorizados à época pelo município de São Lourenço; b) os recursos acumulados desde o ano de 2012 referentes ao pagamento administrativo dos atendimentos de UTI pediátrica não pago pela SES/MG, no valor aproximado de R\$ 240.000,00; c) os repasses mensais de R\$ 300.000,00 referente ao Convênio (transferência voluntária), no valor global de R\$ 1.800.000,00, celebrado entre a SES e o Hospital de São Lourenço, em junho de 2014, não repassados pela SES/MG, por impedimento da legislação eleitoral. QUE a SMS de São Lourenço e o prestador local promoveram reunião com o Secretário Nacional de Atenção à Saúde, em Brasília/DF, ocasião em que solicitaram-lhe, em face da precária situação financeira do hospital, com déficit operacional mensal significativo, adiantamento dos recursos que lhe serão devidos pela sua participação na Rede Cegonha e Retaguarda Hospitalar de Urgência e Emergência. QUE esses recursos totalizam aproximadamente um custeio anual de R\$ 4.300.000,00 ou R\$ 364.000,00 mensais. QUE essa solicitação possui como lastro fático jurídico a aprovação CIB-SUS/MG da Rede Cegonha e da Rede de Urgência e Emergência para a Região Macro Sul. QUE a documentação/aprovação CIB-SUS/MG já foi encaminhada para o Ministério da Saúde. QUE há precedentes dessa situação favorável, criados pelo próprio Ministério da Saúde, para os municípios de Governador Valadares, Ipatinga e Uberlândia, entre outros. QUE solicita apoio desta reunião de Mediação Sanitária para que possamos reafirmar essa necessidade de adiantamento dos recursos federais e a compensação de créditos com o governo estadual. QUE no tocante à política municipal de Saúde Mental esclarece que tem feito reuniões periódicas com o Ministério Público. QUE o município dispõe de 01 CAPSAd 24 horas e outro CAPS II, para atendimento de pacientes psiquiátricos. QUE possui ainda uma Casa de Acolhimento para pessoas

entre 09 a 17 anos. QUE há 04 leitos de Psiquiatria no Hospital de Pouso Alto. QUE não há atualmente financiamento federal para implantação Consultório de Rua. QUE há 01 CAPS nos municípios de Cruzília, Itamonte e Cristina. QUE hoje é praticamente impossível no avanço da cobertura da saúde mental pelos municípios devido a Lei de Responsabilidade Fiscal, haja vista que os mesmos já se encontram no limite prudencial da folha de pagamento de pessoal. QUE há outra agravante pelo fato recente de o Congresso Nacional aprovar lei especial para criação de cargo e carreira, com piso salarial definido, para os Agentes Comunitários de Saúde. QUE, de acordo com essa lei federal, todas essas responsabilidades ficarão com os municípios, com possibilidades de agravamento da situação fiscal/orçamentária de cada deles. **EM SEGUIDA, o promotor de Justiça GILMAR DE ASSIS, coordenador do CAOSAÚDE,** fez saudação a todos os presentes, em especial aos promotores de Justiça da comarca de São Lourenço e de Itanhandu, respectivamente Pedro Paulo Barreiros Aina e Done Julianna Palinkás. Ressaltou a presença da SES/MG e Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais pela participação em cada uma das reuniões de Mediação Sanitária. Fez cumprimento especial ao COSEMS/MG, hoje, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde de São Lourenço, Mauro Guimarães. Apresentou os objetivos e estratégias da ação institucional da Mediação Sanitária. Destacou que, embora a ação de Mediação Sanitária tenha sido criada pelo Ministério Público, todavia ela hoje pertence ao SISTEMA, integrado pelos diversos atores, jurídicos ou não, com atuação na efetivação do direito à saúde. QUE a Mediação Sanitária possui como resultado a qualificação das reuniões da CIR e CIRA, haja vista que são os mesmos atores (órgãos) que lá atuam. QUE as reuniões da Mediação Sanitária sempre se dão no viés da despolitização, cujo foco é sempre o usuário do SUS, visando, portanto, a discussão solidária, com a presença do Ministério Público, dos diversos problemas coletivos de saúde. QUE essa estratégia aproxima na prática os atores que atuam na área da saúde, reduzindo confrontos e tensões, a partir da compreensão da corresponsabilidade na resolução dos problemas causas da saúde. QUE é preciso sempre repensar as Regiões de Saúde. QUE a Região Macro SUS, da qual faz parte a microrregional de São Lourenço, possui desafios hercúleos que somente poderão ser resolvidos no viés da atuação solidária de seus atores. QUE é preciso um melhor desenho

sanitário para a região. QUE há necessidade de que a SES/MG e COSEMS/MG possam repensar o desenho geográfico da Região Sul, atualmente com 153 municípios, com população de 2.625.589 habitantes. QUE é preciso modificar o PDR – Plano Diretor de Regionalização, sobretudo porque haverá apenas um único Complexo Regulador das Urgências e Emergências para atuação em toda essa região. QUE essas reuniões oportunizam o pensar na saúde, no seu planejamento regional ascendente, conforme proposta legal obrigatória. QUE o Ministério Público aposta na melhoria das relações e da efetivação do direito à saúde pela agenda da Mediação Sanitária. QUE a maioria das demandas judiciais na saúde decorre da fragmentação de processo coletivo de trabalho, onde importantes problemas (causas) de saúde não foram resolvidos adequadamente. QUE recentemente o plenário do TCU reconheceu como Boas Práticas a estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do MPMG. QUE também houve seu reconhecimento, com publicação oficial, no III Congresso Ibero Americano, realizado em novembro de 2013, em Brasília. QUE temos vivenciado um novo tempo na saúde pública que, apesar do notório subfinanciamento, tem nos exigido maior grau de profissionalismo com transparência. QUE é preciso enfrentar a questão dos HPP – Hospitais de Pequeno Porte, haja vista que muitos deles não possuem resolubilidade assistencial, não obstante continuar recebendo recursos financeiros do SISTEMA. QUE em consulta ao CNES é possível verificar o número de leitos SUS de cada um dos hospitais da Microrregião de São Lourenço, a saber: 26 Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo (Pouso Alto) – 26 leitos; Casa de Caridade de Passa Quatro – 29 leitos; Hospital Santa Rita de Cássia (Minduri) - 21 leitos; Hospital São Vicente de Paulo (Lambari) – 46 leitos; Casa de Caridade de Itanhandu (Itanhandu) – 47 leitos; Casa de Caridade de Itamonte – 37 leitos; Fundação Hospitalar de Cristina – 34 leitos; Hospital Dr. Cândido Junqueira (Cruzília) – 57 leitos; Hospital São Francisco de Assis (Conceição do Rio Verde) – 24 leitos; Hospital Casa de Caridade São Vicente de Paula (Caxambu) – 27 leitos; Hospital de Carvalhos – 11 leitos; Hospital de Carmo de Minas – 20 leitos; Hospital Cônego Monte Raso (Baependi) – 53 leitos, acrescidos de 10 leitos UTI adulto, tipo II; Fundação Municipal de Saúde (Alagoa) – 13 leitos; Hospital São Vicente de Paulo (Aiuruoca) 29 leitos; Fundação Municipal de Saúde (Serranos) – 05 leitos; na Casa de Caridade Santo Antônio (Virgínia) –

26 leitos. QUE a Federassantas tem acompanhado as estratégias mediadas em face dos Hospitais de Pequeno Porte – HPP. QUE o Ministério Público possui entendimento de que há improbidade administrativa pelo profissional que não atende SUS, não obstante se utiliza dos equipamentos, insumos e procedimentos, adquiridos por recursos públicos, a qualquer título, para realização de serviços privados ou por planos de saúde. QUE a própria Política Nacional de Atenção Hospitalar – Portaria MS nº 3.390 e 3.410, ambas de 30 de dezembro de 2013, exigem a garantia de que TODO o corpo clínico preste serviços ao SUS. QUE o CRMMP conhece dessa orientação institucional do Ministério Público. QUE não é simples a construção de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), mas que com planejamento, envolvimento dos atores e uma atuação apolítica é possível fazê-lo. QUE o SISTEMA não pode ficar refém de quem quer que seja, daí que devem ser priorizadas as necessidades coletivas de saúde para cada uma das microrregiões (planejamento regional) e, a partir daí, proceder sua execução programática. QUE concorda com o COSEMS/MG quanto ao fato da assunção da gestão plena pelos municípios estratégicos, sede de micro ou de macrorregião, dada a necessidade de fortalecimento da governança dos prestadores. QUE concorda com a estratégia da orçamentação global pelos prestadores referência para o SUS, sediados em municípios micro ou macrorregionais, com atenção da média e alta complexidade resolutiva. QUE é preciso que na elaboração desses contratos de orçamentação global sejam discutidas as necessidades coletivas de saúde microrregional, com financiamento induzido para 100% SUS, com equilíbrio econômico-financeiro, devido a insuficiência da cobertura da Tabela Nacional de Procedimentos. QUE os municípios no entorno possuem responsabilidade sanitária no fortalecimento financeiro-assistencial do prestador referência, não sendo suficientes os recursos da PPI assistencial. QUE a legislação sanitária exige que cada um dos municípios, independentemente da natureza de sua gestão, possua responsabilidade operacional e financeira nos atendimentos da média e alta complexidade ambulatorial, não sendo suficientes os recursos, dessa rubrica, repassados pelo Ministério da Saúde. QUE o custo médio de um Pronto Atendimento, de responsabilidade municipal, é de aproximadamente R\$ 350.000,00. QUE o Ministério Público possui entendimento de que é possível flexibilizar essa exigência de um Pronto Atendimento Ambulatorial em cada um dos municípios, dada a

escassez de profissionais e o fato da racionalização dos custos do serviço; contudo, nessas situações é preciso que esses municípios, ainda que no critério da proporcionalidade, passem a financiar as portas da média e alta complexidade ambulatorial do prestador referência ou da UPA regional. QUE no caso concreto do município de São Lourenço, SEM Pronto Atendimento Municipal Ambulatorial, é preciso que faça contratação desses serviços junto ao prestador (hospital) local, com garantia de seu financiamento e sustentabilidade. QUE essa forma de cooperativismo deve ser pactuada (contratada), com transparência, com regras claras sobre as prestações de contas, serviços disponibilizados, dentre outros. QUE o cooperativismo entre os entes governamentais na área da saúde está previsto no artigo 241 da Constituição Federal. QUE atualmente os municípios contribuem financeiramente com o Hospital São Lourenço, contudo, há necessidade de revisão de suas cláusulas contratuais para melhor transparência. QUE algumas estratégias na área da saúde precisam ser discutidas e deliberadas no nível central, como, por exemplo, o custeio dos exames e procedimentos oncológicos pelos municípios, haja vista a insuficiência dessas quotas por força da PPI assistencial, razão pela qual sugere que esses custos sejam assumidos pelo Estado e União, a partir da entrada do usuário, com elucidação diagnóstica, no referido Sistema (CACON, UNACON). **Dada a palavra para a Superintendente Regional de Saúde de Varginha, MABELLE DE BARROS LEITE NOGUEIRA**, fez elogios à estratégia da Mediação Sanitária, com agradecimentos especiais ao promotor de Justiça Gilmar de Assis. QUE concorda que é preciso haver um alinhamento dos discursos para melhor solução dos graves problemas de saúde no SUS. QUE a SRS de Varginha, assim como a CIR e CIRA possuem grandes dificuldades com os prestadores/municípios no tocante à definição da melhor identidade sanitária, sem concorrência entre eles. QUE é muito difícil a quebra da cultura dessa vocação assistencial que, não obstante não já é mais interessante para o atendimento das necessidades coletivas da população e do próprio SISTEMA. QUE acredita ser possível avançar nessa agenda com a participação do Ministério Público, conforme sugestão de elaboração de Diagnóstico Situacional. QUE a SRS já possui um levantamento pormenorizado dessa situação, uma vez que esteve pessoalmente presente em cada um dos prestadores. QUE essa estratégia poderá se dar a partir desses diagnósticos já realizados pela SRS. QUE a taxa

de ocupação da maioria desses prestadores é muito baixa e, por outro lado, essa mesma taxa é muito alta com relação ao Hospital São Lourenço. QUE há percentual muito acima no tocante às Internações Sensíveis por Condições Primárias. QUE as informações sobre o número de leitos (real) no SCNES estão desatualizadas. QUE a microrregião de São Lourenço/Caxambu possui 260.960 habitantes, o que representa 1,27% de Minas Gerais. QUE são 24 municípios que integram a microrregião, com 17 hospitais. QUE são os seguintes indicadores de saúde na microrregião de São Lourenço/Caxambu: a) 577 leitos SUS totais, exceto UTI, cerca de 1,89% de Minas Gerais; b) 176 leitos SUS totais ocupados, cerca de 30,5% da Micro; c) 30 leitos UTI SUS, sendo 20 adulto e 10 neonatal; d) Superávit de 04 leitos UTI neonatal; e) 14.284 internações totais, cerca de 10% da Macrorregião; f) Hospital Cônego Monte Raso (Baependi), recebe PROHOSP Microrregional, faz parte da Rede de Urgência e Emergência (Rede Resposta), com 42 leitos SUS, exceto UTI, com 10 leitos UTI adulto, tendo recebido do PROHOSP até 2013 o valor de R\$ 1.862.716,37, com PROHOSP previsto para a competência de 2014 no valor de R\$ 446.371,79, com taxa de ocupação 2013 de 77,13% e ICSAP de 27,87%; g) Casa de Caridade de São Lourenço, recebe recursos PROHOSP Microrregional, faz parte da Rede de Urgência e Emergência (Rede Resposta), da Rede Viva Vida (CAGEP), com 58 leitos SUS (75,32), com 10 leitos UTI Adulto e 10 neonatal, tendo recebido do PROHOSP até a competência de 2013 o valor de R\$ 4.252.144,73, com PROHOSP competência 2014 no valor de R\$ 963.200,57, com taxa de ocupação 2013 de 96,78% e ICSAP de 15,80%; h) Hospital Santa Rita de Cássia, integrado à Rede de Urgência e Emergência (Rede Resposta), com 21 leitos SUS (87,50% do SUS); i) Casa de Caridade de Passa Quatro, integrado à Rede de Urgência e Emergência (Rede Resposta), com 40 leitos SUS (66,67% do SUS). QUE a média mensal de internações nos hospitais da Microrregião estão assim distribuídos: Hospital Casa de Caridade de São Lourenço (409), Hospital Cônego Monte Raso (173), Casa de Caridade de Itanhandu (159), Hospital Casa de Caridade São Vicente de Paula de Caxambu (109), Hospital Dr. Cândido Junqueira de Cruzília (89), Casa de Caridade de Passa Quatro (83), Casa de Caridade de Itamonte (78), Hospital São Vicene de Paulo de Lambari (71), Hospital São Vicente de Paulo de Aiuruoca (60), Hospital São Francisco de Assis de Conceição do Rio Verde (40), Casa de Caridade Santo Antônio de Virgínia (40), Hospital de Cristina (38), Hospital

Casa de Caridade e Maternidade de Carmo de Minas (34), Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo de Pouso Alto (26), Fundação Municipal de Saúde de Alagoa (09), Hospital Santa Rita de Cássia de Minduri (06) e Hospital de Carvalhos (05). QUE concorda com a discussão dos serviços da oncologia, uma vez que o SADT é de valor muito pequeno, contribuindo para o não acesso dos usuários aos serviços da oncologia. QUE os recursos do SADT oncológico são mesmo insuficientes. QUE o município de Varginha, sede da Região Macro Saúde, possui apenas 72 quotas de ressonância para toda a região. QUE concorda que essa discussão seja feita na forma de Mediação Sanitária. QUE também concorda com a discussão sobre a melhor regulamentação da regulação dos leitos hospitalares, sobretudo para os fins de sua compra privada. QUE pode afirmar que a microrregião de São Lourenço de modo geral é possível o diálogo e a participação dos gestores na construção da agenda sanitária. QUE possui conhecimento de que os municípios da microrregião contribuem para o fortalecimento assistencial do Hospital São Lourenço. QUE se coloca à disposição da Mediação Sanitária para os avanços necessários na melhor organização sistêmica dos serviços. **Dada a palavra para o promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de São Lourenço, PEDRO PAULO BARREIROS AINÁ,** ressaltou as várias dificuldades na saúde com ressonância na promotoria de Justiça. QUE na maioria das vezes a judicialização é inevitável, com caráter de urgência e emergência. QUE concorda com a discussão e resolução dos problemas (causas) da saúde, sobretudo pela estratégia da Mediação Sanitária. QUE há alguns problemas graves para serem discutidos e resolvidos. QUE o maior número de demandas aportadas na promotoria de Justiça refere-se a exames e procedimentos. QUE o município de São Lourenço “peca” ao não dar a melhor orientação técnica aos usuários nos casos de medicamentos de alto custos, de responsabilidade da SES/MG, deixando de proceder seus encaminhamentos. QUE possui uma Ação Civil Pública em andamento a respeito da política de medicamentos. QUE também há muitas demandas judiciais em face da insuficiente/ineficiente Rede de Atenção Psicossocial no município, com grande demanda semanal por internações psiquiátricas na promotoria de Justiça. QUE o fenômeno do crack tem alcançado não apenas os adolescentes como também as pessoas idosas. QUE não há um CAPSAd III no município ou região, de modo que pudesse receber, nas 24 horas, em

todos os dias da semana, os pacientes em crises para adequado atendimento e internação. QUE a promotoria de Justiça não pode ser porta do sistema de saúde, daí que é preciso melhoramentos na gestão desses serviços. QUE concorda que haja o fortalecimento dos serviços do Hospital São Lourenço. QUE se coloca à disposição (participação) da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária para avanços das estratégias já comentadas. **Dada a palavra para a promotora de Justiça da comarca de Itanhandu, DONE JULIANNA PALINKÁS**, ressaltou que a realidade assistencial do município de Itanhandu não é diferente de São Lourenço. QUE há muitas dificuldades dos usuários no acesso aos procedimentos diagnósticos e medicamentos. QUE no caso de medicamentos de alto custo nem sempre o município desenvolve alguma política de orientação e resolução da problemática em favor do usuário. QUE há muitas dificuldades de vagas psiquiátricas na região, embora a demanda seja cada vez mais crescente, sem estruturação da necessária Rede de Atenção Psicossocial. QUE já trabalha na lógica da mediação sanitária com os órgãos responsáveis no nível local. QUE não há dúvidas de que a estratégia da mediação é a melhor aposta para a construção dessas políticas públicas. QUE reconhece a gestão qualificada de seu prestador Casa de Caridade e Assistência a Maternidade e Infância, entidade beneficente sem fins lucrativos. QUE a atual gestão tem conseguido racionalizar os custos do hospital, com melhor qualificação da assistência. QUE concorda que haja o fortalecimento da atenção básica em cada um dos municípios, conforme parâmetros de cobertura e de qualidade, exigidos pela Política, de modo que sejam reduzidos os casos de internação hospitalar. **Dada a palavra para o Provedor do Hospital Casa de Caridade de São Lourenço GABRIEL DIAS PEREIRA** agradeceu a presença da Mediação Sanitária em São Lourenço. Ressaltou que o Dr. Gilmar de Assis é um grande conhecedor do Direito Sanitário. QUE o Hospital Casa de Caridade São Lourenço atende cerca de 250 mil habitantes de 24 municípios. QUE há tempos foi celebrado importante parceria entre o Hospital local e as Secretarias Municipais de Saúde da microrregião, na forma de cooperativismo, visando contribuição financeira (rateio) pelos municípios, em prol do prestador local, para os fins do fortalecimento de suas portas assistenciais, haja vista ser a referência microrregional. QUE esse valor global, não atualizado, é de aproximadamente R\$ 45.000,00. QUE acha importante a reabertura da discussão, com a regularização sugerida pelo

CAOSAÚDE, de modo que possa haver um incremento nesse financiamento. QUE esse consórcio participa a cada 03 meses das reuniões de assembleia do prestador local. QUE a Tabela Nacional de Procedimentos SUS é deficitária, sem reajuste há mais de 10 anos, daí que a remuneração por procedimentos é perversa. QUE é preciso resolver os problemas de saúde pela sua causa, aprimorar os indicadores e certificação. QUE o Hospital local é dependente de mais de 80% de verbas públicas. QUE acredita nos resultados da Mediação Sanitária para a microrregião de São Lourenço. QUE a receita do mês de junho 2014 do hospital foi de R\$ 1.596.436,07, assim discriminada: SUS – R\$ 797.382,28; Carnê de contribuição – R\$ 235.331,34; Rede Resposta Urgência e Emergência da SES/MG – R\$ 200.000,00; UNIMED – R\$ 198.956,88; Particular – R\$ 75.275,04; Subvenções dos municípios da microrregião – R\$ 45.343,00; Repasses da Prefeitura Municipal de São Lourenço/CEMIG – R\$40.000,00; Nefroclínica – R\$ 40.000,00; Convênios – R\$ 31.296,32; Consórcio – R\$ 13.000,00; Recuperação/Despesas – R\$ 8.417,00; UNICRED/Distribuição de sobras – R\$ 2.014,01; Aluguel – R\$ 1.754,20 e Doações – R\$ 756,00. QUE as despesas do mês de junho 2014 do hospital foram de R\$ 2.203.197,22, assim discriminadas: Folha Pagamento com encargos – R\$ 695.867,41; FGTS – R\$ 54.560,26; Honorários médicos com encargos – R\$ 615.996,06; Parcela/empréstimos – R\$ 303.919,13; Juros Especiais – R\$ 20.093,24; Fornecedores/prestadores vencidos/mês – R\$ 222.941,35; Fornecedores/prestadores vencimento junho não pago – R\$ 289.819,77. QUE o déficit real do Hospital, mês de junho 2014, foi de R\$ 513.761,15. QUE possui um crédito financeiro de R\$ 643.000,00, em razão dos serviços prestados, ainda NÃO repassados: SAD (abril/maio/junho 2014) – R\$ 168.000,00; Casa da Gestante (1º quadrimestre 2014) – R\$ 80.000,00; Nefroclínica (abril/maio 2014) – R\$ 80.000,00; Teto MAC (janeiro a julho de 2014) – R\$ 315.000,00. QUE suas dívidas vencidas estão assim discriminadas: a) Honorários médicos – R\$ 1.556.031,49; b) Fornecedores/prestadores – R\$ 1.008.953,73; c) Impostos federais/retidos DARFs – R\$ 64.720,86; d) Fornecedores e prestadores – R\$ 1.073.674,59. QUE suas dívidas com empréstimos bancários são de R\$ 11.297.151,12, sendo R\$ 9.245.164,08 com a Caixa Econômica Federal, R\$ 1.881.514,38 com a UNICRED e R\$ 170.372,66 com o SANTENDER. QUE possui ainda dívidas com o cheque especial no valor total de R\$ 231.439,11, sendo ITAÚ (15/07/2014) – R\$ 49.542,51;

SANTANDER (15/07/2014) – R\$ 86.158,77 e UNICRED (15/07/2014) – R\$ 95.737,83. QUE seus compromissos financeiros mensais decorrentes de empréstimos bancários são de R\$ 324.012,37. QUE o município de São Lourenço firmou contrato de prestação de serviços médico-hospitalar, para os atendimentos ambulatoriais, com o Hospital local, no último dia 22 de abril de 2014, no valor global mensal de R\$ 317.000,00. QUE esse contrato tem como escopo esses atendimentos ambulatoriais, na forma de Pronto Atendimento, nas dependências do Hospital. QUE esse valor mensal deverá ser repassado pelo município até o 5º dia útil, após o Ministério da Saúde fazer o repasse para o Fundo Municipal de Saúde de São Lourenço. QUE esse recurso mensal supracitado encontra-se assim detalhado: a) R\$ 200.000,00 para o custeio da Porta de Entrada referente a Rede de Urgência e Emergência, repasse estadual; b) R\$ 12.500,00 referente a cessão de um médico plantonista a ser contratado como pessoa física; c) R\$ 9.000,00 referente a cessão de um médico plantonista a ser contratado como pessoa jurídica; d) R\$ 12.000,00 referente a um médico neurocirurgião; e) R\$ 45.000,00 referente a transferência do teto MAC ambulatorio, transferido via contratualização; f) R\$ 38.500,00 de recursos próprios do Município, sendo R\$ 16.500,00 para quitação mensal do parcelamento da dívida com a CEMIG, no valor global de R\$ 1.980.000,00 e; R\$ 22.000,00 referente a conta de energia elétrica mensal. QUE o Hospital local entende ser credor nos extrapoleamentos dos serviços prestados na UTI adulto e UTI neonatal, relativos aos anos de 2012, 2013 e 2014, no valor de R\$ 239.838,72, razão pela qual há pedido expresso protocolado na SES/MG e SMS/São Lourenço visando seu reconhecimento e pagamento. QUE também foi feito ao Ministério da Saúde, em especial na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), pedido formal de adiantamento de recursos das REDES, com impactos para o ano de 2014 no valor anual global de R\$ 4.372.524,53, correspondendo a R\$ 364.377,04 mensalmente; e para o ano de 2015 no valor anual de R\$ 4.055.150,00, correspondendo a R\$ 337.929,17 mensalmente. QUE esses recursos (adiantamento de Redes) estão assim detalhados: Cegonha imediato (R\$ 1.669.699,80); Cegonha até janeiro/2015 (R\$ 2.628.000,00); Portaria MS nº 880 (R\$ 70.948,91); Centro Trauma (R\$341.842,47); Leitos UTI urgência (R\$ 738.783, 36); Leitos Urgência qualificação (R\$ 620.500,00 – 2014 e R\$ 496.400,00 – 2015); Leitos urgência novos (R\$ 930.750,00 – 2104 e R\$ 930.750,00 – 2015). QUE esses recursos (adiantamento) têm como

referências, dentre outras, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.581, de 18 de setembro de 2013; Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.671, de 06 de dezembro de 2013; Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.796, de 16 de abril de 2014. QUE o Hospital possui projetos para expansão de seus serviços na alta complexidade, como, por exemplo, na ortopedia, cirurgia vascular e neurologia. QUE o Hospital faz atendimentos da média complexidade para vários municípios da micro, haja vista que a maioria deles não é resolutivo. QUE há falta de plantonistas no Pronto Socorro, uma vez que estão com 02 meses sem pagamento pelos serviços prestados. QUE o Hospital faz atendimentos da Oncologia para os privados e planos de saúde, não o fazendo para o SUS, com projeto (andamento) para seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde. **Dada a palavra para o Conselheiro Presidente da Fundação Casa de Caridade São Lourenço, GILSON BELÉM** que informou o fato de ser a Fundação criada há mais de 80 anos. QUE é administrada por 20 Conselheiros. QUE hoje todos estão no propósito de salvar a Fundação, em decorrência do seu passivo financeiro. QUE são muitas as dificuldades financeiras. QUE são mais de R\$ 15 milhões de dívidas. QUE o Hospital Casa de Caridade de São Lourenço precisa ser reconhecido como unidade de saúde regional. QUE a Mediação Sanitária, com a participação dos diferentes atores, poderá ajudar a sair dessa crise. **Dada a palavra para o representante da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS), LEONARDO JUSTINO MARTINS,** agradeceu pelo convite à participação da FEDERASSANTAS e fez elogios à estratégia da Mediação Sanitária, sob a coordenação do CAOSAÚDE. QUE a Federassantas tem participado de cada uma dessas reuniões de Mediação Sanitária em todo o estado de Minas Gerais. QUE tem percebido a recorrência e uniformidade dos problemas, ou seja, são sempre os mesmos problemas, cuja sinalização aponta para a insuficiência dos recursos financeiros para arcar com os custos reais do SISTEMA. QUE concorda com a fala procedida pela Superintendência Regional de Saúde de Varginha de que não é possível, nesses novos tempos, qualquer sobreposição de seus atores. QUE é preciso discutir com cautela a questão dos Hospitais de Pequeno Porte, pois muitos deles, embora pequenos, ainda dão satisfatória resposta assistencial para sua população. QUE é preciso lembrar que até mesmo os pequenos hospitais são cobrados a pagar em dia seus compromissos financeiros, sobretudo com os

profissionais de saúde e fornecedores. QUE, nessa ótica, também a União (Ministério da Saúde) e SES/MG devem planejar-se para que não deixem de pagar a obrigação legal pela prestação de serviços médico-hospitalar. QUE hoje há atrasos superiores a 40 dias, com comprometimento assistencial e maior descrédito com o Corpo Clínico. QUE é preciso que gestores também entendam as dificuldades dos prestadores, sobretudo por terem que trabalhar com a lógica de uma Tabela Nacional de Procedimentos SUS sem reajuste há mais de 10 anos. **Dada a palavra para o Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial (Região Macro Sul), CLAUDIO DE LIMA ALVES**, destacou que coordena a maior Macrorregião de todo o estado de Minas Gerais, em número absoluto de municípios. QUE essa Região possui 04 Superintendências Regionais de Saúde. QUE a sede da Coordenação Macrorregional da Regulação Assistencial fica em Alfenas/MG. QUE faz a regulação de cerca de 600 pedidos/dia cadastrados no SUSFácil. QUE também acredita que a Mediação Sanitária possa ser o melhor caminho para resolução dos graves problemas de saúde. QUE a Microrregião de São Lourenço/Caxambu não traz problemas mais sérios para a Central Operativa. QUE no tocante à Rede de Atenção Psicossocial, em especial as internações psiquiátricas, levantadas pelo Ministério Público na presente reunião, destaca que não existe no Sistema serviços próprios para o tratamento de drogas. QUE a Rede de Atenção preconizada se refere à Saúde Mental. QUE possui cerca de 300 pedidos já cadastrados na Central a respeito de internações psiquiátricas. QUE a maioria dos municípios não possui estrutura para recebimento de pacientes psiquiátricos. QUE muitas das vezes se consegue a vaga para essa especial internação mas que o município não transfere o usuário, comprometendo cabalmente o fluxo assistencial. QUE é muito importante a conscientização de que todos possam e saibam gerenciar os poucos recursos de saúde. QUE a maioria dos municípios não possuem e/ou não se integram a uma Rede de Atenção Psicossocial. QUE concorda que seja feita uma melhor discussão a respeito da política da compra de leitos privados nas situações de “vaga zero”. QUE é preciso estar bastante transparente os critérios técnicos como a forma da habilitação dos prestadores, valor dos procedimentos, prazos, etc. QUE tem tido maior dificuldade no convencimento dos hospitais privados nos casos de compra de leitos, nessas situações reconhecidamente de “vaga zero”, posto que há atrasos no pagamento desses serviços, com descrédito para o

SISTEMA. QUE muitos hospitais privados não querem vender seus leitos para o Estado de Minas Gerais. QUE tem casos em sua Região de determinado Hospital receber seus recursos depois de 01 ano e 03 meses. **Dada a palavra para CÍNTIA A. CARVALHO e SILVANA ROSSI, da Referência Técnica da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG,** ressaltaram que os problemas de saúde discutidos nesta tarde são os mesmos nacionalmente. QUE, de fato, não é possível uma atuação solitária em substituição à solidária nos assuntos afetos à saúde. QUE é preciso um maior compartilhamento que vise a formação das Redes de Atenção. QUE a SES/MG tem trabalhado muito em cima dos indicadores pactuados. QUE o cumprimento do Protocolo de Manchester é um dos indicadores de qualidade utilizados nos contratos celebrados. QUE não há oferta suficiente de serviço de saúde em face da crescente demanda. QUE, de fato, não há alguma política específica para o consumo/usuário de drogas na área da saúde. QUE é possível dar identidade sanitária para algum Hospital de Pequeno Porte, nessa microrregião, de modo que possa ser referência para os atendimentos na saúde mental. QUE foi brilhante o encontro dessa tarde de Mediação Sanitária. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional de São Lourenço, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendente Regional de Saúde de Varginha (coordenador); Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de São Lourenço; Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço; Fundação Hospital Casa de Caridade de São Lourenço; COSEMS Regional; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial Região Sul; representante do Conselho Municipal de Saúde; representante da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de São Lourenço; presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde. **2)** Essa Comissão poderá ser integrada, mediante convite, por Secretários Municipais de Saúde, prestadores e Ministério Público dos municípios/comarcas integradas a Microrregião, em especial quando em itinerância em cada um deles. **3)** Fica designada data para a realização da 1ª Reunião da Comissão de Trabalho, no prazo de 20 dias, após o recebimento da presente Ata pela Superintendente Regional de Saúde de Varginha. **4)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho

de Mediação Sanitária poderão ser aproveitadas para o Mapa da Saúde e Planejamento Regional da Micro de São Lourenço, discutidas e deliberadas pela instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal. **5)** Dentre outros assuntos, deverá a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária discutir sobre os seguintes assuntos: **a)** fortalecimento da Atenção Básica em cada um dos municípios da microrregião, de modo que possam ser evitadas as crescentes internações por condições sensíveis à atenção primária. Todos eles deverão ser induzidos à adesão às linhas guia/protocolos/apoiadores da atual política desenvolvida pela SES/MG; **b)** apresentação de propostas de identidade sanitária para cada um dos prestadores (hospitais) na microrregião, devendo, nesse caso, dar aproveitamento aos indicadores produzidos pela SRS de Varginha no trabalho de levantamento realizado para a implantação da Rede de Urgência e Emergência. Essas propostas deverão ser discutidas e deliberadas, posteriormente, na CIR e CIRA. Eventuais discordâncias por parte de algum município e/ou prestador deverá ser comunicada ao Ministério Público para os fins de direito; **c)** discussão das estratégias de criação de um CAPSAd III Microrregional, nos termos da Resolução SES/MG nº 3.206, de 2011, com funcionamento nas 24 horas, em todos os dias da semana. Nessa lógica de organização, sem prejuízo do financiamento estadual e federal, deverá ser proporcionalmente financiado por todos os municípios, conforme permissivo do artigo 241 da Constituição Federal. O CAOSAÚDE coloca-se à disposição, se for o caso, para a articulação que vise a participação da Coordenação Estadual e Nacional da Atenção à Saúde Mental nas respectivas reuniões. **d)** revisão/atualização/adaptação do atual instrumento celebrado pelos municípios da microrregião em prol do fortalecimento assistencial e financeiro do Hospital Casa de Caridade de São Lourenço, de forma proporcional, em caráter complementar, conforme exigidos pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS nº 3.390 e 3.410, de 30 de dezembro de 2013). Sugere-se que a nova minuta, elaborada por essa Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, seja submetida ao CAOSAÚDE e SES/MG para adequação às normas do Direito Financeiro, Lei de Responsabilidade Fiscal, dentre outros. **e)** garantir a prestação de serviços ao SUS, na forma da Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, por TODO o corpo clínico, haja vista as características de prestador privado regulado, subsidiado por recursos públicos. Os casos não atendidos

deverão ser comunicados ao Ministério Público local, para os fins de direito;

f) Remessa de cópia dos atuais Estatutos dos maiores prestadores (hospitais) para o Ministério Público local que, se for o caso, solicitará apoio do CAOSAÚDE para apresentação de propostas de sua atualização e aprimoramento, na forma recomendada pela atual Política Nacional de Atenção Hospitalar; **g)** Proceder levantamento da necessidade real de leitos UTI na região micro; **h)** Exigir a atualização das informações em saúde, em especial do número real de leitos, no SCNES, a partir da relação dessas inconsistências constatadas pela SRS Varginha; **i)** levantamento do custo real dos procedimentos de internação X custo efetivamente pago pelo SUS, aqui já incluídos os incentivos/programas/estratégias, de natureza estadual e federal; **j)** levantamento das necessidades coletivas de SADT oncológico, bem como dos procedimentos de radioterapia, para os fins de apresentação de plano emergencial; **k)** discussão sobre o melhor financiamento por parte do município de São Lourenço no custeio do Pronto Atendimento Municipal, atualmente sob a gestão do Hospital Casa de Caridade São Lourenço, devendo ser excluídos os recursos de origem federal e estadual, independentemente de integração/depósito no Fundo Municipal de Saúde;

l) Acesso às informações, assim como ao projeto elaborado pelo Hospital Casa de Caridade São Lourenço, que visa sua expansão e melhoramentos, para a alta complexidade, nos serviços em ortopedia, cirurgia vascular e neurocirurgia; **m)** Verificação sobre falhas/faltas de profissionais médicos plantonistas no Pronto Atendimento Ambulatorial, sob gestão do Hospital Casa de Caridade São Lourenço, sob a alegação de falta de pagamento pelos serviços prestados há mais de 02 meses; **n)** Acesso às informações, assim como ao projeto elaborado pelo Hospital Casa de Caridade São Lourenço, quanto aos serviços de Oncologia para o SUS, pendente de credenciamento pelo Ministério da Saúde, haja vista que já presta esses serviços para o setor privado e de planos de saúde.

6) Elaboração de estudos técnicos que visem a racionalização dos custos financeiros de unidades de saúde (hospitais) referência, com proximidades (distâncias) entre os municípios, através dos seguintes: **a)** unificação de determinados serviços da atividade meio; **b)** unificação dos recursos humanos especializados, com destaque para os profissionais médicos de saúde; **c)** elaboração de protocolo assistencial unificado (cinturão assistencial); **d)** unificação de gestão administrativa unificada, se for o caso, das Unidades de Saúde, situadas em municípios

próximos. **7)** O CAOSAUDE e o COSEMS/MG provocarão a SES/MG para os fins de discussão e aprovação de eventual política de regulação dos leitos SUS, em especial nas situações de compras privadas, por Deliberação CIB-SUS/MG, em substituição ao atual modelo de Nota Técnica, com sugestão de detalhamento dos seguintes, dentre outros: **a)** uniformização da política de pagamento desses leitos em todo o estado de Minas Gerais, com definição prévia de cronogramas, critérios e fluxos, visando a credibilidade junto aos prestadores; **b)** garantia da autoridade sanitária/gestora dos Coordenadores Macrorregionais de Regulação Assistencial, conforme permissivo em lei estadual, inclusive para decisão das situações de compra de leitos privados; **c)** seleção e cadastramento prévio dos prestadores alcançáveis, por Regiões de Saúde, por níveis de complexidade, com divulgação (Banco de Prestadores) no portal virtual. **8)** O CAOSAUDE e o COSEMS-MG provocarão a SES/MG e o Ministério da Saúde para os fins de discussão e aprovação de eventual política que desonere os municípios do custeio do SADT oncológico, em razão da insuficiência de suas quotas pactuadas (PPI Assistencial), de modo a assegurar o efetivo tratamento médico-hospitalar oncológico dos usuários já admitidos os serviços do CACON e UNACON, sem qualquer interrupção temporal. **09)** O CAOSAUDE elaborará Nota Técnica (NT) com seu posicionamento institucional, inclusive com sua remessa, para ciência, da SES/MG, CES/MG, COSEMS/MG, CONASS, CONASEMS, TCE/MG, TCU, CNS, COPEDS, GT-SAÚDE/CNMP, AMPASA quanto ao fato de os recursos do orçamento impositivo federal, de reconhecido direito constitucional, assegurado aos membros do Congresso Nacional, não serem da mesma fonte orçamentária do Fundo Nacional de Saúde, dada a escassez comprovada dos investimentos federal na saúde, bem como poderem ser também para financiamento de custeio de ações estratégicas. **10)** O CAOSAUDE oficiará a SES/MG e Ministério da Saúde, com cópia para o COSEMS/MG, para os fins de prestação de informações quanto aos atrasos nos repasses dos recursos do Piso da Atenção Básica Variável, o que compromete, dentre outros, as ações de promoção/prevenção da saúde, como, exemplo, a Estratégia Saúde da Família. **11)** O CAOSAUDE oficiará a SES/MG e o Ministério da Saúde, com cópia para o COSEMS/MG, para os fins de prestação de informações quanto aos atrasos nos repasses dos recursos para produção dos Serviços de Diálise, PROHOSP, Rede Resposta da Urgência e Emergência e Centro Viva

Vida. **12)** O CAOSAÚDE e o COSEMS/MG, em conjunto, oficialarão, com urgência, ao Ministério da Saúde, com remessa da presente ata, que contou com a aprovação dos municípios da Microrregião de São Lourenço, no sentido do deferimento da proposta de adiantamento dos recursos financeiros que lhe serão devidos (município/prestador de São Lourenço), relativos à sua participação na Rede Cegonha e Retaguarda Hospitalar de Urgência e Emergência, competência 2014/2015, no valor de R\$ 364.000,00 mensais, conforme planilha e documentação já encaminhada para aquele Ministério da Saúde. **13)** O CAOSAÚDE oficialará a SES/MG, em especial a Subsecretaria Estadual de Regulação, para que preste informações sobre os eventuais créditos do Hospital Casa de Caridade São Lourenço, a título de extrapolações dos serviços prestados na UTI adulto e UTI neonatal, população referenciada, relativos aos anos de 2012, 2103 e 2104, no valor de R\$ 239.838,72, conforme requerimento, com planilha de créditos, já protocolados na SES/MG. **14)** O CAOSAÚDE oficialará a SES/MG para que preste informações sobre os eventuais créditos do município de São Lourenço, referentes ao teto MAC Ambulatorial, no valor mensal de R\$ 45.000,00, retroativos a janeiro de 2014, autorizado à época seu repasse pelo referido município e não efetivada sua execução e repasse pela SES/MG, cujos gastos, no valor global de R\$ 270.000,00, foram suportados exclusivamente pelo Fundo Municipal de Saúde de São Lourenço. **15)** O CAOSAÚDE oficialará a SES/MG para que avalie a proposta de compensação de créditos entre ela, o município de São Lourenço e o Hospital Casa de Caridade São Lourenço, em especial ao referente ao não desconto/devolução da quota do empréstimo feito por aquela Unidade de Saúde e a CEF, no valor de R\$ 237.000,00, pagos pela SES/MG, sem o abate do teto MAC da contratualização. **16)** O CAOSAÚDE oficialará a SES/MG para que preste informações sobre a não execução (repasse financeiro) do convênio (transferência voluntária), celebrado com o Município de São Lourenço/Hospital Casa de Caridade São Lourenço, em junho de 2014, no valor global de R\$ 1.800,000,00, ainda não repassados por impedimento, em tese, da legislação eleitoral. Nesse caso, com urgência, o COSEMS/MG e/ou SES/MG deverão provocar oficialmente o Ministério Público Eleitoral, estadual (CAEL) e federal (Procuradoria Regional Eleitoral), para que esses órgãos possam se manifestar sobre a interpretação da legislação eleitoral em face dos serviços de saúde, de natureza contínua, programática, relevância

pública, em especial os de urgência e emergência. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p>PEDRO PAULO BARREIROS AINA <i>Promotor de Justiça</i> Comarca de São Lourenço/MG</p>
<p>DONE JULIANNA PALINKÁS <i>Promotora de Justiça</i> Comarca de Itanhandu/MG</p>	<p>JOSÉ SACIDO BARCIA NETO Prefeito Municipal São Lourenço/MG</p>
<p>MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA Presidente do COSEMS-MG Secretário municipal de saúde de São Lourenço/MG</p>	<p>MABELLE DE BARROS LEITE NOGUEIRA Superintendente Regional de Saúde de Varginha/MG</p>
<p>GABRIEL DIAS PEREIRA Provedor do Hospital Casa de Caridade de São Lourenço</p>	<p>GILSON BELÉM Conselheiro-Presidente da Fundação Casa de Caridade São Lourenço</p>
<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS Representante da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASSANTAS)</p>	<p>CLAUDIO DE LIMA ALVES Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial - Região Macro Sul</p>
<p>CÍNTIA A. CARVALHO Referência Técnica da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG</p>	

cargo do Sr. Jaír de Carvalho é membro do Conselho Fiscal do Hospital de São Lourenço.



ATA REUNIÃO

LXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Pouso Alegre/MG

Aos dezesseis dias do mês de julho do ano de dois mil e quatorze, no auditório da Faculdade de Medicina, com endereço na Avenida Alfredo Custódio de Paula, nº 320, bairro Medicina, Pouso Alegre, realizou-se a LXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania da Microrregião de Pouso Alegre, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de Pouso Alegre; Indicadores de saúde da Atenção Básica; Vazios Assistenciais regionais; Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares; Rede de Atenção Psicossocial; Garantia de acesso dos usuários aos leitos da urgência e emergência; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013; Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte; Criação de fluxos operacionais para formação de cinturões assistenciais, com racionalização de custos, com maior eficiência operacional; Definição de papéis dos diversos atores que integram o Sistema de Saúde; Obrigatoriedade dos repasses financeiros pela produção hospitalar; Ressarcimento devido pela produção do extrapolamento do teto físico; Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, elaboração de Diagnóstico Situacional. Participaram da reunião um total de 78 (setenta e oito pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Marcelo Rutter Salles, promotor de Justiça de Tutela de Fundações da comarca de Pouso Alegre; Décio Monteiro Moraes,

promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Pouso Alegre; Rafael Tadeu Simões, presidente da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Sílvia Regina Pereira da Silva, Diretora Executiva da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Tiago Lucas da Cunha Silva, subsecretário de políticas e ações em saúde da SES/MG; Kátia Regina de Oliveira Rocha, vice-presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais(Federassantas); Rasível dos Reis Santos Júnior, coordenador da urgência e emergência da SES/MG; Maria Letícia Duarte Campos, subsecretária de regulação em saúde da SES/MG; Cláudio de Lima Alves, coordenador da central de regulação da Macro Sul; Luís Augusto de Faria Cardoso, secretário municipal de saúde de Pouso Alegre; Priscila Pimentel Rochwerger, diretora de políticas e gestão hospitalar da SES/MG; Nádia Maria dos Santos Pádua, presidente do Cosems Regional e secretária municipal de saúde de Borda da Mata; Gilberto Carvalho Teixeira, superintendente regional de saúde de Pouso Alegre/MG; Adriano César Pereira Braga, vereador do município de Pouso Alegre/MG; Carlos de Barros Laraia, Reitor da Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre/MG; Andrea Silva domingues, pró-reitora da Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre/MG e conselheira da FUVS; Jusselma de Paiva Reis, diretora administrativa do hospital das clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre/MG; Vanessa Maria R. Coelho, subsecretaria de vigilância e proteção à saúde da SES/MG; Maria Aparecida Andrade da Costa, coordenadora núcleo de gestão de regulação da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre; André Luiz Guimarães Amorim, superintendente da superintendência de monitoramento, avaliação e controle de serviços de saúde da SES/MG; Diana Martins Barbosa, superintendência de programação assistencial da SES/MG; Sueli Alves Rutter Salles, nutricionista; Adriana Aparecida Silva, núcleo de assistência à saúde da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre; Aparecida Maria Mendes, vigilância sanitária da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre; Heverson Augusto Muniz, diretor da farmácia municipal de Pouso Alegre; Luciano da Silva Pereira, coordenador de regulação da secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; Felipe C. Favalli, coordenador de indicadores de saúde da secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; Fábio Salles de Faria, assessor da secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; William Amaral da Silva, diretor auditoria da sms de Pouso Alegre; Márcia de Oliveira, secretária municipal de saúde de Delfim Moreira/MG; Sandra Aparecida Ribeiro Ferreira, secretária municipal de Wenceslau Braz/MG; Ana Paula Petinatto, conselheira municipal de

saúde de Pouso Alegre; Paulo Henrique Mariano, secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; Marco Antônio Ribeiro Gomes, coordenador da regulação da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre; Eugênia Silva Reis, secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; Patrícia Coutinho Silva, coordenação de epidemiologia da SRS Pouso Alegre; Rita Pucci, coordenação do núcleo de vigilância sanitária da SRS de Pouso Alegre; Kelly Oliveira de Andrade, assistente da secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; Deise Aparecida Santos, superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador da SES/MG; Regis Kersul, vigilância em saúde da superintendência regional de saúde de Pouso Alegre; Paulo Henrique Maia, coordenador a atenção primária da secretária municipal de saúde de Pouso Alegre; Gisele Batista dos Santos, coordenador da vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre; Verônica de Cássia Guimarães Galdino, coordenação da vigilância sanitária; Izabella A. Abreu Maia, coordenação de regulação do município de Camanducaia; Aline Ferreira Santos, faturista da sms de Pouso Alegre; Daniela Barbosa, encarregada administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Camanducaia; Ana Stella Swerts Prado, diretora de saúde bucal da sms de Pouso Alegre; Jucelma Fernandes Carvalho, diretoria da atenção primária da sms de Pouso Alegre; Adriana Rezende C. de Moraes, coordenação CAPS II; Mário Gustavo do Nascimento, secretaria municipal de saúde de São Sebastião da Bela Vista; Joselita Moraes de Souza, secretária municipal de saúde de Congonhal; João Donizeti de Freitas, secretário municipal de saúde de Senador Amaral; Elizete Ferreira, setor de epidemiologia da sms de Pouso Alegre; Andréia Cardoso Correia, sms de Pouso Alegre; Thiago Vieira Santos, sms de Pouso Alegre; Maurício Souza, procuradoria do município de Pouso Alegre; Sara Aparecida Cristiano, chefe do departamento de saúde da secretaria municipal de saúde de Cambuí; Luís Antônio Ribeiro, diretor de saúde da secretaria municipal de saúde de Santa Rita do Sapucaí; Scheila Cristina M. dos Reis, secretária municipal de saúde de Santa Rita do Sapucaí; Elzelto Guido Pereira, chefe de gabinete da prefeitura municipal de Pouso Alegre; Luciana Aparecida Dionísio, secretária municipal de saúde de Cachoeira de Minas; Flávio Aparecido Nascimento, secretário municipal de saúde de Córrego do Bom Jesus; Félix Carlos Ocariz Bazzano, diretor técnico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre/MG; Luiz Antônio da Silva, conselheiro da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; João Batista da Cunha, diretor de enfermagem do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre/MG; Carlos Eduardo dos Santos Daniel,

assessor jurídico da prefeitura de Pouso Alegre/MG; Luiz Roberto Martins Rocha, Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Sílvia Fátima Oliveira Andrade, Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Tatiana A. Almeida e Silva, secretaria municipal de saúde de Córrego do Bom Jesus/MG; Camila C. Jesus Pereira, fundação de ensino superior do Vale do Sapucaí – FUVS; Roseli Maria de Oliveira, fundação de ensino superior do Vale do Sapucaí – FUVS; Ana Cláudia Megale Batista, fundação de ensino superior do Vale do Sapucaí – FUVS; Camila de Oliveira Louzada Ferreira, fundação de ensino superior do Vale do Sapucaí – FUVS; Alyne Fernandes Franco Titoneli, assessora jurídica da fundação de ensino superior do Vale do Sapucaí – FUVS; Ana Cláudia Neves Gonçalves, diretora da saúde mental da sms de Pouso Alegre/MG. **A reunião foi aberta pelo presidente da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí/Hospital das Clínicas Samuel Libânio, RAFAEL TADEU SIMÕES** que fez especial saudação a todos os presentes pelo comparecimento a essa importante reunião, citando expressamente o CAOSAÚDE, na pessoa de seu coordenador, promotor de Justiça Gilmar de Assis. QUE está à frente da presidência da Fundação há um ano, nomeado que fora pelo Governador do Estado de Minas Gerais. Em seguida, passou a fazer apresentação sobre a importância do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL) e seus indicadores de saúde no contexto da macrorregião, com população adscrita de 2.642.014 habitantes. QUE o Hospital das Clínicas Samuel Libânio é referência estadual nos atendimentos de saúde da alta complexidade. QUE o HCSL faz jus ao PROHOSP desde 2003, possui 16 (dezesesseis) leitos UTI adulto, 05 (cinco) pediátricos e 05 (cinco) neonatal. QUE recebeu recursos do PROHOSP, até o ano de 2012, no valor de R\$ 15.557.385,47. QUE, no ano de 2013, o valor do PROHOSP repassado foi de R\$ 2.645.367,47 para custeio e criação da agência transfusional e aquisição de equipamentos para o HCSL. QUE a unidade é um hospital universitário privado, polivalente da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada do Sul de Minas. QUE é hospital âncora do Sistema Estadual de Saúde. QUE é referência para gestante de alto risco. QUE realiza atendimentos de média complexidade para a Região de Saúde de Pouso Alegre e alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, oncologia, nefrologia, transplante renal e de córnea, laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e endovascular. QUE é referência em gestante de alto risco, considerado hospital terciário neste tipo de serviço. QUE é considerado o principal parceiro SUS estadual em neurocirurgias endovasculares. QUE dos 252 leitos cadastrados no SCNES, 82,95% estão disponíveis para o SUS e 17,05% destinados a clientes

particulares e de convênios. QUE é credenciado para transplante de rim e córnea, classificado como Hospital tipo D. QUE no período de janeiro a junho de 2014, a maior parte dos atendimentos de urgência e emergência SUS realizados foram de procedimentos classificados como “verdes”, no total de 13.941 (treze mil, novecentos e quarenta e um) do global de 40.390 (quarenta mil, trezentos e noventa). QUE desse global, 74,07% referente a população de Pouso Alegre. QUE atualmente possui 487 (quatrocentos e oitenta e sete) pacientes no serviço de oncologia ambulatorial (quimioterapia). QUE foram realizados (junho/2014) cerca de 2.173 procedimentos (sessões) de hemodiálise (Serviço de Terapia Renal Substitutiva). QUE o prestador encontra-se sem receber os recursos da TRS há mais de 50 (cinquenta) dias do governo federal, com risco de comprometimento na assistência. QUE sua taxa de ocupação atingiu (2013) 93,73% dos leitos destinados ao SUS. QUE o tempo médio de permanência (leitos) é de 5,42 dias (competência 2012). QUE o maior número de atendimentos se dá na Clínica Cirúrgica. QUE fez 55% de seus atendimentos com a população referenciada (competência 2012). QUE a taxa de mortalidade institucional (2013), no 3º quadrimestre, foi de 4,79%. QUE a taxa de mortalidade infantil (2013), no 3º quadrimestre, foi de 5,32%. QUE a taxa de ocupação hospitalar (2013), no 3º quadrimestre, foi 103,13%. QUE a taxa de referências (2013), no 3º quadrimestre, foi de 55,28%. QUE com relação aos Pactos Regionais, 3º quadrimestre (2013), houve superação das metas em cada um dos indicadores, a saber: transplantes – 07 pactuados e 09 realizados; cirurgia orofacial – 04 pactuados e 22 realizados; cirurgia vascular – 12 pactuados e 24 realizados. QUE possui contrato celebrado com a SES/MG, haja vista a atual Gestão Estadual. QUE a referência é o Termo de Metas nº 057/2010, no valor anual de R\$ 30.851.810,16, para os atendimentos SUS da média ambulatorial, hospitalar, incentivos; bem como, no tocante à parcela pós-fixada, para os atendimentos da alta ambulatorial, hospitalar e FAEC. QUE, posteriormente, houve a assinatura do Contrato de Metas (Contratualização) nº 124/2012, celebrado com a SES/MG, no valor de R\$ 40.613.689,03. QUE, em seguida, houve Termo de Apostila (aditivo) ao Contrato nº 124/2012, passando para R\$ 51.969.910,04. QUE o HCSL possui mais de 1000 funcionários, com 216 leitos SUS, com mais de 7.000 cirurgias/ano. QUE já expôs a situação financeira do HCSL para o Ministério Público da comarca. QUE o maior patrimônio do HCSL é de fato seus funcionários. QUE há um acúmulo de dívidas, sobretudo pelos créditos não recebidos por parte do Ministério da Saúde, SES/MG e Município de Pouso Alegre. QUE esse é o principal desafio do HCSL que convive com essa dívida, decorrente de seus créditos não recebidos daqueles

entes governamentais. QUE são atendidas cerca de 300 pessoas/dia no seu pronto socorro. QUE a unidade possui 93 anos de existência. QUE os recursos do teto MAC repassados pelo MS/SES-MG são insuficientes para algumas especialidades da alta complexidade, podendo ser citadas as áreas da cardiologia, neurocirurgia e oncologia. QUE há sempre extrapolamento na produção dessas áreas médicas. QUE tem esperança de que possa ser encontrada alguma solução nesta reunião de Mediação. QUE o HCSL atua com campanhas para doação de órgãos. QUE possui parceria com a ONCOMINAS para os atendimentos ambulatoriais da Oncologia. QUE o HCSL sempre extrapola suas metas físicas no tocante aos atendimentos (pré-fixado) da média complexidade. QUE essa situação não tem sido diferente com relação a alta complexidade. QUE a unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPs) do bairro São João é de responsabilidade da FUVS e tem como objetivo prestar assistência básica de saúde à população e acolher estagiários dos cursos e graduação das áreas de saúde da UNIVAS. QUE possui um crédito global, NÃO RECEBIDO, relativos a 2010/2014, no valor de R\$ 9.938.532,49. QUE há um projeto de estruturação de grandes melhorias pactuados diretamente com o Governador do Estado de Minas Gerais, competência 2014/2016, no valor de R\$ 35.000.000,00, destinado, dentre outros, para seguintes ações: ampliação de 10 leitos UTI em face da crescente demanda da rede de Urgência e Emergência; reforma e ampliação do Pronto Socorro; ampliação de 32 novos leitos (16 leitos de retaguarda de AVC e 16 leitos de internação de pacientes oncológicos); reforma e ampliação da subestação de energia; reforma e ampliação da lavanderia. QUE, também, foi liberado recurso no valor de R\$ 1.993.268,20, pelo governo de Minas, para reforma e ampliação da UTI neonatal e pediátrica, passando dos atuais 10 leitos para 20 leitos, com previsão de término das obras para o segundo semestre de 2014. QUE houve a assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) pelo município de Pouso Alegre, o que, de fato, desloca os recursos do teto MAC diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. QUE ainda não assinou a proposta de contrato de prestação de serviços médico-hospitalar que lhe foi apresentada pelo Gestor SUS municipal, posto que está sendo avaliada, bem como aguarda a realização do distrato do atual contrato celebrado com a SES/MG. QUE externa sua preocupação no sentido de que não haja descontinuidade nos repasses financeiros ao HCSL pelo fato da assunção da gestão plena pelo município de Pouso Alegre. **EM SEGUIDA, dando continuidade à apresentação da FUVS/HCSL, no tocante às informações financeiras, SILVIA REGINA PEREIRA DA SILVA, diretora executiva da FUVS** Ressaltou que o HCSL possui seguintes créditos financeiros, não pagos pelos

respectivos entes governamentais, a saber: a) extrapolação da produção da assistência população de Pouso Alegre, acumulado de janeiro/2011 a abril/2014, no valor de R\$ 3.786.232,17; b) outros recursos – restante de UTI/2012, conforme Deliberação CIB-SUS nº 1.662, de 04/12/2013, no valor de R\$ 324.332,81; c) FAEC/AIH, com pendência desde 03/2014, no valor de R\$ 410.497,84; d) extrapolação em quimioterapia, referente a março/maio de 2014, no valor de R\$ 443.907,37; e) batimento apontado, referente a set/out/nov, no valor de R\$ 652.549,47; f) cobrança administrativa no valor de R\$ 674.113,82; g) AIHs consideradas não reguladas – valor a apurar. QUE possui crédito referente ao IAC federal, relativo ao Termo de Metas nº 057/2010 até data assinatura Contratualização nº 124/2012. QUE, portanto, o HCSL é credor dos recursos, a título de IAC federal, de 2010 a 2012, correspondente a 28 (vinte e oito) parcelas. QUE não concorda com a justificativa de que não lhe é devido esse crédito pelo fato formal de Termo de Metas em substituição ao Contrato de Metas. QUE o fato de não haver sido previsto o IAC naquele Termo de Metas não reduz o objeto principal do instrumento da contratualização, haja vista que os serviços foram executados, com prestação de contas. QUE o valor do IAC referente ao Contrato de Metas nº 124/2012 foi de R\$ 404.917,67, posteriormente aumentado para R\$ 932.869,59. QUE possui como créditos financeiros (AIHs), decorrente desse hiato, no período de abril/2010 a dez/2011, o valor de R\$ 1.925.598,33. QUE o FAEC encontra-se com seus repasses financeiros em atraso, com comprometimento para áreas sensíveis da quimioterapia e transplante. QUE o sistema de processamento da produção da SES/MG não tem reconhecido as AIH's reguladas que ultrapassam para o exercício mês seguinte, daí um seu crédito superior a R\$ 500.000,00 (competência 2013). QUE o total de créditos devidos para o HCSL, com referência a 2010/2014, é de R\$ 9.938.532,49, sem contabilizar os decorrentes do IAC federal. **EM SEGUIDA, o promotor de Justiça GILMAR DE ASSIS, coordenador do CAOSAÚDE**, fez saudação a todos os presentes, em especial aos promotores de Justiça de Tutela de Fundações e de Defesa da Saúde, respectivamente, Marcelo Rutter Salles e Décio Monteiro Moraes. Registrou, também, especial saudação ao Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde Tiago Lucas e Subsecretária Estadual de Regulação da SES/MG, Maria Letícia. Apresentou os objetivos e estratégias da ação institucional da Mediação Sanitária. Ressaltou que, diante dos desafios do finito financiamento da saúde, da necessária qualificação gestora e das crescentes demandas judiciais, a Mediação Sanitária tornou-se fundamental, assim reconhecida pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Minas

Gerais, dentre outros órgãos. QUE as promotorias de Justiça, em todo o estado de Minas Gerais, cada vez mais demandam essa atuação mediada nas respectivas Regiões de Saúde, haja vista a real possibilidade de enfrentamento das causas coletivas de saúde, com resultados operacionais para todo o sistema. QUE essas discussões são sempre feitas sob a forma democrática, plural, compartilhada. QUE há significativos resultados nas ações de Mediação Sanitária. QUE, em algumas regiões, tem sido notório o crescimento vegetativo da assistência, haja vista a reorganização das ações e serviços de saúde que tem sido feita nesse esforço coletivo. QUE os graves desafios para a efetivação do direito social à saúde impõem a todos os seus atores uma atuação solidária, em substituição ao modelo solitário e demandista. QUE não é possível um nível ótimo de organização em saúde por atuações solitárias de quaisquer dos atores. QUE o SISTEMA é único, razão pela qual é preciso haver essa solidariedade nas discussões e decisões dos graves problemas coletivos de saúde. QUE há muita falta de comunicação e ausência de aproximação institucional pelos seus atores, situação que leva irremediavelmente para fragmentação do processo, fato que incrementa as tensões e confrontos entre eles, inclusive na via judicial. QUE TODOS esses autores possuem responsabilidades constitucionais na efetivação do direito social à saúde. QUE as soluções em saúde devem ser buscadas pelo prisma da corresponsabilidade, inclusive, pelo próprio Ministério Público. QUE todos os seus atores precisam perceber esse novo momento institucional que vivemos, onde não há mais espaços para gestões (planejamentos) descomprometidas, amadoras e sem transparência. QUE o SISTEMA é o mais importante, não podendo ficar refém de quem quer que seja, nem mesmo das questões político-partidárias. QUE esse sistema é regulado, com requisitos próprios. QUE o usuário do SUS deve ser considerado a “rainha” do SISTEMA. QUE o Ministério Público com atuação na Defesa da Saúde deve dispensar qualificada atenção para essa área da saúde, haja vista que o próprio legislador constitucional utilizou, com exclusividade para esse direito social (saúde), sua atuação na função de “zelar” e não de “promover” esse serviço de relevância pública, daí a necessidade de que sua atuação seja sempre que possível compartilhada e resolutiva. QUE há para todos, inclusive para o Ministério Público, um dever constitucional de corresponsabilidade na construção programática da saúde pública. QUE não há qualquer usurpação nesse ativismo responsável do Ministério Público, que possui, pela sua gênese constitucional, requisito do dinamismo, para um atuar com maior resolubilidade na efetivação dos direitos fundamentais, como, por exemplo, saúde pública. QUE é preciso fazer

uma diferenciação entre os prestadores, de natureza pública, privada regulada e privada/privada. QUE os hospitais filantrópicos e os sem fins lucrativos, embora privados, são fortemente regulados, podendo ser citados a Lei federal nº 12.101, de 2009; Lei federal 12.527, de 2011 e Decreto nº 8.242, de 2014. QUE o HCSL é uma entidade privada, sem fins lucrativos, submetidos às regras públicas da regulação, daí a obrigatoriedade de sua submissão à disponibilidade de leitos percentuais para o SUS, posto que detentor de CEBAS, com imunidades tributárias. QUE a microrregião de Pouso Alegre possui 526.113 habitantes, cerca de 2,55% da população de Minas Gerais, integrada pelos municípios de Albertina, Bom Repouso, Borda da Mata, Bueno Brandão, Cachoeira de Minas, Camanducaia, Cambuí, Careaçu, Conceição dos Ouros, Congonhal, Córrego do Bom Jesus, Espírito Santo do Dourado, Estiva, Extrema, Heliadora, Inconfidentes, Ipuiuna, Itapeva, Jacutinga, Monte Sião, Munhoz, Natércia, Ouro Fino, Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí, São João da Mata, São Sebastião da Bela Vista, Senador Amaral, Senador José Bento, Silvianópolis, Tocos do Moji, Toledo e Turvolândia. QUE a microrregião conta com 11 (onze) hospitais, com 537 leitos (exceto UTI), com 21.568 internações (15,10% da macro), com 35 totais leitos UTI SUS, sendo 25 adulto, 05 pediátricos e 05 neonatais. QUE há um déficit microrregional de 26 leitos UTI adulto e 07 neonatal. QUE são os seguintes hospitais na microrregião: Hospital e Maternidade Maria Eulália (Silvianópolis); Hospital Antônio Moreira da Costa Santa Rita (Santa Rita do Sapucaí); Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pouso Alegre); Santa Casa de Misericórdia de Jacutinga (Jacutinga); Santa Casa de Misericórdia de Ipuiuna (Ipuiuna); Hospital e Maternidade São Lucas de Extrema Ltda (Extrema); Hospital e Maternidade Senhor Bom Jesus (Bueno Brandão); Santa Casa de Misericórdia de Camanducaia (Camanducaia); Hospital Ana Moreira Salles (Cambuí); Hospital e Maternidade de Careaçu (Careaçu) e Santa Casa e Maternidade Nossa Senhora de Fátima (Estiva). QUE o PROHOSP Microrregional, no valor de R\$ 181.531,80 (competência 2014), está com o prestador Casa de Caridade de Ouro Fino, que, também, faz parte da rede Urgência e Emergência (Rede Resposta), com 59 leitos (exceto UTI), sendo 42 SUS (71,19%). QUE esse prestador procedeu 2.028 internações (2013), em face de seus 42 leitos SUS, com taxa de ocupação de apenas 47,75% e ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de 26,43%. QUE foram realizados 222 partos (2013). QUE o PROHOSP Macrorregional (competência 2014), no valor de R\$ 2.679.813,90, está com o prestador Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), de Pouso Alegre. QUE o HCSL possui 182 leitos SUS (81,25%), com 26 leitos UTI, sendo 16 adulto, 05

pediátrico e 05 neonatal. QUE esse prestador procedeu 10.336 internações (2013) em face de seus 182 leitos SUS, com ICSAP de 15,55% e realização de 1.603 partos. QUE o Hospital e Maternidade São Lucas, localizado no município de Extrema, faz parte da Rede de Urgência e Emergência (Rede Resposta); possui 44 leitos (exceto UTI), sendo 36 leitos SUS (81,82%); com 09 leitos UTI adulto. QUE com relação às informações dos créditos não repassados, a título de IAC federal, competência 2010/2012, pelo fato de sua não previsão no Termo de Metas nº 057/2010, entende que há plausibilidade jurídica para seu recebimento, haja vista que houve, de fato, a efetiva contratualização, conforme descritivo em seu objeto contratual. QUE sugere a elaboração de melhor estudo técnico sobre essa problemática. QUE há uma sobrecarga de atendimentos da média complexidade realizados pelo HCSL, com comprometimento de seu papel estratégico da alta complexidade. QUE é preciso discutir seriamente a responsabilidade sanitária dos demais municípios que integram essa microrregião. QUE o CAOSAÚDE defende a estratégia do fortalecimento operacional e financeiro dos prestadores referência SUS, no âmbito da micro e macrorregião, de modo que possa haver, na forma do artigo 241 da Constituição Federal, o cooperativismo entre os entes governamentais, na forma de consórcio público, termo de compromissos ou de TCEP – Termo de Cooperação Técnica entre Entes Públicos. QUE também defende, com suporte na estratégia da Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013), a indução desses prestadores para 100% SUS, com regras de equilíbrio econômico-financeiro para a orçamentação global, adotando-se a modalidade da disponibilidade dos profissionais em substituição ao modelo da produção assistencial. QUE, hoje, por ocasião das novas contratualizações, exigidas pela Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, há obrigatoriedade de TODO o corpo clínico prestar serviços ao SUS. QUE essa política tem sido fomentada pelo CAOSAÚDE, junto aos diversos Órgãos de Execução do Ministério Público, posto entender que nos casos de prestadores privados (hospitais) sujeitos à regulação, com equipamentos, procedimentos e insumos financiados por recursos públicos, há verdadeira improbidade administrativa por parte do profissional de saúde que não presta, nessas condições, prestação de serviços ao SUS, embora os fazendo nos procedimentos privados e convênios no mesmo espaço hospitalar. QUE, de fato, os municípios sede de micro e macrorregião devem assumir a GPSM, de modo a exercer, com proximidade territorial, a governança sobre seus prestadores, fazendo-se os necessários procedimentos de regulação, fiscalização, monitoramento e auditoria. QUE essa exigência pode ser extraída da interpretação

do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE a assunção da GPSM não significa usurpação de papéis, devendo ficar claro as responsabilidades de cada um dos atores (prestador hospitalar e Gestor SUS). QUE há aumento da responsabilidade gerencial dos municípios com GPSM, por ser dele o adequado planejamento das ações e serviços de saúde no escopo das necessidades coletivas da população (epidemiologia). QUE o Gestor SUS é obrigado a repassar até o 5º dia útil de cada mês os recursos recebidos em seu FMS, a título de transferências voluntárias ou de programas estratégicos, federal ou estadual, para seus prestadores (hospitais). QUE é indispensável a participação da Superintendência Regional de Saúde da SES/MG na elaboração da recontractualização de que cuida a Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. QUE hoje o MPMG possui acesso às informações do SUSFácil, em tempo real, de modo a verificar os fluxos de atendimentos em face das solicitações de acesso a leitos feitos pela Central de Regulação Assistencial da SES/MG. QUE consegue identificar as recorrências de negativas de acessos pelos prestadores hospitalares, cujos leitos contratados pela SES/MG, informados no SCNES, não estão sendo disponibilizados para a Central de Regulação, obrigando seus Coordenadores Macrorregionais às compras de leitos privados (vaga zero), com maior custo financeiro para o Sistema. QUE o MPMG, através do CAOSAÚDE, com convite ao Ministério Público Federal, solicitará informações ao Ministério da Saúde sobre o atual teto MAC Estadual, entendendo ser causa do rateio insuficiente das quotas de procedimentos (ambulatorial e hospitalar) em face dos 853 municípios, por não haver, em tese, equidade nessa distribuição entre os entes da federação, quando confrontados os critérios, dentre outros, da população absoluta e do IDH. QUE é preciso discutir, com urgência, no âmbito da SES/MG, CES/MG, COSEMS/MG e na própria CIB-SUS/MG a possibilidade de assunção financeira dos exames (estadiamento) da oncologia pelos entes estadual e federal, em substituição aos municípios, com quotas anuais insuficientes, com comprometimento para o tratamento médico. QUE é preciso, ao final, a formação de uma Comissão de Trabalho de Mediação Microrregional, em caráter permanente, de modo que possa, dentre outros, proceder a um Diagnóstico Situacional na Região, com prevalência do interesse público coletivo sanitário. QUE o processo fragmentado é nefasto à política pública de saúde. QUE os municípios devem compreender que muitos deles possuem capacidade para “acolher” e não “resolver”, devendo ser fortalecidas as portas dos prestadores referência, de modo a garantir, em tempo e modo, o acesso dos usuários. QUE, nesse sentido, é preciso que haja maior solidariedade técnica,

política e financeira entre os entes municipais, SES/MG e Ministério da Saúde. QUE a cooperação técnica e financeira entre os municípios encontra-se prevista no artigo 241 da Constituição Federal. QUE é preciso discutir, com urgência, a melhor regulamentação, por Deliberação CIB-SUS/MG, do “vaga zero”, de modo que seja dado aos Coordenadores Macrorregionais da Regulação Assistencial, na forma da lei existente, melhor clareza dos processos de compra de leitos privados, banco de prestadores por região, uniformidade dos preços, cronograma de pagamentos, prestação de contas, dentre outros. **Dada a palavra para o Secretário Municipal de Saúde de Pouso Alegre, LUIS AUGUSTO DE FARIA CARDOSO**, apresentou suas saudações à estratégia da Mediação Sanitária conduzida pelo próprio Ministério Público. QUE trabalha na área da saúde há cerca de 01 ano e 07 meses e reconhece os grandes desafios nessa área. QUE não há dúvidas de que é preciso dar o fortalecimento da Atenção Básica, não somente em Pouso Alegre, mas em cada um dos municípios que integram essa Região Microrregional. QUE o município de Pouso Alegre pretende, até o ano de 2017, conforme seu planejamento, alcançar a cobertura de 97% da Atenção Básica. QUE o processo da contratualização, a ser celebrado entre o município de Pouso Alegre e a FUVS/HCSL, vem sendo discutido há mais de 06 (seis) meses. QUE a governança sobre os prestadores, na lógica do comando único, na territorialidade dos serviços, é de fato a melhor proposta, daí a opção político-jurídica do município de Pouso Alegre, sede de micro e macro, haver postulado sua condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). QUE para que a gestão plena possa dar certo é preciso antes que o prestador dê certo. QUE o município de Pouso Alegre não se opõe a quaisquer dos pagamentos, de eventuais créditos em atraso, apresentados pelo HCSL, desde que sejam devidamente comprovados e de sua área (competência) de atuação. QUE não concorda que o novo contrato assistencial possa já ser feito na forma recomendada pela Portaria MS nº 3.390 e 3.410, ambas de 30 de dezembro de 2013, posto que essas ainda não foram adequadamente regulamentadas, gerando muitas incertezas e dúvidas para todos os gestores. QUE o atual contrato, a ser celebrado, praticamente incorpora as mesmas cláusulas contratuais do instrumento celebrado pela SES/MG. QUE não há dúvidas da importância do HCSL para toda a Região Sul. QUE a minuta do atual contrato contempla cláusula específica, conforme regulamentação do MS, dos repasses dos recursos financeiros para o HCSL, até o 5º dia útil após os mesmos serem depositados/transferidos para o Fundo Municipal de Saúde, originados do MS e SES/MG. QUE está promovendo ampla reformulação administrativa na Secretaria Municipal de Saúde. QUE haverá

uma comissão instituída, a ser nomeada pelo município, para acompanhamento da execução do contrato. QUE o município de Pouso Alegre, já detentor da GPSM, pretende celebrar referido contrato com a FUVS/HCSL a partir da competência de Julho de 2014, de modo que não haverá qualquer prejuízo assistencial para a população. QUE concorda com a realização de Auditoria/DENASUS, sugerida pelo Coordenador do CAOSAÚDE, para os fins de avaliação das contas (créditos) apresentadas pela FUVS/HCSL, de modo que possa ser definida inclusive a responsabilidade do ente governamental para seu pagamento. **Dada a palavra para o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG, TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA**, elogiou a ação da Mediação Sanitária, com o destaque de que a SES/MG tem participado de cada uma dessas reuniões, por entender que esse tem sido o caminho mais democrático de aproximação dos diversos atores institucionais, com discussões democráticas para a resolução dessas difíceis demandas. QUE o Dr. Gilmar de Assis tem sido esse parceiro presente junto à SES/MG nas discussões coletivas dos diversos problemas de saúde em todo o estado de Minas Gerais. QUE vivemos esse novo modelo mediador. QUE a construção dessas políticas deve ser democrática. QUE a SES/MG compreende a reivindicação do município de Pouso Alegre na assunção da GPSM, posto que legítima, mas não pode deixar de externar sua preocupação para que haja continuidade dos serviços assistenciais sem prejuízo para a população. QUE em face disso é preciso muita cautela na celebração do atual contrato municipal, haja vista o porte do prestador local, os recursos financeiros alocados, etc. QUE os recursos que, doravante serão repassados diretamente para o FMS, deverão ser garantidos para a assistência hospitalar, com observância do prazo de até o 5º dia útil após depositados os repasses no FMS. QUE já houve a Deliberação CIB-SUS, no mês de junho, quanto à mudança de gestão do município de Pouso Alegre. QUE há menos de 100 municípios em todo o estado de Minas Gerais com GPSM. QUE o HCSL é o maior prestador da Região Sul, portanto, um grande parceiro assistencial. QUE o HCSL é o que possui o melhor serviço de neurocirurgia em Minas Gerais. QUE é preciso mensurar o impacto regional dessa mudança de gestão. QUE o objetivo da SES/MG é sempre o melhor para o usuário. QUE atualmente há o processo da regionalização do SAMU na Região SUL, cujo complexo regulador será no município de Varginha. QUE a criação da Rede de Urgência e Emergência na Região Sul proporcionará grandes mudanças na Região, inclusive sobre a identidade sanitária de seus prestadores. QUE há muitos prestadores (hospitais) que não dão resolubilidade assistencial, razão pela qual não

deverão ser contemplados (inserção) na Rede Resposta. QUE é preciso que o MS também possa financiar, com recursos da urgência e emergência, a Região SUL. QUE, hoje, a SES/MG financia sozinha, sem a ajuda federal, a Rede de Urgência e Emergência da Região Sudeste, Nordeste e Centro Sul. QUE a SES/MG deverá produzir discussão na CIB-SUS no sentido da criação de uma Comissão de Avaliação Permanente aos municípios com GPSM. QUE essa providência é fundamental, haja vista que já tivemos precedente perigoso em Minas Gerais, como no caso de Montes Claros. QUE é preciso que a União (MS) possa fazer sua parte no financiamento dos serviços. QUE atualmente o MS está com atraso de mais de 60 dias com os serviços da hemodiálise. QUE o governador Antônio Anastasia esteve em Pouso Alegre no ano passado, ocasião em que autorizou investimentos na ordem de R\$ 34.000.000,00 para o HCSL. QUE a SES/MG, da mesma forma, reconhecerá os créditos financeiros do HCSL, conforme apresentados nesta reunião, desde que assim validados pela Auditoria Contábil do DENASUS. QUE julga extremamente importante a criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, com os diversos atores, sob a coordenação da Superintendência Regional de Saúde e Ministério Público, de modo que possa, dentre outras, acompanhar as cláusulas avençadas na referida minuta contratual a ser celebrada entre o município de Pouso Alegre e a FUVS/HCSL. **Dada a palavra para o Coordenador Estadual da Urgência e Emergência, RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR**, fez saudação aos presentes e resgatou a história do professor, médico, sanitarista e homem Dr. SAMUEL LIBÂNIO, nascido em Pouso Alegre, um dos fundadores da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, hoje Faculdade de Medicina da UFMG. QUE o HCSL fez mais de 13 mil atendimentos de procedimentos classificados como “verdes”, o que não é razoável, posto que desvirtua sua verdadeira vocação para a alta complexidade. QUE é preciso que os municípios/prestadores da Micro assumam sua responsabilidade sanitária, de modo que possam realizar os atendimentos próprios da Atenção Básica, evitando-se seu agravamento. QUE a Atenção Básica precisa ser fortalecida, de forma a se buscar sua melhor resolubilidade nos próprios municípios. QUE é preciso haver classificação de risco na própria Atenção Básica. QUE hoje muito se discute na expansão de horários de atendimento para a Atenção Básica, mas o que deveria ser buscado é o efetivo atendimento na carga horária já pactuada, o que, infelizmente, não acontece. QUE há muitas dificuldades técnicas e políticas para implantação do SAMU em pequenos municípios. QUE no trabalho técnico realizado em toda a Região Sul, com 153 municípios, apenas 31 hospitais foram classificados para

atendimento retaguarda da Rede Urgência e Emergência. QUE já foram colocados mais de R\$ 4.620.000,00 de recursos financeiros, exclusivamente estadual, na rede de urgência, desde novembro de 2012, contudo a maioria dos prestadores não melhoraram a assistência. QUE não concorda, em parte, com a estratégia da Gestão Plena do Sistema Municipal por municípios, sobretudo para o fato da alta complexidade, entendendo que deveria ser instituído o modelo da Gestão Plena Regional, com teto regional, onde os recursos financeiros pudessem acompanhar o usuário. QUE há cerca de 137 hospitais na Região Sul, a maioria deles sem resolutividade. QUE não concorda com a terminologia “vaga zero”, sugerindo que fosse substituída pelo modelo da “negativa zero”, fortalecido por sistemas de vasos comunicantes. QUE o prestador que faz parte da Rede de Urgência e Emergência não pode, em qualquer situação, negar o acesso do paciente (demanda espontânea e regulada). QUE concorda com a posição do Dr. Gilmar na busca de responsabilidade coletiva compartilhada, de modo que todos possam inclusive contribuir financeiramente para o fortalecimento da referência. **Dada a palavra para a Subsecretária Estadual de Regulação, MARIA LETICIA DUARTE CAMPOS**, também elogiou a ação da Mediação Sanitária. QUE a SES/MG possui preocupação no sentido de não haver interrupção da assistência em face dos fluxos da regulação. QUE em decorrência da GPSM pelo município de Pouso Alegre, conforme Deliberação CIB-SUS/MG no mês de junho, a SES/MG está providenciando o distrato do atual Contrato de Metas nº 124/2012. QUE concorda com o SMS de Pouso Alegre quanto às dúvidas existentes nas Portarias MS nº 3.390 e 3.410, ambas de 30 de dezembro de 2013. QUE não recomenda a observância dessas Portarias no contrato municipal que será celebrado com a FUVS/HCSL, uma vez que há necessidade de melhor clareza quanto ao financeiro federal. QUE o próprio MS estará elaborando uma cartilha com melhor orientação geral sobre aquelas portarias. QUE sugere a realização do contrato municipal supracitado com base nas metas/cláusulas do atual Contrato nº 124/2012. QUE o distrato supracitado deverá ter como termo a data de 30 de junho passado. QUE no tocante à reivindicação do FUVS/HCSL quanto aos recursos do IAC, competência 2010 a 2012, esclarece que essa matéria já fora decidida pelo MS, nos termos do Ofício GS/SAS nº 652, de 15 de maio de 2013 e Parecer Técnico nº 351/2013. QUE foi a própria SES/MG quem provocou o MS para os fins de recebimento do IAC retroativo pelo HCSL. QUE o MS entendeu que o HCSL não faz jus ao benefício posto que teria aderido ao Programa de Reestruturação de Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. QUE a SES/MG está promovendo readaptação de seu programa

informatizado da regulação, de modo que seja possível visualizar as AIH's em continuidade para o exercício mês seguinte. QUE o atual modelo de financiamento SUS é equivocado, havendo muita iniquidade do custeio per capita em face dos próprios municípios. QUE a SES/MG possui Comissão de Estudos para discussão da metodologia financeira dos procedimentos ambulatorial e hospitalar da oncologia, haja vista que as normas do MS não são precisas nas informações sobre o custo desses serviços. QUE concorda com a sugestão de que seja feita ampla discussão com o MS para o aumento do teto MAC de Minas Gerais, sobretudo pelo volume dos credenciamentos. QUE atualmente MG figura entre o 13º ou 14ª posição entre os demais entes estaduais no recebimento do teto MAC. **Dada a palavra para o Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial, CLAUDIO DE LIMA ALVES**, fez elogio à atuação da Mediação Sanitária. QUE o HCSL é um dos maiores parceiros da Região Macro Sul, portanto o maior no aspecto da regulação de leitos. QUE o HCSL recebe pacientes regulados até mesmo da Região Macro Oeste, em Divinópolis. QUE o HCSL é o prestador que mais faz negativa o sistema SUSFÁCIL, uma vez que está congestionado de procedimentos oriundos de toda a Região Sul. QUE muitos desses procedimentos, com reserva de leitos, são da média complexidade, o que acarreta maior dificuldade de acesso aos procedimentos da alta. QUE a Região Macro Sul possui superávit de leitos UTI adulto, o que não ocorre quando comparado isoladamente em face do prestador referência, como o caso do HCSL. QUE é preciso ficar atento às proliferações de leitos UTI nos prestadores, posto que esses precisam contar também com os serviços da alta complexidade credenciados pelo MS, sob pena de não serem resolutivos. QUE o SUSFÁCIL, tão duramente criticado, não cria leitos, mas regula os existentes. QUE são os próprios prestadores, através de seus profissionais assistentes, que alimenta o SUSFÁCIL com os dados do paciente, razão pela qual eles possuem as responsabilidades pelas informações. QUE é preciso demonstrar no SUSFÁCIL a responsabilidade do CRM do profissional prestador pelas informações lançadas no sistema. QUE na maioria das vezes a Central de Regulação é cobrada pelo MPMG nos casos concretos de acesso a leitos especializados, contudo com suporte em informações não constantes do sistema oficial. QUE sempre há discussão e negociação da Central com os prestadores, mas nem sempre há consenso, situação em que não obstante a “tela” dos mapas dos leitos, há insistência pela negativa do acesso. QUE considera muito importante essa parceria da Central de Regulação Assistencial com o MPMG. QUE os procedimentos de neurocirurgia vascular com implantação de stent não são

cobertos pelo SUS, embora já haja suficiente evidência científica. QUE o HCSL faz esses procedimentos para o SUS, embora não receba por eles, por não ser credenciado pelo MS. QUE o custo desse procedimento é próximo de R\$ 75.000,00. QUE esse é um exemplo típico da ressonância da discussão judicial pelo MPMG. QUE o HCSL possui condições técnicas para sua habilitação desses procedimentos cardíacos de alta complexidade. QUE também sugere que os recursos financeiros da alta complexidade ficassem com a Gestão Estadual, de modo que pudessem acompanhar o próprio usuário SUS e não alocados diretamente no prestador hospitalar. **Dada a palavra para a presidência da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA,** agradeceu a todos pela oportunidade, mas ressaltou a aprovação da FEDERASSANTAS a estratégia da Mediação Sanitária. QUE a FEDERASSANTAS participou praticamente de todas as reuniões de Mediação Sanitária. QUE os atuais dirigentes do HCSL possuem valorosa qualificação técnica, razão pela qual se pode perceber a ressonância na própria assistência hospitalar. QUE não há dúvidas de que a atual tabela nacional de procedimentos de saúde está desatualizada, sem correção há mais de 10 anos. QUE a maioria dos procedimentos realizados pelos prestadores privados, filantrópicos ou sem fins lucrativos, possuem custos bem superiores ao que efetivamente são repassados pelo SUS. QUE os hospitais trabalham sempre com defasagem de custos, comprometendo ainda mais sua precária situação financeira. QUE muitos deles são obrigados a buscar empréstimos/financiamentos para arcar com os custos de pagamento de pessoal e de fornecedores. QUE não é mais possível os prestadores “ficarem com os pires nas mãos”, porque essa não é a correta política pública. QUE é preciso valorizar os prestadores filantrópicos, responsáveis por mais de 60% dos serviços médico-hospitalares no SUS. QUE essas instituições não podem ser reféns dessa situação, uma vez que os contratos devem resguardar a lógica do equilíbrio econômico-financeiro, conforme determina a Lei federal nº 8.080/90. QUE embora não haja o rateio de lucros para seus dirigentes, não está proibida de ser superavitária. QUE os gestores SUS, nos diversos níveis, infelizmente têm se desviado dos requisitos e objetivos preconizados para a saúde pública na Constituição Federal e normas federais. QUE a lógica da PPI Assistencial, com remuneração dos serviços por produção, está ultrapassada e não atende as necessidades coletivas de saúde para os usuários e prestadores. QUE é preciso investir nas assessorias jurídicas, de modo que possam melhor entender (defender) as graves situações na saúde. QUE é preciso discutir concretamente soluções viáveis de financiamento para esses

prestadores, sobretudo os com referência na região, de modo a evitar que o problema possa se agravar, com inevitável desassistência dos serviços e liquidação da entidade. QUE é preciso que o MPMG participe dessas discussões. **Dada a palavra para o Superintendente Regional de Saúde de Pouso Alegre, GILBERTO CARVALHO TEIXEIRA** esclareceu que acompanha a trajetória profissional do Dr. Gilmar de Assis e por isso é testemunho do quando ele tem ajudado a saúde pública em todo o Brasil. QUE o Dr. Gilmar de Assis é um dos grandes sanitaristas do Brasil. visitou pessoalmente cada um dos hospitais da Região Micro de Pouso Alegre, por ocasião do levantamento/diagnóstico para os fins de implantação da Rede de Urgência e Emergência (Rede Resposta). QUE verificou a existência de muita fragmentação assistencial na região. QUE constatou a existência de leitos improvisados (macas) com cadastro no SCNES como se leitos estruturados para o Sistema. QUE a SRS/SES-MG possui Comissão de Acompanhamento Hospitalar. QUE os problemas são quase sempre complexos e de difícil resolução, sobretudo em razão da cultura e política municipal. QUE é preciso discutir seriamente a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. QUE concorda com a estratégia de revisão de estatutos sociais e regimentos dos prestadores, haja vista que muitos deles contemplam situação em que o profissional médico integra o órgão deliberativo, com notória confusão de papéis. QUE há hospitais na região que deveriam assumir a responsabilidade pela atenção da média complexidade. QUE a SRS possui condições para participar dessas discussões em conjunto com o Ministério Público. QUE acredita na solução consensual dos problemas coletivos de saúde na Região Sul. **Dada a palavra para o COSEMS Regional, também Secretária Municipal de Saúde de Borda da Mata, NADIA MARIA DOS SANTOS PÁDUA,** fez agradecimentos gerais e à estratégia da Mediação Sanitária. QUE o COSEMS/MG participa ativamente das reuniões de Mediação Sanitária. QUE tem conhecimento da resolutividade dessas discussões mediadas em outras Regiões de Saúde. QUE reconhece a importância do HCSL para toda a Região Sul. QUE há grandes vazios assistenciais na Região Sul. QUE nas discussões coletivas, sobretudo para implantação das Redes Assistenciais, poderão ser reconhecidos esses prestadores. QUE falta a integralidade da saúde no sistema. QUE a judicialização é injusta porque oportuniza o acesso judicial a quem nem sempre é o mais dependente (necessitado). QUE os municípios pequenos, situados na micro, acabam sendo penalizados pelo não acesso de sua população aos serviços pactuados. QUE é preciso discutir seriamente a PPI Assistencial, com financiamentos que possam contemplar a integralidade da atenção. QUE ainda não

há COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em Minas Gerais, entendendo que poderá melhor organizar a atenção à saúde. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional de Pouso Alegre, de caráter permanente, democrática, solidária, integrada pela Superintendente Regional de Saúde de Pouso Alegre (coordenador); Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Pouso Alegre; Promotoria de Justiça de Defesa Tutela de Fundações da comarca de Pouso Alegre; Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Diretor/Provedor do Hospital das Clínicas Samuel Libânio; COSEMS Regional; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial; Conselho Municipal de Saúde. **2)** Essa Comissão poderá ser integrada, mediante convite, por Secretários Municipais de Saúde, prestadores e Ministério Público dos municípios/comarcas integradas a Microrregião. **3)** Fica designada a 1ª Reunião da Comissão de Trabalho para o dia 21 de julho (segunda-feira), às 14 horas, na sede da Superintendência Regional de Saúde, para os fins de discussão, em caráter de urgência, sobre a minuta de contrato de prestação de serviços médico-hospitalar, a ser celebrado entre o município de Pouso Alegre e a FUVS/HCSL, com vigência a partir de 1º de julho passado. Cópia do referido contrato assinado deverá ser enviado para o CAOSAÚDE e SES/MG. A SMS de Pouso Alegre enviará, por e-mail, cópia da minuta do contrato por ela elaborado para cada um dos integrantes da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, de modo que possam dele tomar conhecimento antes da reunião aprazada para o dia 21 de julho próximo. O município de Pouso Alegre, por ocasião da elaboração desse contrato de prestação de serviços médico-hospitalar com a FUVS/HCSL, deverá instituir obrigatória cláusula de repasse dos recursos financeiros recebidos em seu FMS, até o 5º dia útil ao seu recebimento, para referido prestador. **4)** O distrato do atual Contrato de Metas nº 124/2012, celebrado entre SES/MG e FUVS/HCSL, deverá ser rescindido com data retroativa a 30 de junho de 2014. **5)** A Comissão deverá estabelecer cronograma de reuniões ordinárias em face de seus membros, para resolução dos problemas emergenciais da saúde pública local e microrregional, com vista a sua reorganização, no escopo das políticas públicas definidas pelas legislações, podendo, se for o caso, formular convite à participação do CAOSAÚDE, SES/MG, MS e DENASUS. **6)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária poderão ser integradas ao Mapa da Saúde e Planejamento

Regional da Micro de Pouso Alegre, para apreciação da instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal. 7) Dentre outros assuntos, deverá a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária discutir sobre os seguintes assuntos: **a)** fortalecimento da Atenção Básica na microrregião, de modo que possam ser evitadas as crescentes internações por condições sensíveis à atenção primária, sobretudo junto aos prestadores referência da alta complexidade. **b)** apresentação de propostas de identidade sanitária para cada um dos prestadores (hospitais) na microrregião, podendo, se for o caso, aproveitar os indicadores produzidos pela SRS de Pouso Alegre no trabalho de levantamento realizado para a implantação da Rede de Urgência e Emergência; **c)** discussão das estratégias de criação da Rede de Atenção Psicossocial Microrregional. Nessa hipótese, visando a racionalização dos finitos recursos, deverá ser criado, no mínimo, 01 (um) CAPSAd III regional, com funcionamento nas 24 horas, em todos os dias da semana. Nessa lógica de organização, deverá ser proporcionalmente financiado por todos os municípios; **d)** discussão e proposta de participação financeira dos municípios da microrregião, proporcionalmente, em caráter complementar, no custeio e fortalecimento da referência hospitalar, conforme exigidos pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS nº 3.390 e 3.410, de 30 de dezembro de 2013); **e)** Avaliação da questão da assunção progressiva dos atendimentos classificados como “verdes”, atualmente atendidos no HCSL, para o Pronto Atendimento Municipal; **f)** garantir a prestação de serviços ao SUS, na forma da Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, por TODO o corpo clínico, haja vista as características de prestador privado regulado, subsidiado por recursos públicos. Os casos não atendidos deverão ser comunicados ao Ministério Público local, para os fins de direito; **g)** Proceder levantamento da necessidade real de leitos UTI na região micro; **h)** Exigir a atualização das informações em saúde, em especial do número real de leitos, no SCNES, a partir da relação dessas inconsistências constatadas pela SRS Pouso Alegre em recente diagnóstico. 8) Elaboração de estudos técnicos que visem a racionalização dos custos financeiros de unidades de saúde (hospitais) referência, com proximidades (distâncias) entre os municípios, através dos seguintes: **a)** unificação de determinados serviços da atividade meio; **b)** unificação dos recursos humanos especializados, com destaque para os profissionais médicos de saúde; **c)** elaboração de protocolo assistencial unificado (cinturão assistencial); **d)** unificação de gestão administrativa unificada, se for o caso, das Unidades de Saúde 9) Os créditos apresentados pela FUVS/HCSL, no valor de R\$ 9.938.532,49, referentes à produção de 2010 a 2014, ainda não liquidados, deverão ser auditados

contabilmente, devendo, nesse caso, ser expedido ofício pelo CAOSAÚDE ao DENASUS/MG, solicitando-lhe os préstimos dessa diligência. **10)** Os créditos financeiros, a título de IAC retroativo de 2010 a 2012, reivindicados pelo FUVS/HCSL, indeferidos administrativamente pelo MS, conforme ofício GS/SAS nº 652, de 15 de maio de 2013 e Parecer Técnico nº 351/2013, serão objeto de discussão e, se for o caso, de Parecer Técnico Conjunto do CAOSAÚDE e DENASUS/MG, visando a reconsideração da r. decisão. **11)** A Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária provocará (ofício) a SES/MG para que verifique a possibilidade de doação dos 10 (dez) leitos de UTI para o HCSL, haja vista o período eleitoral, com sugestão de que seja solicitado Parecer Técnico Eleitoral junto ao CAEL – Coordenadoria de Apoio Eleitoral, dada a emergência da situação. **12)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que informe os gastos procedidos com os procedimentos de neurocirurgia vascular com implantação de stent em todo o estado de Minas Gerais, visando discussão de estratégia com o Ministério da Saúde para credenciamento dos prestadores tecnicamente viáveis para sua execução. **13)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG, em especial a Subsecretaria Estadual de Regulação, para que avalie a possibilidade de inserção de campo obrigatório no SUSFÁCIL, no sentido de se exigir o número do CRMMG do profissional médico atendente ou com recusa do acesso aos leitos (negativa de vaga). **14)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG e Ministério da Saúde para que prestem informações sobre o atraso no pagamento dos Serviços de Diálise aos seus prestadores credenciados. **15)** O município de Pouso Alegre deverá reavaliar sua posição, no sentido de sua participação, na forma de transferência voluntária (subvenção), para o fortalecimento financeiro assistencial do HCSL. **16)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que proceda estudos técnicos quanto ao teto MAC-MG, repassados pela União (MS), haja vista sua insuficiência para as áreas especializadas da cardiologia, neurocirurgia, oncologia, dentre outros. Há que se ressaltar o fato de que MG está muito aquém a outros estados da federação, embora possua maior população per capita; regiões com menor IDH e volume de credenciamentos. Esses dados serão repassados para o CAOSAÚDE para os fins de articulação entre o MPMG e o Ministério Público Federal. **17)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que proceda estudos técnicos necessários, inclusive com participação do COSEMS/MG e CES/MG, com repercussão em eventual Deliberação CIB/SUS-MG no tocante à assunção da responsabilidade financeira, juntamente com o Ministério da Saúde, dos exames de alto custo solicitados (estadiamento) pelos profissionais médicos oncológicos aos usuários do SUS, haja

vista a insuficiência dessas quotas pelos diversos municípios mineiros, com riscos para agravamento quadro clínico do paciente. **18)** O HCSL deverá prestar informações para a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária no tocante ao projeto estruturador de reforma e ampliação dos atuais 10 leitos UTI neonatal (05) e pediátrica (05) para 20 novos leitos, cujos valores já foram repassados pelo governo estadual, no valor de R\$ 1.993.268,20. **19)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG, em especial a Subsecretaria Estadual de Regulação, para que preste informações sobre a regularização do sistema de regulação, para os fins de visualização das AIH's reguladas que passam para o exercício mês seguinte. Alega o HCSL seu crédito específico dessas AIH's não processadas no valor superior a R\$ 500.000,00 (competência 2013). Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p><i>GILMAR DE ASSIS</i> <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p><i>DÉCIO MONTEIRO MORAES</i> <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Pouso Alegre/MG</p>
<p><i>MARCELO RUTTER SALLES</i> <i>Promotor de Justiça de Tutela de</i> <i>Fundações</i> Comarca de Pouso Alegre/MG</p>	<p><i>TIAGO LUCAS DA CUNHA SILVA</i> Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG</p>

<p>24. RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR Coordenador Estadual da Urgência e Emergência da SES/MG</p>	<p>MARIA LETICIA DUARTE CAMPOS Subsecretária Estadual de Regulação</p>
<p>25. 26. CLÁUDIO DE LIMA ALVES 27. Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial</p>	<p>KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA presidência da Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais</p>
<p>28. 29. LUIS AUGUSTO DE FARIA CARDOSO Secretário Municipal de Saúde de Pouso Alegre/MG</p>	<p>GILBERTO CARVALHO TEIXEIRA Superintendente Regional de Saúde de Pouso Alegre/MG</p>
<p>RAFAEL TADEU SIMÕES Presidente da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí - FUVS</p>	<p>SILVIA REGINA PEREIRA DA SILVA Diretora Executiva da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí - FUVS</p>
<p>NADIA MARIA DOS SANTOS PÁDUA COSEMS Regional e Secretária Municipal de Saúde de Borda da Mata/MG</p>	



ATA REUNIÃO - EXTRATO

LXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião de Três Pontas/MG

Aos dezenove dias do mês de julho do ano de dois mil e quatorze, no salão paroquial, com endereço na Rua Azarias de Brito Sobrinho, nº 61, centro, Três Pontas/MG, realizou-se a LXVII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania da Região Microrregional de Três Pontas, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para *discussão geral sobre os serviços existentes na microrregião de Três Pontas. Indicadores de Saúde da Atenção Básica. Vazios assistenciais regionais. Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares. Rede de Atenção Psicossocial. Garantia de acesso dos usuários aos leitos de urgência e emergência. Discussão sobre a política do “vaga zero”. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária.* Participaram da reunião um total de 24 (vinte e quatro) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Ausente justificadamente o promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Três Pontas, *Artur Forster Giovannini*. Presentes na reunião *Gilmar de Assis*, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; *Wagner Aparecido Rodrigues Dionísio*, promotor de Justiça da comarca de Três Pontas; *Estevan Sartoratto*, promotor de Justiça da comarca de Três Pontas; *Paulo Luis Rabello*, prefeito de Três Pontas; *Erik dos Reis Roberto*, vice-prefeito de Três Pontas; *Leiner Marchetti Pereira*, procurador-geral da prefeitura de Três Pontas; *Juliana Tiso Bernardo*, procuradoria do município de Três Pontas; *Hermógenes Vaneli*, secretário municipal de saúde de Três Pontas; ; *Brenda Vaneli*

Cardoso, secretária municipal de saúde de Ilicínea; Hideraldo Henrique Silva, secretário municipal de saúde de Boa Esperança; Agnaldo A. Silva, secretário municipal de saúde de Coqueiral; Cláudio de Lima Alves, coordenador de regulação da Macro Sul; Mabelle de Barros Leite Nogueira, superintendente regional de saúde de Varginha/MG; Maria de Lourdes O. Oliveira, superintendência regional de saúde de Varginha/MG; Mário Reis Oliveira, provedor da Santa Casa de Três Pontas; Alice Corrêa Brito, funcionária do Pronto Atendimento Municipal de Três Pontas; Hercules Ferraz Vilela, funcionário do Pronto Atendimento Municipal de Três Pontas; José Flávio Oliveira Dias, diretor clínico da Santa Casa de Três Pontas; Wolney Reis Figueiredo, administrador da Santa Casa de Três Pontas; Paulo Sérgio Diniz, coordenador da saúde de Coqueiral; Fernando Amaral de Queiroz, diretor técnico da Santa Casa de Três Pontas; Roger Alex Campos, assessoria de imprensa da prefeitura municipal de Três Pontas. (...) **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional de Três Pontas, democrática, solidária, integrada pela Superintendente Regional de Saúde de Varginha (coordenador), (e-mail:mabelle.nogueira@saude.mg.gov.br); Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Três Pontas (e-mail:arturfg@mpmg.mp.br) e da comarca de Boa Esperança (e-mail:apcassiano@mpmg.mp.br); Secretaria Municipal de Saúde de Três Pontas (e-mail:hvaneli@gmail.com), Boa Esperança (e-mail:sms.secretario@boaesperanca.mg.gov.br), Ilicínea (e-mail:saude@ilicinea.mg.gov.br), Santana da Vargem (e-mail:saude@santanadavargem.mg.gov.br) e Coqueiral (e-mail:saudex@coqueiral.mg.gov.br); Provedor, Diretor Clínico e Técnico da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis de Três Pontas (e-mail:marioreis-contador@hotmail.com; joseflaviodias@ig.com.br; fer.que@uol.com.br); Santa Casa de Misericórdia de Boa Esperança (e-mail:santacasa@veloxmail.com.br); Hospital São Vicente de Paulo do município de Ilicínea (e-mail:hospitalsvp@yahoo.com.br); COSEMS Regional (e-mail:saude@trespontas.mg.gov.br); Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (e-mail:federassantas@federassantas.org.br); Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial da Região Sul (e-mail:cr.alf@saude.mg.gov.br); Conselho Municipal de Saúde (e-mail:). 2) Essa Comissão poderá ser integrada, mediante convite, por outros órgãos do município e/ou da Microrregião, dependendo da natureza dos assuntos em

discussão/deliberação e da avaliação de sua Coordenadora. **3)** O CAOSAUDE providenciará convite para cada um dos órgãos não presentes na reunião, em especial para o promotor de Justiça da comarca de Boa Esperança, facultando-lhes sua adesão à estratégia; bem como oficiará o Conselho Estadual de Saúde para que faça indicação de representante do Colegiado Regional. **4)** O município de Três Pontas providenciará, no prazo de 03 (três) dias, a contar do recebimento da presente Ata, a indicação de servidor para atuação como secretário executivo dos trabalhos administrativos afetos à coordenação da supracitada Comissão. **5)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional poderão ser aproveitadas para o Mapa da Saúde e Planejamento Regional da Macro, após discutidas e eventualmente avaliadas/deliberadas pela instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal. **6)** A Superintendente Regional de Saúde de Varginha deverá proceder a designação da 1ª Reunião da Comissão de Trabalho, no prazo de 20 dias, após o recebimento da presente Ata. **7)** Dentre outros assuntos, deverá a Comissão Local de Trabalho de Mediação Sanitária discutir sobre os seguintes assuntos: **a)** fortalecimento da Atenção Básica em cada um dos municípios da microrregião, de modo que possam ser evitadas as crescentes internações por condições sensíveis à atenção primária. Todos eles deverão ser recomendados à adesão às linhas guia/protocolos/apoiadores da atual política desenvolvida pela SES/MG. Deverá induzir, ainda, à expansão da cobertura das já autorizadas equipes pelo Ministério da Saúde; **b)** visita técnica em cada um dos 03 (três) prestadores hospitalares da microrregião, de modo a proceder formal Diagnóstico Situacional, com levantamento dos principais indicadores de saúde, com vistas à proposta de identidade/vocação sanitária, no desenho da Rede Estadual, bem como em face dos vazios assistenciais, evitando-se a concorrência entre eles pelo tipo hospital geral, conforme proposta para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP). Poderão ser aproveitados eventuais estudos técnicos já disponíveis pela Superintendência Regional de Saúde de Varginha. Posteriormente, essas propostas poderão ser discutidas e submetidas à deliberação/validação na CIR e CIRA. Eventuais discordâncias por parte de algum município e/ou prestador no tocante às definições dadas, coletivamente, no referido Diagnóstico Situacional, deverão ser comunicadas ao Ministério Público local e ao CAOSAUDE para os fins de direito; **c)** Referido Diagnóstico Situacional deverá ser complementado com os demais indicadores/estudos técnicos relativos às demais Redes de Atenção à Saúde, como, por exemplo, Rede de Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial; **d)** Estratégias (estudos técnicos) que visem a criação

de um CAPSAd III Microrregional, nos termos da Resolução SES/MG nº 3.206, de 2011, com funcionamento nas 24 horas, em todos os dias da semana, para atendimento do grave vácuo assistencial na área da saúde mental, em especial para os usuários de álcool e drogas (emergência). Nessa lógica de organização, sem prejuízo do financiamento estadual e federal, deverá ser proporcionalmente financiado por todos os municípios, conforme permissivo do artigo 241 da Constituição Federal. O CAOSAÚDE coloca-se à disposição, se for o caso, para a articulação junto à Coordenação Estadual e Nacional da Atenção à Saúde Mental;

e) Estratégias (estudos técnicos) que visem o financiamento compartilhado pelos municípios da microrregião, de forma proporcional (per capita), ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Três Pontas, hoje amplamente utilizado pela população referenciada. Nesse sentido, dentre outras, proceder levantamento de seu custo real, bem como informações de seu custeio pelo setor federal e estadual;

f) Notificação dos 03 (três) prestadores privados, filantrópicos ou sem fins lucrativos na microrregião, visando a garantia da prestação de serviços SUS, na forma da Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, por TODO o corpo clínico, haja vista as características de ser prestador privado regulado, subsidiado por recursos públicos. Os casos não atendidos deverão ser comunicados ao Ministério Público local, para os fins de direito;

g) Adaptação/revisão dos atuais Estatutos dos prestadores privados, filantrópicos ou sem fins lucrativos, na forma recomendada pela atual Política Nacional de Atenção Hospitalar, de modo a afastar as interferências internas na qualificação da assistência, com definição clara dos papéis de cada ator. O CAOSAÚDE se coloca à disposição para elaboração da análise dessas regras, podendo lhe ser enviado pelo sistema virtual;

h) Exigir a atualização das informações em saúde, em especial do número real de leitos, no SCNES, a partir da relação dessas inconsistências constatadas pela SRS de Varginha;

i) discussão sobre estratégia de assunção da urgência e emergência, ambulatorial, pela Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas, de modo a permitir porta única, racionalização dos recursos humanos e orçamentários, com observância de regras mínimas, dentre outras, sobre responsabilidade sanitária, metas qualitativas, garantia de plantões presenciais, fluxos assistenciais e equilíbrio econômico financeiro. Nesse caso, haverá necessidade de aprovação de lei municipal local, para os fins de celebração do respectivo Contrato de Gestão Compartilhada. O instrumento de cooperação técnica e financeira pelos municípios nessa estratégia será o adotado pela SES/MG, inclusive, com exigência de aprovação do respectivo POA ou Contrato de Programa. O CAOSAÚDE se coloca

à disposição para apoio técnico no desenvolvimento da estratégia, conforme vários outros precedentes em Minas Gerais; **j)** Assegurar o cumprimento fiel das metas pactuadas (assumidas) pela Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas, habilitada como retaguarda hospitalar da Rede Estadual de Urgência e Emergência, exigindo-se dela a imediata recomposição dos plantões presenciais em cada uma das clínicas; **k)** Assegurar o fiel cumprimento da Taxa de Ocupação e Taxa de Referência, conforme pactuados, pelo prestador Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas, de modo a garantir a efetiva resolutividade dos procedimentos de média complexidade, de natureza eletiva ou de urgência/emergência microrregional, sob pena de real glosa no recebimento dos recursos financeiros; **l)** Elaboração de estudos técnicos que visem a indução dos prestadores hospitalares de Três Pontas e de Boa Esperança na lógica de 100% SUS. Hoje, o prestador de Boa Esperança possui 71 leitos, sendo 55 destinados para o SUS, portanto, com 77,46% dos leitos para o SUS; enquanto que o prestador de Três Pontas possui 99 leitos, à exceção dos 10 leitos UTI, tipo II, sendo 78 destinados ao SUS, portanto, com 78,7% dos leitos para o SUS. Registre-se que o prestador 100% SUS passa a receber, a título de IGH federal, um plus de 70% sobre toda a produção da média complexidade anual. **8)** O município de Três Pontas deverá exercer suas funções indelegáveis de controle, avaliação, regulação e auditoria em face do prestador hospitalar local. Nesse sentido, recomenda-se que a Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas possa disponibilizar uma sala na sua unidade, com recursos mínimos, para o exercício dessa avaliação *in loco* pelo Supervisor Hospitalar, conforme precedentes (uniformes) adotados com relação às demais regiões de Minas Gerais pela estratégia da Mediação Sanitária. **9)** O município providenciará, com urgência, para o prestador hospitalar local, na forma legal, aquisição do equipamento Arco Cirúrgico, quebrado desde o início de junho passado, com comprometimento assistencial para toda a população microrregional na área da ortopedia. Deverá, entretanto, ser ressarcido dessa compra pelo próprio prestador hospitalar quando do recebimento dos recursos (estadual) do PROHOSP. **10)** O CAOSAÚDE oficiará a SES/MG para que providencie informações/repasses dos recursos do PROHOSP vencidos e devidos ao prestador Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas. Fica registrado que a maioria dos procedimentos na área da ortopedia não demandam necessariamente a utilização do referido equipamento, daí que injustificado a negativa de acesso dos usuários da microrregião para esses serviços. **11)** O Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Região Sul deverá proceder levantamento de todos os procedimentos negados, na área da ortopedia, pelo

prestador Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas, no período de janeiro a julho de 2014, em especial daqueles que não demandariam a utilização do equipamento supracitado. **12)** O Diretor Clínico/Técnico do prestador Santa Casa de Misericórdia de Três Pontas deverá dar ciência dessa deliberação para todo o corpo clínico, em especial para os profissionais da clínica ortopedia, visando maior engajamento assistencial no cumprimento das metas (quantitativas e qualitativas) pactuadas em contrato. **13)** A Comissão de Trabalho deverá discutir com o prestador hospitalar a melhor solução para equacionamento das demandas em neurologia, uma vez que possui porte II na Rede Estadual de Urgência e Emergência. **14)** O CAOSAÚDE oficialará o presidente e o secretário-executivo do Consórcio Intermunicipal de Urgência e Emergência (Rede SAMU) para que preste informações sobre eventuais municípios em inadimplência com o rateio legal. Oficialará, ainda, para que o MPMG, a exemplo das demais Regiões de Minas Gerais, possa integrar o Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Região Macro Sul. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>ARTUR FORSTER GIOVANNINI <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Três Pontas/MG</p>
<p>WAGNER APARECIDO RODRIGUES DIONÍSIO <i>Promotor de Justiça</i> Comarca de Três Pontas/MG</p>	<p>ESTEVAN SARTORATTO <i>Promotor de Justiça</i> Comarca de Três Pontas/MG</p>
<p>PAULO LUIS RABELLO Prefeito do município de Três Pontas/MG</p>	<p>ERIK DOS REIS ROBERTO Vice-prefeito do município de Três Pontas/MG</p>
<p>HERMÓGENES VANELI Secretário Municipal de Saúde Três Pontas/MG</p>	<p>BRENDA VENELI CARDOSO Secretária Municipal de Saúde de Ilícinea/MG</p>

<p><i>HIDERALDO HENRIQUE DA SILVA</i> Secretário Municipal de Saúde Boa Esperança/MG</p>	<p><i>AGNALDO APARECIDO DA SILVA</i> Secretário Municipal de Saúde Coqueiral/MG</p>
<p><i>MABELLE DE BARROS LEITE NOGUEIRA</i> Superintendente Regional de Saúde de Varginha/MG</p>	<p><i>CLÁUDIO DE LIMA ALVES</i> Coordenador da Central de Regulação da Macro Sul</p>
<p><i>MÁRIO REIS OLIVEIRA</i> Provedor da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis Três Pontas/MG</p>	<p><i>JOSÉ FLÁVIO OLIVEIRA DIAS</i> Diretor Clínico da Santa Casa de Misericórdia Três Pontas/MG</p>
<p><i>FERNANDO AMARAL DE QUEIROZ</i> Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia Três Pontas/MG</p>	



ATA REUNIÃO - EXTRATO

LXVIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Almenara/MG

Aos vinte e três dias do mês de julho do ano de dois mil e quatorze, no auditório da sede das Promotorias de Justiça da comarca de Almenara, com endereço na Rua Dr. Sabino Silva, nº 58, centro, realizou-se a LXVIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania na Microrregião de Almenara, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para *discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de Almenara. Indicadores de Saúde da Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do acesso e de sua qualidade. Vazios assistenciais regionais. Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares. Garantia dos plantões médicos presenciais. Rede da Atenção Psicossocial. Garantia de acesso dos usuários aos leitos de Urgência e Emergência. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional.* Participaram da reunião total de 30 (trinta) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Fábio Roberto Machado, Promotor de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde, da comarca de Almenara; Manfredo Pereira de Souza, vice-prefeito do município de Almenara; Leandro Brito de Andrade, secretário municipal de saúde de Almenara; Oto Cristiano Roesberg Mendes, secretário adjunto do município de Almenara; Ivan Santana, superintendente regional de saúde de Teófilo Otoni; Djanira Borges Araújo, diretora da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul; José R. Corrêa, representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro Nordeste/Jequitinhonha – CISNORJE; João Carlos Corrêa, superintendente do Hospital Santa Rosália e representante da

Federassantas; Agnaldo de Souza Gomes, enfermeiro o hospital Deraldo Guimarães de Almenara; Viviane Gobira Guimarães, administradora do hospital Deraldo Guimarães de Almenara; Ubiratan Caires Ribeiro, secretário municipal de saúde de Rubim; Germano Lacerda Maier, secretário municipal de saúde de Mata Verde; Alencar Souto de Oliveira, representante da prefeitura municipal de Rubim; Célia Pereira de C. Ferraz, assessoria do TFD de Rubim; Larissa Sousa Roseno, estagiária em Rubim; Ciro A. Ribeiro, advogado da câmara municipal de Rubim; Carlos Eduardo Alves do Nascimento, rádio operador de Almenara; Marina Ferreira da Costa, secretária da gerência regional de saúde de Pedra Azul; Maiza Alves Dias, núcleo de atenção à saúde da SRS de Teófilo Otoni; Lúcia Maria de Assis, regulação da SRS de Teófilo Otoni; Luis Antônio Ribeiro, coordenador macrorregional da regulação assistencial da Macro Nordeste; Frederico Lúcio de Carvalho, secretário executivo do consórcio intermunicipal de saúde do Jequitinhonha Baixo – CISBAJAS; Manoel Pereira Santos, secretário municipal de Palmópolis; Silene Martins de Alcântara, diretora administrativa do Hospital Bom Pastor de Jacinto; Francisco de O. Carvalho, representando o Cosems Regional; Alesandro Santos, secretário municipal de saúde de Jacinto; João Bosco Alcântara Botelho, diretor administrativo do hospital São Miguel de Jequitinhonha. (...) **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** **1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Microrregião de Almenara, com atribuição regional, democrática, solidária, integrada pela Gerência Regional de Saúde (coordenador), Superintendente Regional de Saúde de Teófilo Otoni; Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde das comarcas de Almenara, Jacinto e Jequitinhonha; COSEMS Regional; Secretaria Municipal de Saúde de Almenara, Jequitinhonha, Jacinto e Mato Verde; Coordenador da Regulação Assistencial da Macrorregional Nordeste; Coordenador do CISNOJE – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede da Macro Nordeste/Jequitinhonha; Coordenador do CIS BAJAS – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Jequitinhonha Baixo; Conselho Municipal de Saúde; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Delegado Regional do CRMMG; Representante da Câmara de Vereadores do município de Almenara. **2)** Essa Comissão poderá ser integrada, mediante convite, por outros órgãos do município e/ou da Microrregião, dependendo da natureza dos assuntos em discussão/deliberação e da avaliação de sua Coordenadora. **3)** A Coordenadora da Comissão oficiará a Câmara Municipal e o Conselho Municipal de Saúde de Almenara para que procedam, querendo, a indicação de sua representação na referida Comissão. **4)** O Coordenador do CAOSAÚDE convidará

os promotores de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde, das comarcas de Jequitinhonha e Jacinto para, querendo, integração à Comissão de Trabalho. **5)** O município de Almenara providenciará, no prazo de 03 dias, a contar do recebimento da presente Ata, indicação de servidor para atuação como Secretário, à disposição da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, para a prática dos atos operacionais da Coordenação. **6)** As propostas elaboradas pela Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária poderão ser aproveitadas para o Mapa da Saúde e Planejamento Regional da Micro Nordeste, após discutidas e deliberadas pela instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal. **7)** Dentre outros assuntos, deverá a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária discutir sobre os seguintes assuntos: **A)** revisão/revalidação do atual instrumento de contrato de prestação de serviços médico-hospitalar, celebrado entre o Hospital Deraldo Guimarães (Almenara) e Hospital São Miguel (Jequitinhonha), entidades beneficentes sem fins lucrativos, sob gestão dupla, de modo a dar-lhe maior conformação às exigências da Política Nacional de Atenção Hospitalar, definidas na Portaria MS nº 3.390 e 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Nesse sentido, deverão ser observados, dentre outros, cláusulas que disponham sobre responsabilidade sanitária; qualificação dos serviços de controle e avaliação; taxa de ocupação; taxa de referência; garantia de plantões presenciais nas 04 (quatro) clínicas; obrigatoriedade de TODO o corpo clínico prestar serviços ao SUS; equilíbrio econômico financeiro; atualização das informações no SCNES; redução progressiva dos atendimentos classificados como “verdes” e “azuis” nas portas de entrada desses prestadores. **B)** Indução do prestador Hospital Deraldo Guimarães para a modalidade de 100% SUS, haja vista que dos atuais 76 leitos, cerca de 71 deles são destinados ao SUS, portanto, com mais de 93% de atendimentos SUS. Nessas condições, o valor dos recursos financeiros adicionais (IGH federal) passará para 70% de toda a produção da média complexidade produzida anualmente pelo referido prestador hospitalar. **C)** Indução do prestador Hospital São Miguel (Jequitinhonha) para a modalidade de 100% SUS, haja vista que dos atuais 83 leitos, cerca de 58 deles são destinados ao SUS, portanto, com mais de 69% de atendimentos SUS. Nessas condições, o valor dos recursos financeiros adicionais (IGH federal) passará para 70% de toda a produção da média complexidade produzida anualmente pelo referido prestador hospitalar. **8)** A Comissão de Trabalho elaborará estudos técnicos, de natureza informativa, com repercussão financeira, que visem a definição/fixação de profissionais de saúde, nível superior, da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito microrregional, com suficiência de 100% de cobertura em cada um dos

municípios, admitidos por concurso público/processo seletivo público simplificado, realizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, com piso e carreira estadual. Sugere-se como parâmetro financeiro inicial os valores pagos aos profissionais de saúde a título de PROVAB. **9)** A Comissão de Trabalho deverá revisar/revalidar o atual contrato de prestação de serviços, referente ao Pronto Atendimento Municipal (PAM), celebrado entre o município de Almenara e o prestador Hospital Deraldo Guimarães, cuja execução/gerenciamento encontra-se hoje afeta ao referido prestador. Nesse sentido, dentre outros, elaborar planilha de custos dos serviços, com garantia de plantões médicos presenciais. Posteriormente, em conjunto com o CAOSAÚDE, será discutida a possibilidade de seu financiamento pelos municípios adscritos, através do Protocolo de Cooperação Técnica e Financeira, na forma do artigo 241 da Constituição Federal, com observância do critério proporcional do rateio pela condição per capita populacional. **10)** A Comissão de Trabalho elaborará protocolo, com especial participação do Coordenador da Regulação Assistencial da Macrorregião Nordeste, que vise os atendimentos da média complexidade pelos referidos prestadores hospitalares, como, nos casos da ortopedia. Consta que somente no mês de julho/2014 o município de Teófilo Otoni recebeu 137 pacientes das microrregiões para procedimentos da média complexidade em ortopedia, sendo que destes 37 originados da microrregião de Almenara. Sugere-se que esse protocolo possa criar estratégia de responsabilização sanitária dos municípios que enviam seus usuários sem efetiva regulação pelo sistema. **11)** A Comissão de Trabalho oficiará os respectivos Fundos Municipais de Saúde que hoje contam com recebimento diretamente de recursos financeiros, repassados pelo FNS/FES, destinados ao pagamento de produção/incentivos dos respectivos prestadores hospitalares, para que, doravante, façam o correspondente repasse, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês, na forma da Portaria MS nº 2.617, de 1º de novembro de 2013. **12)** A Comissão de Trabalho deverá notificar cada uma das Secretarias Municipais de Saúde referências para que procedam o imediato recadastramento/atualização dos profissionais de saúde no SCNES, de modo a permitir sua conferência real nas respectivas Unidades de Saúde. **13)** A Comissão de Trabalho providenciará estudos técnicos (Diagnóstico Situacional) que visem a criação de serviços da obstetrícia neonatal na respectiva Microrregião ou no conjunto parcial das microrregiões, em especial no alto risco, haja vista a especificidade da condição desfavorável da geografia espacial (distâncias) até o município referência (Teófilo Otoni). Constatou-se um grande número desses

serviços, com transporte inadequado (ambulâncias brancas), por estradas com pavimentação irregular, com risco para as condições orgânicas cerebrais dos RN com intercorrências. Posteriormente esses estudos serão encaminhados para o nível central da SES/MG para os fins de direito. **14)** A Comissão de Trabalho providenciará estudos técnicos (Diagnóstico Situacional) em face dos principais vazios assistenciais na microrregião, como, exemplos procedimentos cateterismo e consultas especializadas. **15)** A Comissão de Trabalho recomendará cada um dos prefeitos e secretários municipais de saúde para que, doravante, participem ativamente das reuniões da CIR e CIRA, sob pena de comunicação a cada um dos Órgãos do Ministério Público. **16)** A Comissão de Trabalho elaborará estudos técnicos que visem o levantamento das necessidades coletivas de serviços diagnósticos microrregional. A título de exemplo, consta a existência de apenas 01 procedimento cateterismo/ano, 03 quotas tomografia/mês, 25 ultrassonografia/ano e 25 endoscopia/ano para o município de Mato Verde, cuja diferença (necessidade) tem sido suportada por recursos municipais. Consta que o Hospital Deraldo Guimarães possui apenas um equipamento de RX, sem aparelho tomografia. **17)** A Comissão de Trabalho deverá avaliar/revisar o atual Protocolo Operacional do Centro Viva Vida de Jequitinhonha, de modo a garantir, dentre outros, sua observância obrigatória, com triagem em cada um dos casos, pelos municípios. Referido protocolo deverá dispor sobre avaliação dos casos de gestação de alto risco pela referida unidade de saúde (Centro Viva Vida). **18)** O CAOSAÚDE oficiará o Secretário Estadual de Saúde para prestação de informações sobre eventual atraso nos repasses dos recursos financeiros da RUE – Rede de Urgência e Emergência Estadual, com sugestão de publicização de seu cronograma. **19)** O CAOSAÚDE oficiará a Secretaria Estadual de Saúde para prestação de informações sobre o projeto dos 10 leitos UTI adulto do prestador Hospital Deraldo Guimarães, já aprovado e publicado, de modo que possa haver, se for o caso, sua regularização e imediata disponibilidade para a população microrregional, dadas as necessidades em saúde. Consta que o prestador já recebeu a 1ª parcela, no valor de R\$ 380.000,00, no dia 31/12/2013. Solicitará, ainda, informações sobre a UTI neonatal e projeto da Rede Cegonha. **20)** O CAOSAÚDE oficiará a Controladoria Geral da União (CGU) para que remeta informações sobre cada um dos municípios mineiros que passaram por auditoria operacional ou procedimento congênere, cujo resultado recomendou a suspensão de recursos para a ESF pelo não cumprimento de carga horária por seus profissionais de saúde. **21)** O CAOSAÚDE oficiará a Secretaria Estadual de Saúde para prestação de informações sobre eventual atraso

no fornecimento de medicamentos para os municípios, alguns superiores a 06 meses. **22)** O CAOSAÚDE oficiará o Ministério da Saúde para prestação de informações sobre eventuais atrasos nos repasses do PAB variável para os municípios, conforme denunciado pela SMS de Mato Verde. **23)** O CAOSAÚDE oficiará a Secretaria Estadual de Saúde para prestação de informações sobre o fato de Hospital Santa Rosália, do município de Teófilo Otoni com funcionamento de 20 leitos UTI adulto, contudo, com apenas 16 deles credenciados, com prejuízos financeiros para o prestador. Possui unidade coronariana, com 06 leitos, contudo sem credenciamento. Solicitará, ainda, informações sobre o não repasse de recursos pela produção da hemodiálise pelo referido prestador desde maio passado. **24)** O CAOSAÚDE oficiará a Secretaria Estadual de Saúde para que justifique os atuais critérios de financiamento da Rede de Urgência e Emergência em face de microrregiões com número desigual de municípios adscritos, mas com valores iguais da parcela de R\$ 100.000,00 mensalmente. Nesse sentido, a microrregião de Almenara com 16 municípios, Itaobim com 05 municípios e Pedra Azul com 04 municípios. **25)** O CAOSAÚDE oficiará a Secretaria Estadual de Saúde para prestação de informações sobre o Protocolo para atendimentos de Gestante de Alto Risco, elaborado pela GRS Pedra Azul, encaminhado para validação pelos setores do nível central. **26)** O município de Almenara deverá fazer sua adesão ao PMAQ-AB, bem como à estratégia estadual das linhas guia/capacitação Atenção Básica, com comunicação dessas providências para a Comissão de Trabalho, sob as penas da lei. **27)** O prestador Hospital Deraldo Guimarães, habilitado na Rede de Urgência e Emergência da Região Macro Nordeste, deverá reabrir, **até o dia 1º de agosto** deste ano, os serviços de sua Clínica em Ortopedia, média complexidade, devendo recompor sua equipe de profissionais médicos de saúde, com escala de plantões presenciais, devendo comunicar essas providências para a Comissão de Trabalho. Faculta-lhe a contratação desses serviços por pessoa jurídica, cujas regras mínimas deverão estar descritas em prévio edital de chamamento, contendo, dentre outros, número mínimo de profissionais, garantia plantões presenciais, garantia pagamentos, metas quanti-qualitativas. **28)** Os prestadores Hospital Deraldo Guimarães (Almenara) e Hospital São Miguel (Jequitinhonha) deverão enviar para a Comissão de Trabalho, pelo sistema virtual, cópia de seus estatutos sociais, de modo que possa ser confrontado com as exigências da Política Nacional de Atenção Hospitalar e aos critérios do Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>FABIO ROBERTO MACHADO <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Almenara /MG</p>
<p>MANFREDO PEREIRA DE SOUZA Vice-prefeito de Almenara</p>	<p>LEANDRO BRITO DE ANDRADE Secretário Municipal de Saúde de Almenara</p>
<p>IVAN SANTANA Superintendente Regional de Saúde de Teófilo Otoni/MG</p>	<p>DJANIRA BORGES ARAÚJO Diretora da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul</p>
<p>JOSÉ R. CORRÊA representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro Nordeste/Jequitinhonha – CISNORJE</p>	<p>JOÃO CARLOS CORRÊA Superintendente do Hospital Santa Rosália e representante da Federassantas</p>
<p>VIVIANE GOBIRA GUIMARÃES Administradora do Hospital Deraldo Guimarães de Almenara/MG</p>	<p>UBIRATAN CAIRES RIBEIRO Secretário Municipal de Saúde de Rubim/MG</p>
<p>GERMANO LACERDA MAIER Secretário Municipal de Saúde de Mata Verde/MG</p>	<p>ALENCAR SOUTO DE OLIVEIRA Representante da Prefeitura Municipal de Rubim/MG</p>
<p>LUIS ANTÔNIO RIBEIRO Coordenador Macrorregional de Regulação Assistencial da Macro Nordeste</p>	<p>FREDERICO LÚCIO DE CARVALHO Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Jequitinhonha Baixo – CISBAJAS</p>
<p>MANOEL PEREIRA SANTOS Secretário Municipal de Palmópolis/MG</p>	<p>SILENE MARTINS DE ALCÂNTARA Diretora Administrativa do Hospital Bom Pastor de Jacinto/MG</p>
<p>FRANCISCO DE O. CARVALHO Representante do Cosems Regional</p>	<p>ALESANDRO SANTOS Secretário Municipal de Saúde de Jacinto/MG</p>
<p>JOÃO BOSCO ALCÂNTARA BOTELHO Diretor Administrativo do Hospital São</p>	

Miguel de Jequitinhonha/MG	
----------------------------	--



ATA REUNIÃO

LXIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Santo Antônio do Monte/MG

Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e quatorze, no auditório do Fórum Magalhães Pinto, com endereço na Praça Getúlio Vargas, s/nº, bairro Centro, Santo Antônio do Monte, realizou-se a LXIX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania do município de Santo Antônio do Monte, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para *discussão sobre os serviços de urgência e emergência, no âmbito ambulatorial, em especial em face da UPA. Indicadores de Saúde da Atenção Básica. Vazios assistenciais. Indicadores de produtividade e resolubilidade do prestador Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte. Custeio/financiamento dos serviços de saúde. Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária.* Participaram da reunião um total de 31 (trinta e uma) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Nádia Estela Ferreira Mateus, Promotora de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde, da comarca de Santo Antônio do Monte; Ubiratan Domingues, Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Região Macro Oeste; Kênia Carvalho, Superintendente Regional de Saúde da Região Macro Oeste; Alexandre Viana de Andrade, Referência Técnica do PROHOSP, representando o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG; Wilmar de Oliveira Filho, prefeito de Santo Antônio do Monte; Raquel Fátima Teixeira, secretária municipal de saúde de Santo Antônio do Monte; Gilberto Brasil de Sousa, Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte e representante do CRMMG; Leonardo Justino Martins, representante da Federação

das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (Federassantas); Geraldo M. A. Couto, provedor da Santa Casa de Formiga e membro da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Macro Oeste; Ismail Henrique Costa, Assessor de Comunicação da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte; Priscila R. Rabelo Lopes, coordenadora da atenção à saúde do município de Santo Antônio do Monte; José Maria Borges, Assessor Consultivo da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte para os assuntos de saúde; Fernando Brandão, Assessor da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte; Denize Aparecida Silva, Coordenadora de Gestão de Projetos da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte; Geraldo Magela Góis, Vereador Municipal de Santo Antônio do Monte; Américo Silvério da Silva, Vereador Municipal de Santo Antônio do Monte; Ildeu Guimarães Mendes, Assessoria Jurídica da Santa Casa de Santo Antônio do Monte; Flávio Cabral Fialho Pereira; Assessoria Jurídica da Santa Casa de Santo Antônio do Monte; Bruno Cunha Gontijo; Assessoria Jurídica da Santa Casa de Santo Antônio do Monte; Gabriel Henrique Dias, Administrador da Santa Casa de Misericórdia do município de Itapeçerica; Laelson de Lima, Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte; Maria de Lourdes Oliveira Araújo, Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte; Stephanie Ribeiro Beirigo, Agente Comunitária de saúde da SMS de Santo Antônio do Monte; Vítor Duarte Pereira, Agente Comunitário de Saúde da SMS de Santo Antônio do Monte; Camila Souza Mesquita, farmacêutica da SMS do município de Santo Antônio do Monte; Débora Rabelo Silva, Enfermeira da SMS do município de Santo Antônio do Monte; Luis Henrique Nascimento, médico da SMS do município de Santo Antônio do Monte; Teresa Regina Mendonça Gomes, médica pediatra da SMS do município de Santo Antônio do Monte; Renata Cristine de Oliveira, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte; David Maia D'Oliveira, Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis e representante do COSEMS Regional (...) **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos: 1)** Fica criada a Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária de Santo Antônio do Monte, com atribuições local, democrática, solidária, integrada pela Superintendente Regional de Saúde de Divinópolis (coordenador); Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Santo Antônio do Monte; Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Região Macro Oeste; Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte; Diretor/Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte; Provedor da Santa Casa de Formiga e membro da Comissão de

Trabalho de Mediação Sanitária da Região Macro Oeste; Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis e membro integrante da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Macro Oeste; COSEMS Regional; Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais; Coordenador Macrorregional da Regulação Assistencial; representante do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte; Representante da Câmara Municipal de Santo Antônio do Monte; José Maria Borges, Assessor Consultivo da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte para os assuntos de saúde. **2)** Essa Comissão poderá ser integrada, mediante convite, por outros órgãos do município e/ou da Microrregião, dependendo da natureza dos assuntos em discussão/deliberação e da avaliação de sua Coordenadora. Deverá ser oficiado a Câmara Municipal e o Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte para que procedam, querendo, a indicação de sua representação. **3)** O município de Santo Antônio do Monte providenciará, no prazo de 03 (três) dias, a indicação de servidor para atuação como Secretário, à disposição da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária, para a prática dos atos operacionais da Coordenação. **4)** O município de Santo Antônio do Monte, em especial sua Secretaria Municipal de Saúde, deverá dar ciência prévia à coordenação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária sobre a data da visita técnica programada do Ministério da Saúde (MS) nas obras do equipamento UPA em seu território, de modo a permitir a atuação conjunta dos membros dessa Comissão, dentre outras, no esclarecimento das dúvidas quanto ao projeto de execução, exigências da Vigilância Sanitária, qualificação, avaliação e credenciamento. **5)** As propostas elaboradas pela Comissão Local de Trabalho de Mediação Sanitária poderão ser aproveitadas para o Mapa da Saúde e Planejamento Regional da Micro de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, discutidas e deliberadas pela instância colegiada (CIR e CIRA), na forma legal. **6)** Dentre outros assuntos, deverá a Comissão Local de Trabalho de Mediação Sanitária discutir sobre os seguintes assuntos: **A)** avaliação do atual instrumento de contrato de prestação de serviços médico-hospitalar, celebrado entre a Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte, entidade beneficente sem fins lucrativos e a Secretaria Estadual de Saúde (SES), com a interveniência do município de Santo Antônio do Monte, de modo a dar-lhe, dentre outros, maior conformação às exigências de responsabilidade sanitária; qualificação dos serviços de controle e avaliação; taxa de ocupação; taxa de referência; garantia de plantões presenciais nas 04 (quatro) clínicas; obrigatoriedade de TODO o corpo clínico prestar serviços ao SUS, na forma da Política Nacional de Atenção Hospitalar;

equilíbrio econômico financeiro; atualização das informações no SCNES. **B)** Indução da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte para a modalidade de 100% SUS, haja vista que dos atuais 54 leitos, cerca de 45 deles são destinados ao SUS, portanto, com mais de 83% de atendimentos SUS. Nessas condições, o valor do IGH federal passará para 70% de toda a produção da média complexidade produzida anualmente pelo referido prestador hospitalar. **C)** Discussão da melhor definição de identidade/vocação sanitária do prestador local, levando-se em consideração as necessidades coletivas e os vazios assistenciais na Microrregião. **D)** Promoção de estudos técnicos, com definição/aprovação de fluxos assistenciais que permitam a maior taxa de ocupação pelo prestador local, dada sua potencialidade concreta de absorção dessas demandas microrregionais, de natureza eletiva ou de urgência/emergência. **E)** Discussão/aprovação de estudos técnicos que permitam o imediato retorno dos serviços da atenção de urgência e emergência, ambulatorial, atualmente na Fundação local, para a Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte, inclusive, para efeitos de adequada subvenção municipal. Fica ressalvado que a partir do funcionamento efetivo dos serviços de urgência e emergência, ambulatorial, da UPA local, poderá haver nova discussão sobre essa estratégia, inclusive para efeitos de aprovação de Contrato de Gestão, na modalidade de Gestão Compartilhada, observados, nesse caso, exigência de aprovação de lei municipal, cuja minuta de projeto de lei deverá ser encaminhada para referida Comissão de Trabalho. **F)** Indução para que o município de Santo Antônio do Monte, sede de microrregião, possa assumir sua condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), conforme exigência do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, permitindo-se, nesse caso, a instituição de regulação assistencial própria, inclusive para os fins de celebração de contrato de prestação de serviços médico-hospitalar diretamente com a Santa Casa de Misericórdia local. **G)** Elaboração de estudos técnicos que permitam a implantação de leitos UTI no referido prestador, bem como dos serviços de risco médio na atenção obstétrica, condicionados, contudo, ao cumprimento prévio efetivo dos atendimentos da média complexidade, bem como respostas às solicitações da Coordenação de Regulação Assistencial da Região Macro Oeste. **7)** No que se refere à garantia da prestação de serviços ao SUS, na forma da Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, por TODO o corpo clínico, haja vista as características de prestador privado regulado, subsidiado por recursos públicos, os casos não atendidos deverão ser comunicados ao Ministério Público local, para os fins de direito. **8)** A Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte

deverá, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar do recebimento da presente Ata, enviar cópia (virtual) de seus Estatutos para a Promotoria de Justiça local, que, se for o caso, solicitará apoio do CAOSAÚDE para apresentação de propostas de sua atualização e aprimoramento, na forma recomendada pela atual Política Nacional de Atenção Hospitalar. **9)** A Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte disponibilizará, sem ônus financeiro, adequada sala, com recursos, em sua unidade, de modo que possa haver a representação do município para efeitos de controle e avaliação dos serviços prestados, qualificando-se, assim, o trabalho in loco do Supervisor Hospitalar, responsável pela autorização das AIH's. **10)** O município de Santo Antônio do Monte deverá assumir o gerenciamento do equipamento UPA, assim que disponibilizado em definitivo pelo Ministério da Saúde. Nesse caso, a Comissão Local de Trabalho de Mediação Sanitária discutirá os custos financeiros da UPA (em aprovação), de modo que possam ser discutidas estratégias de seu financiamento pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e municípios em seu entorno que passarão a ser referenciados, conforme projeto de desenho sanitário da Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis. Fica ressalvado que no tocante aos municípios, sua participação financeira deverá obedecer obrigatoriamente o critério populacional, permitindo-se assim maior equidade entre eles. O instrumento de cooperação técnica e financeira pelos municípios nessa estratégia será o utilizado como regra uniforme pela SES/MG, inclusive, com exigência de aprovação do respectivo POA ou Contrato de Programa. **11)** Doravante, fica estabelecido que o município de Santo Antônio do Monte dará ciência de todos os importantes atos/desdobramentos na área da saúde ao Ministério Público local. **12)** O município e o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte deverão participar da 2ª Oficina de implantação da Rede de Urgência e Emergência da Região Macro Oeste, sob a coordenação da Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis, nos dias 18 e 19 de agosto do corrente ano. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p style="text-align: center;">NÁDIA ESTELA FERREIRA MATEUS <i>Promotora de Justiça de Defesa da Saúde</i> Santo Antônio do Monte/MG</p>
--	---

<p>UBIRATAN DOMINGUES <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde de Divinópolis</i> Coordenador Regional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da Região Macro Oeste</p>	<p>WILMAR DE OLIVEIRA FILHO <i>Prefeito Municipal de Santo Antônio do Monte/MG</i></p>
<p>30. KÊNIA SILVEIRA CARVALHO <i>Superintendente Regional de Saúde da Macro Oeste</i></p>	<p>ALEXANDRE VIANA DE ANDRADE <i>Referência Técnica do PROHOSP da SES/MG e representando o Subsecretário Estadual de Políticas e Ações de Saúde</i></p>
<p>RAQUEL FÁTIMA TEIXEIRA Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte /MG</p>	<p>PRISCILA R. RABELO LOPES Coordenadora de Atenção à Saúde do Município de Santo Antônio do Monte/MG</p>
<p>GILBERTO BRASIL DE SOUSA Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte e representante regional do CRMMG</p>	<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS Representante da Federação das Santas Casas e Entidade Filantrópicas de Minas Gerais - FEDERASSANTAS</p>
<p>GERALDO M.A.COUTO Provedor da Santa Casa de Misericórdia do município de Formiga/MG e membro da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Macro Oeste.</p>	<p>GERALDO MAGELA GÓIS Vereador Municipal de Santo Antônio do Monte/MG</p>
<p>AMÉRICO LIBÉRIO DA SILVA Vereador Municipal de Santo Antônio do Monte/MG</p>	<p>DAVID MAIA D'OLIVEIRA Secretário Municipal de Saúde de Divinópolis; membro da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária da Região Macro Oeste e Representante do COSEMS Regional</p>
<p>JOSÉ MARIA BORGES Consultor do município de Santo Antônio do Monte para assuntos em saúde</p>	<p>RENATA CRISTINE DE OLIVEIRA Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte</p>
<p>ILDEU GUIMARÃES MENDES Assessoria Jurídica da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte</p>	<p>FLAVIO CABRAL FIALHO PEREIRA Assessoria Jurídica da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte</p>
<p>BRUNO CUNHA GONTIJO Assessoria Jurídica da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte</p>	<p>FERNANDO BRANDÃO Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Monte</p>



ATA REUNIÃO

LXXIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania

31. Hospital Paulo de Tarso

Aos quinze dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze, na Sala de Reuniões do Ministério Público de Minas Gerais, com endereço na Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho, Capital, realizou-se a LXXIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para definição das providências a serem adotadas junto ao Hospital Paulo de Tarso. Participaram da reunião um total de 04 (quatro) pessoas, dentre representantes do Hospital Paulo de Tarso e da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Capital. Presentes na reunião Gilmar de Assis, Promotor de Justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Nélio Costa Dutra Jr., Promotor de Justiça da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG, Kátia R. Oliveira Rocha e Carlos Eduardo dos Santos Costa, Hospital Paulo de Tarso. QUE a reunião foi aberta pelo Dr. Gilmar, Coordenador do CAOSAÚDE. QUE deu ciência ao representante do Hospital Paulo de Tarso, Carlos Eduardo, o motivo do seu comparecimento no CAOSAÚDE. QUE o informou sobre as eventuais providências a serem tomadas, para fins de esclarecimentos da real situação do Hospital. QUE esclareceu sobre o processo de venda do imóvel, sito em _____. QUE dada à palavra ao Promotor de Justiça, Dr. Nélio Costa Dutra Jr., leu e explicou sobre o que reza o contrato de doação do referido imóvel, no tocante ao destino do valor da venda do mesmo. QUE informou sobre o déficit financeiro da Secretaria Municipal de Saúde em face do Hospital. QUE dada à palavra ao representante do Hospital Paulo de Tarso, Carlos Eduardo dos Santos Costa, esclareceu sobre as acusações que lhe estão sendo

imputadas por parte de familiares em relação a sua administração junto ao Hospital. QUE o Hospital é um bem familiar. QUE acredita que as acusações advêm em razão das pessoas não terem ciência do déficit financeiro do Hospital. QUE, a fim de evitar maiores conseqüências, realizou empréstimos bancários. QUE apontou as mudanças que efetuou no Hospital, inclusive, em relação ao estacionamento do mesmo. QUE informou, ainda, que se encontra com dificuldades financeiras e que dará início ao processo referente à remuneração do cargo que está exercendo no Hospital. QUE entregou cópia de documentos. QUE dada a palavra a Kátia R. Oliveira Rocha, representante do Hospital Paulo de Tarso, ratificou as informações do Senhor Carlos Eduardo. QUE acredita que é um equívoco as acusações que estão sendo imputadas ao Senhor Carlos Eduardo. QUE dará início ao processo referente à remuneração do cargo ocupado pelo Senhor Carlos Eduardo. QUE *fica deliberado que o CAOSAÚDE solicitará realização de perícia no Hospital Paulo de Tarso; atualização do estatuto hospitalar; que seja instituído um valor atinente a remuneração do cargo que o Senhor Carlos Eduardo vem exercendo; o Senhor Carlos Eduardo se atente ao regramento referente ao imóvel, sito no _____.*

Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça</i> Coordenador do CAO-SAÚDE</p>	<p style="text-align: center;">NÉLIO COSTA DUTRA JR. <i>Promotor de Justiça</i> 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – Belo Horizonte/MG</p>
<p style="text-align: center;">CARLOS EDUARDO DOS SANTOS COSTA Presidente Hospital Paulo de Tarso</p>	<p style="text-align: center;">KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Advogada Hospital Paulo de Tarso</p>



ATA REUNIÃO

79ª Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Município de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu Desdobramento

Aos sete dias do mês de junho do ano de dois mil e dezessete, na sala de reuniões da Procuradoria Geral de Justiça, com endereço na Rua Dias Adorno, nº 367, 6º andar, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG, realizou-se a reunião de desdobramento da 79ª reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, para os fins de discussão das tratativas envolvendo a Prefeitura Municipal de Oliveira e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu, entidade privada sem fins lucrativos, CNPJ nº 22.986.442/0001-91, inscrito no CNES Nº 2144298 com endereço na Praça Dona Manoelita Chagas, 191, centro, Oliveira/MG, em especial do 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão dos serviços de urgência e emergência da atenção ambulatorial, denominado PAM – Pronto Atendimento Municipal. Presentes na reunião **Gilmar de Assis**, promotor de justiça, Coordenador do CAUSAUDE; **Tadahiro Tsubouch**, assessor jurídico da Prefeitura Municipal de Oliveira; **Lucas Lasmar Resende**, Secretário Municipal de Saúde de Oliveira, **Paulo Maia** coordenador de políticas da Secretaria Municipal de Saúde de Oliveira e **Ramon A. Gonçalves**, Administrador do Hospital São Judas

Tadeu. Ausentes justificadamente a Prefeita Municipal de Oliveira Cristine Lasmar, a presidente da Federassantas Kátia Regina de Oliveira Rocha, o Auditor Chefe do DENASUS João Batista da Silva e a promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Oliveira Josiane Moreira Soares Malaquias. A reunião foi aberta pelo coordenador do CAOSAUDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis que informou ter sido essa reunião solicitada pela Prefeitura Municipal de Oliveira; **QUE** a participação do Ministério Público se deve tão somente pelo fato de o referido prestador Hospital São Judas Tadeu encontrar-se sob intervenção judicial, promovida nos autos da Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público; **QUE** a administração do referido prestador foi indicada pelo Ministério Público; **QUE** o Hospital São Judas Tadeu, por força da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.218, de 21 de outubro de 2015 que altera o Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 916, de 21 de setembro de 2011 e a Resolução SES-MG nº 4.976, de 21 de outubro de 2015 que altera a Resolução SES-MG nº 2.946, de 21 de setembro de 2011, está habilitado como prestador na Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Macrorregião Oeste, da Rede de Urgência e Emergência, como Hospital Geral de Urgências Nível II e Hospital Geral de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I, percebendo o incentivo financeiro, mensal, respectivamente, de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) e R\$ 100.000,00 (cem mil reais), originado do Fundo Estadual de Saúde; **QUE** o Ministério Público promoveu, no dia 1º de junho de 2017, na sala de reuniões da ACINOL, no município de Oliveira, com a presença de promotores de Justiça, secretários e prefeitos municipais da Região de Saúde de Campo Belo/Santo Antônio do Amparo, a 103ª Reunião de Mediação Sanitária, para os fins de apresentação e discussão da *Estratégia Estadual de fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com definição de responsabilidades sanitárias, por meio do cofinanciamento tripartite do*

Componente Hospitalar da Rede de Resposta Hospitalar de Urgência e Emergência, da Região de Saúde (RS) de Campo Belo/Santo Antônio do Amparo; QUE essa estratégia, fomentada por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) visa, dentre outros, o fortalecimento da Retaguarda Hospitalar de Urgência e Emergência, a partir do nível II, para os fins da integralidade dos 06 (seis) eixos da Rede de Urgência e Emergência (RUE), assim definidos pela Resolução SES-MG nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010; **QUE** pretende-se o cofinanciamento tripartite de cada um dos prestadores hospitalares da Rede de Resposta Hospitalar de Urgência e Emergência, a partir do nível II, das 77 (setenta e sete) Regiões de Saúde; **QUE** a Região de Saúde de Campo Belo/Santo Antônio do Amparo possui uma população de 204.587 (PDR/IBGE/TCEU 2015), integrada pelos municípios de Oliveira, Campo Belo, Aguanil, Camacho, Cana Verde, Candeias, Carmo da Mata, Carmópolis de Minas, Cristais, Passa Tempo, Santana do Jacaré, Santo Antônio do Amparo e São Francisco de Paula; **QUE** todas essas normas da literatura SUS impõem, como responsabilidade sanitária para o prestador hospitalar, nível II, da Rede de Resposta Hospitalar de Urgência e Emergência, os seguintes requisitos obrigatórios: a) *referência microrregional populacional acima de 200.000 habitantes; b) plantão presencial 24 horas: Médico generalista, pediatra, cirurgia geral*, traumatoortopedista, gineco-obstetra (quando for referência para Maternidade), anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem; c) plantão médico alcançável das especialidades: neurologista, ainda que por telemedicina de um Hospital Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I da região; d) Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, bloco cirúrgico disponível para o Pronto-Socorro e*

Terapia Intensiva Geral. * *Os casos de suspeita de lesão vascular deverão ser assumidos pelo cirurgião geral; QUE* a população de Oliveira e região legitimaram a estratégia do protocolo assistencial integrado, por meio do referido Contrato de Gestão, dos serviços de urgência e emergência ambulatorial (PAM) e a retaguarda hospitalar de urgência e emergência, garantindo-se melhor acesso da população às ações e serviços de saúde; **QUE** o município de Oliveira possui com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu comodato do terreno onde foi construído o prédio do PAM, para exploração dos serviços de urgência e emergência ambulatorial; **QUE** ao final do comodato, conforme cláusula expressa, os bens imóveis construídos no lote de terreno pertencente à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu integrarão o patrimônio da entidade; **QUE** os indicadores de saúde, apurados pela Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis, de acesso público, demonstram o acerto da estratégia, apontando o Hospital São Judas Tadeu como um dos melhores, quanto às metas físicas e de qualidade (produção assistencial) da Região Ampliada de Saúde Oeste, com 54 (cinquenta e quatro) municípios; **QUE** a Resolução SES-MG nº 5.638, de 06 de março de 2017 autoriza a transferência dos recursos referentes ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC), destinados aos prestadores sob gestão estadual, dispostos na Portaria MS/GM nº 1.033, de 12 de maio de 2016 e Portaria MS/GM nº 2.350, de 11 de novembro de 2016; **QUE** essa resolução autorizou a transferência de recursos financeiros aos prestadores hospitalares sob gestão estadual de Minas Gerais, decorrentes de Emendas Parlamentares, por conta da dotação orçamentária nº 4291.10.302.183.4492.0001-339039-22.1, no valor de R\$ 7.073.097,00 (sete milhões, setenta e três mil e noventa e sete reais), devendo esses recursos ser aplicados no custeio das ações de média e alta complexidade de cada

estabelecimento (artigo 2º); **QUE**, nesse sentido, não houve vinculação desses recursos a algum objeto específico, de modo a exigir a execução de um plano de trabalho; **QUE** o Hospital São Judas Tadeu, conforme anexo único, dessa resolução foi contemplado com o valor de R\$ 832.290,00 (oitocentos e trinta e dois mil, duzentos e noventa reais); **QUE** os prestadores hospitalares beneficiados deverão prestar contas da aplicação desses recursos financeiros para o Ministério da Saúde (MS), conforme expressa disposição do artigo 3º dessa Resolução SES-MG nº 5.638, de 06 de março de 2017; **QUE** o Departamento Nacional de Auditoria do SUS em Minas Gerais, em bem elaborado Parecer, também se posicionou pela efetiva prestação de contas desses recursos financeiros pelo prestador Hospital São Judas Tadeu; **QUE** eventual redução financeira do Contrato de Gestão necessariamente implicará também na redução da assistência, colocando em fundado risco a atenção especializada ambulatorial; **QUE** o Ministério Público não recomenda a redução financeira do valor nominal do atual Contrato de Gestão por implicar em ofensa ao princípio da vedação ao retrocesso. **Em seguida, dada a palavra ao município de Oliveira**, foi dito que a prefeitura municipal de Oliveira passa por restrições financeiras, não sendo possível a renovação do Contrato de Gestão, celebrado entre ela e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu, nos moldes dos atuais valores financeiros; **QUE** o valor atual do Contrato de Gestão é de R\$485.432,36 (Quatrocentos e oitenta e cinco mil, quatrocentos e trinta e dois reais e trinta e seis centavos); **QUE** o município reconhece os indicadores de produção assistencial do Hospital São Judas Tadeu, não tendo dúvidas do acerto da estratégia do protocolo assistencial integrado, por meio do Contrato de Gestão, permitindo-se o comando único dos serviços de urgência e emergência ambulatorial (PAM) e a retaguarda hospitalar; **QUE** há necessidade de sua renovação com maior celeridade, haja vista que terá seu termo no

dia 12 de junho de 2017; **QUE** o município faz proposta de sua redução no valor nominal para R\$385.432,36 (trezentos e oitenta e cinco mil, quatrocentos e trinta e dois reais e trinta e seis centavos); **QUE** o município tem ciência de que não havendo a renovação do Contrato de Gestão com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira, terá que assumir pessoalmente sua execução, advertido das consequências obrigatórias do Direito Administrativo Constitucional; **QUE**, também, o município quer abater, do valor do Contrato de Gestão, os recursos advindos por emendas parlamentares, de origem federal ou estadual, com destinação ao Hospital São Judas Tadeu; **QUE** reconhece pendência de pagamentos em aberto, decorrente do Contrato de Gestão, com o Hospital São Judas Tadeus, dos meses de dezembro/2016 e março de 2017, totalizando o valor de R\$ R\$970.864,72 (Novecentos e setenta mil oitocentos e sessenta e quatro reais e setenta e dois centavos); **QUE** o município não possui esse recurso para pagamento do atrasado, daí a necessidade da redução do valor nominal do Contrato de Gestão (PAM) e do abatimento dos recursos aportados no Hospital São Judas Tadeu, de emendas parlamentares, originadas do empenho pessoal do município com parlamentares, da área federal ou estadual; **QUE** o município vem realizando tratativas junto ao Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) e ao Ministério Público visando a convolação dos recursos de construção para os de reforma de uma UPA no município de Oliveira, com cofinanciamento tripartite; **QUE** essa estratégia incrementará maior aporte financeiro para os serviços de urgência e emergência ambulatorial, contudo com menor participação financeira do município, aos atuais patamares com o Contrato de Gestão. **Dada a palavra ao Assessor Jurídico da Prefeitura Municipal de Oliveira Tadahiro Tsubouchi** foi dito que concordava com o posicionamento do Ministério Público no tocante ao fato de que, havendo redução nominal do valor do Contrato de Gestão, deverá obrigatoriamente ser descrito a

redução da assistência, de modo a haver compatibilidade das cláusulas entre o financeiro e a assistência; **QUE** não recomenda a redução do valor nominal do Contrato de Gestão, entendendo que alternativas outras podem ser buscadas, em instrumentos jurídicos a serem celebrados, de modo a contemplar, se for o caso, essa despesa pública suportada pelo município de Oliveira; **QUE** há necessidade de renovação desse Contrato de Gestão; **QUE** não há dúvidas do acerto do protocolo assistencial integrado dos serviços do PAM (Contrato de Gestão) e a retaguarda Hospitalar; **QUE** possui posicionamento de que os recursos financeiros, originados de emendas parlamentares, devem ser aplicados de acordo com a destinação programática, bem como efetiva prestação de contas de seus beneficiários; **QUE** os recursos financeiros, originados de emendas parlamentares, como a da Resolução SES/MG nº 5.638, de 06 e março de 2017, possuem fonte programática diversa daqueles derivados do Contrato de Gestão; **QUE** a busca pelo consenso será mesmo a melhor alternativa, uma vez que reconhece as dificuldades financeiras por que passa o município de Oliveira, decorrente da situação fiscal estadual e federal. **Dada a palavra para o Administrador do Hospital São Judas Tadeu, Ramon A. Gonçalves** foi dito acerca de sua indicação para administração do Hospital São Judas Tadeu pelo Ministério Público, decorrente da ação civil pública de intervenção administrativa; **QUE** não possui legitimação para determinadas tomadas de decisão, sem a efetiva participação do Diretor Técnico, Diretor Clínico, Assessoria Jurídica ou do Ministério Público, conforme o caso; **QUE** não concorda que o valor nominal do atual Contrato de Gestão esteja em desacordo com os custos da assistência; **QUE** desde que o Hospital São Judas Tadeu assumiu os serviços especializados de urgência e emergência ambulatorial (PAM), com protocolo assistencial integrado e comando único, os serviços saltaram para sua qualidade, conforme indicadores que podem ser consultados; **QUE** essa estratégia trouxe enormes benefícios para a

retaguarda hospitalar, de modo que passou a cumprir rigorosamente os requisitos de hospital geral nível II e nível I (Acidente Vascular Cerebral) da Rede de Urgência e Emergência; **QUE**, dentre outras, pode citar as seguintes melhorias reconhecidas pelo Sistema de Saúde: 1) reforma e ampliação da clínica médica; 2) compra de aparelho de videolaparoscopia; 3) reforma do telhado; 4) instalação do sistema de aquecimento solar; 5) instalação do equipamento de tomografia computadorizada; 6) compra do aparelho de ultrassonografia; 7) referência para os procedimentos de neurocirurgia; 8) instalação de cabine elétrica e novo transformador de energia; 9) cinco mil internações; 10) três mil cirurgias; 11) moderno centro de imagens (tomografia, Raio X digital, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia; 12) construção da nova Central de Material Esterilizado (CME); 13) Sistema de Gerenciamento Hospitalar; 14) pintura externa do prédio **QUE**, no tocante aos recursos humanos para o PAM pode citar os seguintes: Três médicos horizontais/coordenadores, Dois Médicos de Clínica Geral, Três enfermeiros, Sete Técnicos de Enfermagem, Um Fisioterapeuta, Uma Fonoaudióloga, Dois recepcionistas, Um porteiro por plantão de 12 horas; **QUE** são os seguintes desafios estruturadores da atual administração hospitalar: 1) habilitação na alta complexidade em neurocirurgia; 2) reforma e ampliação do bloco cirúrgico; 3) 10 novos leitos de CTI; 4) 20 novos leitos de clínica médica; 5) crescimento de 40% do número atual de cirurgias; 6) criação do plantão médico presencial de urologia; 7) criação do plantão médico presencial de cirurgia vascular;; 8) reforma e ampliação do pronto atendimento de convênios; 9) ampliação de 03 novos leitos (sala vermelha) de urgência do PAM; 10) 10 novos respiradores pulmonares; 11) criação de ouvidoria/portal para escuta das reclamações, elogios, críticas da população; **QUE** atualmente é a seguinte produção assistencial do PAM: 4.000 consultas mensais; 170 internações; 80 atendimentos em sala vermelha; 120 tomografias; 600 raio X digital;

80 ultrassonografias; **QUE** são oferecidos os seguintes serviços gratuitamente, sem contabilização na produção SUS, ao município de Oliveira: 100 tomografias; 08 endoscopias; 04 colonoscopias; **QUE** não concorda com a proposta do abatimento dos recursos financeiros devidos ao Contrato de Gestão (PAM) com aqueles derivados dos recursos financeiros, de emendas parlamentares, uma vez que possuem objeto e fontes diferentes; **QUE** há necessidade de o município realizar os pagamentos dos meses de dezembro/2016 e março/2017 do Contrato de Gestão; **QUE** há necessidade de cessão da parte superior do PAM para o Hospital São Judas Tadeu, conforme vem sendo discutido, para cumprimento das exigências do Ministério da Saúde (MS), em face do PAR – Plano de Ação Regional; **QUE** o Hospital São Judas Tadeu precisa vencer a barreira dos 100 (cem) leitos, com criação de mais 10 (dez) leitos UTI adulto, em razão da sua habilitação no nível I do Acidente Vascular Cerebral; **QUE** conforme relatório assistencial do Ministério da Saúde (MS), confirmado pela Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis, o Hospital São Judas Tadeu foi o maior produtor assistencial de procedimentos em neurocirurgia (alta complexidade) para a Região Ampliada de Saúde de Divinópolis, no ano de 2016; **QUE** atualmente, devido ao comando único dos atendimentos ambulatoriais de urgência e emergência (PAM) e a retaguarda hospitalar de urgência e emergência, com coordenação única de urgência e emergência, os procedimentos são rapidamente absorvidos pela unidade hospitalar, a partir do cadastramento no SUSFACIL; **QUE** teme pela saúde da população no caso de rompimento da estratégia do Contrato de Gestão, uma vez que nesse caso não mais haverá o protocolo assistencial integrado, expondo à saúde da população à fila da urgência e emergência regional do SUSFACIL; **QUE** o município de Oliveira tem uma perda mensal de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), com recursos de origem federal, repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, pelo fato

de não possuir Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM; **QUE** no caso de sua habilitação na GPSM os recursos de origem federal, sem glosas, da produção hospitalar serão repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; **QUE** há Deliberação CIB SUS-MG com incentivo financeiro para os municípios que desejarem essa migração para a Gestão Plena do Sistema Municipal; **QUE** não é verdade que os municípios com Gestão Plena do Sistema Municipal possuem responsabilidades financeiras para os serviços de média e alta complexidade; **QUE** não concorda com o abatimento dos recursos de emendas parlamentares, de origem federal ou estadual, com os dos valores devidos pelo município por força do Contrato de Gestão, mas que não se oporá caso venha a ser esse o entendimento do sistema, com a aprovação pelo Ministério Público; **QUE** na prática essa estratégia não representará qualquer ganho de assistência médico-hospitalar, bem como revelará precedente solitário com relação aos demais prestadores hospitalares beneficiados com a Resolução SES-MG nº 5.638, de 06 de março de 2017. . **Em seguida, discutidos os fatos, sua repercussão jurídica-social e assistencial, deliberou-se pelos seguintes, pendentes de homologação pelos órgãos ausentes:** **1)** *O valor do atual Contrato de Gestão, celebrado entre o município de Oliveira e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Oliveira/Hospital São Judas Tadeu não deverá sofrer redução, devendo ser imediatamente renovado, na forma do direito administrativo constitucional, por meio de um aditivo, dentro da competência mês junho/2017, com publicação no Diário Oficial;* **2)** *Dada a urgência da medida, o prazo desse aditivo, retroativo a 12/06/2017, deverá ser, no mínimo, de 60 (sessenta) dias, período no qual se discutirá efetiva busca de outras fontes de custeio para permitir o pretendido abatimento de despesas pelo município, em face de sua crise fiscal;* **3)** *Com a renovação do Contrato de Gestão, assegura-se a não redução da assistência, com*

garantia da vigência do protocolo assistencial integrado, com comando único, com o gerenciamento do PAM pelo Hospital São Judas Tadeu; 4) A Administração do Hospital São Judas Tadeu providenciará a inclusão de mais 01 (um) profissional médico de porta, nos serviços afetos ao PAM – Pronto Atendimento Municipal, visando dar maior celeridade aos atendimentos de urgência e emergência, assim classificados pelo protocolo de Manchester, passando de 02 (dois) para 03 (três), sem prejuízo do plantão médico presencial de retaguarda hospitalar de urgência e emergência; 5) O município cuidará pela efetivação qualitativa de sua política da atenção básica, inclusive pela resolução dos procedimentos de urgência e emergência, afetos à responsabilidade (elenco) dessa política, evitando-se o congestionamento desnecessário da porta especializada ambulatorial de urgência e emergência (PAM). Sugere-se a criação de um protocolo assistencial que permita a contrarreferência do serviço pelo Hospital São Judas Tadeu para a Secretaria Municipal de Saúde; 6) O município de Oliveira, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital São Judas Tadeu promoverão discussões técnicas que visem a implementação do prontuário eletrônico integrado entre a atenção básica até a retaguarda médico-hospitalar; 7) No referido aditamento do Contrato de Gestão, o Hospital São Judas Tadeu dará quitação ao município de Oliveira, de seu débito referente à parcela do Contrato de Gestão, mês de março/2017, em face do recebimento dos recursos financeiros de emenda parlamentar, previstos na Resolução SES-MG nº 5.638, de 06 de março de 2017, não havendo, nesse aspecto, qualquer empecilho jurídico, uma vez que esses recursos foram destinados ao incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) destinados aos prestadores sob gestão estadual; bem como ao fato de que, conforme artigo 2º daquela resolução, não houve vinculação a

algum objeto específico, de modo a exigir um plano de trabalho; 8) Será solicitado ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS de Minas Gerais parecer acerca da possibilidade dessa compensação, limitada aos recursos do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) e condicionados à prestação de contas e efetiva transparência; 9) O município deverá efetuar o pagamento da parcela do contrato de gestão, relativa ao mês de dezembro de 2016, até o dia 20/12/2017, de modo a evitar a ação de cobrança de dívida, com a soma monetariamente corrigida do principal, dos juros de mora vencidos e de outras penalidades, até a data da propositura da ação, na forma do artigo 292, inciso I, do Código de Processo Civil, ficando, desde já, notificado, por meio da presente ata, da possibilidade dessa providência judicial, com suas repercussões jurídicas, no caso de seu inadimplemento; 10) O município fica desde já autorizado, em caráter excepcional, enquanto persistir a situação de sua grave crise fiscal, quanto à compensação da despesa pública do município, relativa ao Contrato de Gestão, celebrado com o Hospital São Judas Tadeu, com os recursos financeiros de custeio de emendas parlamentares, de origem federal ou estadual, sem vinculação específica e exigência de plano de trabalho, desde que expressamente considerados como incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) e a partir de seu efetivo depósito na conta hospitalar; 11) Nos casos de recursos financeiros, de custeio, originados de emendas parlamentares, de origem federal ou estadual, para incremento temporário do Limite Financeiro da Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC), cujo regramento exigir destinação (objeto) específico, dentro da unidade hospitalar, com exigência de execução de plano de trabalho, essa compensação é vedada por lei; 12) Não poderá haver qualquer outra forma de compensação que não seja originada de recursos de

emendas parlamentares, federal ou estadual, do teto MAC, com vinculação específica (objeto) e com exigência de plano de trabalho, assim como de programas específicos, tais como PROHOSP; 13) Por não representar ganho de valor nominal para a assistência médico-hospitalar, nos casos em que ocorrer essa compensação, deverão ser observadas, no que couber, as normas previstas na Lei federal nº 9.452, de 20 de março de 1997; Decreto nº 6.170, de 25 de junho de 2007 e Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016; 14) O Hospital São Judas Tadeu, quando dessas ocorrências de compensação, descritas no item 7 e 10, deverá dar ciência ao Ministério Público e à Câmara Municipal de Vereadores, por determinação da Lei federal nº 9.452, de 20 de março de 1997 e do artigo 7º, inciso XI da Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016; 15) A faculdade prevista no item 7 e 10, devido ao seu caráter excepcional, deverá ser reavaliada a cada 06 (seis) meses, submetendo-se integralmente à Lei federal nº 9.504, de 30 de setembro de 1997 no ano eleitoral; 16) O município de Oliveira deverá envidar esforços para a assunção da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, por representar melhor oferta de aportes financeiros, originados do Fundo Nacional de Saúde, em especial para as ações de média e alta complexidade; 17) Com a efetiva sinalização, por meio de nova publicação de portaria pelo Ministério da Saúde, com alocação de recursos de custeio, na modalidade de convênio, para reforma de UPA – Unidade de Pronto Atendimento no município de Oliveira, será promovida reunião específica para discussão sobre a renovação do atual comodato do lote de terreno onde se encontra o PAM – Pronto Atendimento Municipal; 18) O município de Oliveira, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com o Hospital São Judas Tadeu, deverão promover discussões técnicas que visem a implementação do prontuário eletrônico integrado (Atenção Básica e Retaguarda

Hospitalar); 19) Sem prejuízo da assinatura do referido aditivo ao contrato de gestão, conforme cláusula 2), deverão ser envidados esforços pela busca de novas fontes de recursos financeiros para o município e/ou Hospital São Judas Tadeu, por meio das seguintes estratégias: a) pela participação financeira dos municípios da Região de Saúde de Campo Belo/Santo Antônio do Amparo, por meio da adesão à estratégia estadual do cofinanciamento (TAC Ministério Público), discutido na 103ª Reunião de Mediação Sanitária, ocorrida em Oliveira/MG, no dia 1º de junho de 2017, com o conjunto de municípios da Região de Saúde Campo Belo/Santo Antônio do Amparo; b) pela implementação da estratégia da UPA, financiada tripartite, junto ao Ministério da Saúde (MS), com repercussões para o atual comodato do lote de terreno onde se encontra o atual Pronto Atendimento Municipal (PAM); c) pela manutenção dos atuais recursos financeiros da Rede Resposta, de origem estadual, destinados ao Hospital São Judas Tadeu, no valor mensal de R\$ 200.000,00 (nível II) e R\$ 100.000,00 (nível I – AVC), independentemente dos recursos do PAR – Plano de Ação Regional, de origem federal. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p style="text-align: center;">TADAIRO TSUBOUCH <i>Assessor jurídico da Prefeitura Municipal de Oliveira</i></p>
<p style="text-align: center;">LUCAS LASMAR RESENDE <i>Secretário Municipal de Saúde de Oliveira</i></p>	<p style="text-align: center;">PAULO MAIA <i>Coordenador de políticas da Secretaria Municipal de Saúde de Oliveira</i></p>
<p style="text-align: center;">RAMON A. GONÇALVES <i>Administrador do Hospital São Judas Tadeu</i></p>	<p style="text-align: center;">MARINEIDE CHAVES ANDRADE Oficial Ministério Público</p>

<p><i>Josiane Moreira Soares Malaquias</i> <i>Promotora de Justiça</i> <i>Defesa da Saúde</i> <i>Comarca de Oliveira</i></p>	<p><i>CRISTINE LASMAR</i> Prefeita Municipal de Oliveira</p>
<p><i>JOÃO BATISTA DA SILVA</i> Auditor Chefe do DENASUS-MG</p>	<p><i>KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA</i> <i>Presidente da Federassantas</i></p>
<p><i>VIVIANE FEITOSA DE OLIVEIRA</i> <i>Procuradora Geral do Município</i> <i>Oliveira-mg</i></p>	



ATA REUNIÃO - EXTRATO

LXXX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Itambacuri/MG

Aos dezesseis dias do mês de dezembro do ano de dois mil e quinze, no Fórum da comarca de Itambacuri/MG, com endereço na Rua Horácio Luz nº 1.192, centro, de 10 às 17 horas, realizou-se a LXXX Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania no município de Itambacuri, sob a coordenação do Ministério Público, em especial da promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Itambacuri e pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para *discussão específica de estudos técnicos que possam levar à construção de protocolo assistencial único (operacional) dos prestadores Hospital Nossa Senhora dos Anjos e Hospital Tristão da Cunha, ambos do município de Itambacuri, inclusive quanto à sua fusão administrativa, visando seu fortalecimento operacional com agregação de maior número de leitos, racionalização dos custos da atividade meio e maior eficiência (resposta) assistencial*. Participaram da reunião um total de 30 (trinta) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Luciana do Prado Ferreira Pinto, promotora de justiça de defesa da saúde da comarca de Itambacuri; Graziela Gonçalves Rodrigues, promotora de justiça de Itambacuri; Tiago Tanure Costa, promotor de justiça da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Teófilo Otoni; Vicente Alves Guedes, prefeito municipal de Itambacuri; Mizaél Cabral de Lira, prefeito municipal de Jampruca/MG; Ricardo Almeida Viana, presidente do Consens de Teófilo Otoni; Leonardo Justino Martins, assessor jurídico da Federassantas; Wamberto Antônio Gonçalves Figueiredo, secretário municipal de saúde de Itambacuri/MG; Maria de Fátima Pereira Hott Santos, gestora do município de Nova Módica/MG; Gilberto Luiz Leonhardt, núcleo da vigilância sanitária da Superintendência Regional de Saúde – SRS Teófilo Otoni/MG; Ivelisa Vilela Silva Pereira, núcleo regional de atenção à saúde da SRS de Teófilo Otoni;

João Batista Moreira Franco, administrador do Hospital Nossa Senhora dos Anjos; Dani Éster Onofre, SRS Teófilo Otoni; Aurecilia Figueiredo Garrocho Ottoni Vieira, hospital Nossa Senhora dos Anjos; Giselle Santos Freire, médica do hospital Nossa Senhora dos Anjos; Maria Aparecida Mota Scofield, médica do hospital Tristão da Cunha; Andréia Ferreira de Oliveira, hospital Tristão da Cunha; Edgar Xavier, setor de pessoal do hospital Tristão da Cunha; Bruno F. de Sousa, regulador do hospital Tristão da Cunha; José Carlos Ramos Novais, provedor do hospital Tristão da Cunha; Carla Sanches de Sousa, administrativo do hospital Tristão da Cunha; Julliana P. Ganem, coordenadora de controle, avaliação e regulação da prefeitura de Itambacuri; Ana Cácia Arcanjo Rocha, enfermeira na regulação municipal; Ana Clara do Nascimento Pires Gonçalves, procuradoria do município de Itambacuri; Tadeu Duarte Vitória, setor administrativo do município de Campanário/MG; Launy Cantão Ottoni, diretora de planejamento do município de Teófilo Otoni; Vera Lúcia Miranda de Sousa, assistente administrativa da prefeitura de Nova Módica/MG; Antônio Silluzio, diretor administrativo do hospital Tristão da Cunha. Aberta a reunião, o promotor de Justiça Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAUDE fez agradecimentos a todos, em especial, às pessoas dos promotores de Justiça Luciana do Prado Ferreira Pinto, promotora de justiça de defesa da saúde da comarca de Itambacuri; Graziela Gonçalves Rodrigues, promotora de justiça de Itambacuri; Tiago Tanure Costa, promotor de justiça da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Teófilo Otoni pelos trabalhos vêm sendo realizados na defesa da saúde pública na região. Ressaltou a estratégia da Mediação Sanitária como ação indutora à resolução compartilhada dos problemas coletivos de saúde por meio da corresponsabilização de seus atores responsáveis, dentre eles, o próprio Ministério Público, através de uma sua atuação mais resolutiva e menos demandista. QUE o município de Itambacuri, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG – 2014, pertence à Região Ampliada (RAS) Nordeste e à Região de Saúde (RS) Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri. QUE o município está entre os 17 de abrangência da Região de Saúde Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri, possui uma população de 23.557 habitantes, polariza os demais municípios de sua região pelo seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica. QUE é importante destacar o fato de que, no município de Teófilo Otoni, realizou-se a 56ª Reunião de Mediação Sanitária, ocorrida no dia 13 (treze) de novembro de 2013, em Teófilo Otoni/MG. QUE nessa reunião, no que tange ao município e prestadores de saúde de Itambacuri, restou deliberado, por consenso, seguintes providências: *“adoção de providências, mediante estudos técnicos, que possam levar à construção de protocolo assistencial único (operacional) dos prestadores Hospital Nossa Senhora dos Anjos e Hospital Tristão da Cunha, ambos do município de Itambacuri, inclusive quanto à sua fusão*

administrativa, visando seu fortalecimento operacional com agregação de maior número de leitos, racionalização dos custos da atividade meio e maior eficiência (resposta) assistencial”. QUE infelizmente pouco se avançou na concretude daquelas deliberações, fatores que têm agravado o grau de comprometimento financeiro das duas unidades hospitalares, assim como a própria assistência médico-hospitalar na microrregião. QUE há urgente necessidade, conforme já ressaltado naquela reunião de Mediação Sanitária em Teófilo Otoni, de redesenhar a própria Região Ampliada de Saúde (RAS), alterando-se seu PDR – Plano Diretor de Regionalização, haja vista não ser compreensível 02 (duas) grandes Regiões de Saúde em uma única Central de Regulação Assistencial. QUE a geografia (distâncias) e baixa densidade populacional não favorecem a resolubilidade da prestação de serviços nessas duas Regiões, sob regulação única. QUE o município de Teófilo Otoni (pólo da Região Nordeste) fica cerca de 362 KM de distância do município de Diamantina (pólo da Região Jequitinhonha). QUE essas duas regiões (juntas) possuem 92 municípios, distribuídos em grandes distâncias, servidos por apenas 05 (cinco) USA – Unidade de Suporte Avançado. QUE não é possível, mesmo diante da confessada escassez de recursos humanos e viaturas, permitir a continuidade da prática de baldeação de veículos (USA) para transporte de pacientes, ou seja, não se pode permitir a troca de veículos para o mesmo paciente dentro da Região de Saúde, sob regulação única. QUE a Região de Saúde Ampliada Nordeste é constituída de 07 (sete) microrregiões de Saúde. QUE, à exceção do município sede de Teófilo Otoni, não há em quaisquer delas prestador hospitalar com nível de resolubilidade porte II na Rede de Urgência e Emergência, o que de todo é um contrassenso, com consequências operacionais graves para a Central de Regulação Assistencial da SES-MG naquela região. QUE, desta forma, sendo eles de nível III na Rede de Urgência e Emergência, NÃO se pode exigir plantões presenciais para as 04 clínicas básicas. QUE não é correta a política de plantões médicos alcançáveis para microrregiões de saúde com essas especificidades (distâncias, rodovias, densidade demográfica). QUE esse fato por si só é bastante para indução às iniquidades quanto às regras da regulação assistencial (SUSFACIL). QUE, da mesma forma, não há dúvidas de que essa práxis incrementa a centralização dos atendimentos junto aos principais prestadores hospitalares de Teófilo Otoni (macro), nem sempre regulados, passando a fazer média complexidade básica dos demais municípios das 06 (seis) microrregiões de saúde. QUE, na visão do Ministério Público, esse processo encontra-se fragmentado e indutor da própria judicialização que se pretende evitar. QUE o Ministério Público com atribuições na Defesa da Saúde, orientado institucionalmente pelo CAOSAÚDE, tem sido instado a proceder nas suas reuniões de Mediação Sanitária, discussão com a SES-MG a respeito da implementação de estudos técnicos que

possam levar, no mínimo, a fixação de um prestador hospitalar, porte II, em cada uma das Microrregiões de Saúde, conforme exigência de suficiência da atenção pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. QUE a maioria desses custos financeiros da SES-MG, resultantes de compras de leitos e serviços privados, tem como causa, dentre outros, o fato da menor resolubilidade desses prestadores hospitalares em cada microrregião de saúde. QUE, conforme já constatado, sobretudo na supracitada reunião de Mediação Sanitária, ocorrida naquele município de Teófilo Otoni, não é possível a coexistência de dois prestadores hospitalares, tipo hospital geral, no município de Itambacuri, posto não haver escala para os atendimentos ambulatoriais e hospitalar, mesmo considerados os municípios no seu entorno. QUE é preciso redefinir a identidade sanitária de cada deles, destacando-se o papel que poderão desempenhar, com racionalização dos recursos públicos, nas demandas eletivas e de urgência/emergência. QUE não havendo a adoção dessas medidas, seguramente ambos irão se sucumbir em face dos custos de sua manutenção operacional e escassez de profissionais médicos especializados de saúde. QUE há campo para que o Hospital Nossa Senhora dos Anjos possa se tornar um hospital de nível II na Rede de Urgência e Emergência, passando a receber mensalmente o valor de R\$ 200.000,00, contudo, obrigando-se a prestar plantões médicos presenciais e não mais alcançáveis nas 04 (quatro) clínicas básicas. QUE o valor de R\$ 50.000,00, repassado pelo município ao Hospital Nossa Senhora dos Anjos, para o atendimento ambulatorial de sua população própria, estimada em 22.820 habitantes, é mesmo insuficiente. QUE, contudo, reconhece-se que valor maior, custeado exclusivamente pelo município de Itambacuri, comprometeria suas finanças, sobretudo atrelada ao repasse de FPM – Fundo de Participação dos Municípios. QUE os custos mensais de um Pronto Atendimento Ambulatorial (PAM), nessas perspectivas de atendimentos de população própria e referenciada, orbita em torno de R\$ 300.000,00 mês. QUE o município de Itambacuri repassa, ainda, o valor de R\$ 13.000,00 mês para o Hospital Tristão da Cunha. QUE o município de Itambacuri não possui Pronto Atendimento Ambulatorial (PAM) ou congênere. QUE é preciso apostar na elaboração de um Pacto de Gestão, com convite aos demais municípios no entorno, visando o fortalecimento financeiro da porta ambulatorial de urgência e emergência do Hospital Nossa Senhora dos Anjos, em complementação ao custeio estadual. QUE os recursos, de natureza estadual, no valor de R\$ 100.000,00 mês, para a urgência e emergência, repassado para o Hospital Nossa Senhora dos Anjos não é suficiente para a manutenção da porta de urgência (demandas espontâneas e referenciadas) da população própria e referenciada, conforme demonstram os dados técnicos. QUE se desconhece o valor dos recursos que deveriam ser repassados pela União, por meio do Ministério da Saúde (MS), para os atendimentos de urgência e emergência. QUE é preciso apostar na regionalização dos serviços e equipamentos de saúde, conforme

diretriz constitucional. QUE sugere a discussão, em busca de um consenso, quanto à melhor divisão do PROHOSP incentivo, atualmente destinado ao Hospital Santa Rosália, de modo que, em contrapartida, efetivamente pudesse (ele) se liberar da maioria das demandas de média complexidade, originadas das microrregiões de saúde. QUE, o fato do município de Itambacuri encontrar-se próximo à rodovia é fator agravante aos atendimentos de urgência e emergência. QUE há necessidade de que a Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni possa discutir, com participação ampla de seus atores e prestadores, em especial do representante do CRMMG na região, o fato do alinhamento do pagamento pelos plantões médicos presenciais, de modo a evitar a concorrência entre municípios. QUE as duas unidades hospitalares existentes no município de Itambacuri – Hospital Nossa Senhora dos Anjos e Hospital Tristão da Cunha – juntos perfazem um total de 99 leitos. QUE o Hospital Nossa Senhora dos Anjos, conforme CNES, é uma associação privada conveniada ao SUS, sob gestão municipal e possui 59 leitos, dos quais 44 (74%) são destinados ao SUS. QUE essa unidade de saúde presta atendimento hospitalar de internação ambulatorial de média complexidade, SADT, regulação e urgência, para atendimentos de demanda espontânea e referenciada. QUE seus leitos SUS estão assim distribuídos: 08 para cirurgia geral, 17 para clínica geral, 02 para unidade de isolamento, 05 para obstetrícia clínica, 01 para obstetrícia cirúrgica, 09 para pediatria clínica, 03 para pediatria cirúrgica e 01 para saúde mental. QUE essa unidade integra o Componente Hospitalar de Nível III da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Nordeste, inserido na Rede Resposta de Urgência e Emergência, recebendo um valor de R\$ 100.000,00 mês por parte do Estado de Minas Gerais. QUE foram repassados de janeiro a outubro de 2015 o correspondente a R\$ 1.000.000,00. QUE esse hospital pertence ao elenco dos beneficiados pelo PROHOSP Incentivo, recursos estaduais destinados à melhoria e fortalecimento da atenção hospitalar para os usuários do SUS, no valor global (2015) de R\$ 175.114,31. QUE o Hospital Tristão da Cunha, de acordo com o CNES, é uma associação privada sem fins lucrativos conveniada ao SUS, caracterizado por ser hospital geral de gestão municipal; QUE possui 40 leitos, dos quais 35 (87%) são destinados ao SUS. QUE essa unidade presta atendimento hospitalar de internação, ambulatorial de média complexidade, SADT, vigilância e urgência, para atendimentos de demanda espontânea e referenciada. QUE seus leitos destinados aos SUS estão assim distribuídos: 07 para cirurgia geral, 10 para clínica geral, 02 para neonatologia, 04 para obstetrícia clínica, 02 para obstetrícia cirúrgica e 10 para pediatria clínica. QUE essa unidade NÃO pertence ao elenco de hospitais beneficiados pelo PROHOSP Incentivo. QUE, conforme ressaltado, o município de Itambacuri não conta com serviço de atenção ambulatorial própria de urgência e emergência, razão pela qual serve-se do pronto

socorro do Hospital Nossa Senhora dos Anjos, repassando-lhe, mensalmente, por força de contrato/convênio, o valor de R\$ 50.000,00. QUE o Hospital Nossa Senhora dos Anjos, conforme informações repassadas por sua Diretoria, em documento oficial encaminhado para o Ministério Público, possui um déficit financeiro de R\$ 1.000.000,00, devido a insuficiência/atrasos dos recursos originados do Poder Público. QUE em razão dessa precarização há sempre ameaças da suspensão dos serviços pelo Corpo Clínico, ocasionado pelos recorrentes atrasos de pagamentos, o que obriga a entidade a ter que recorrer a empréstimos bancários, ou mesmo sofrer Recomendação Administrativa do Ministério Público, tal como ocorrido, no dia 29/08/2014, pela 2ª Promotoria de Justiça da comarca de Itambacuri, ocasião em que lhe foi exigido, dentre outras, adotasse todas providências possíveis com vistas a evitar a paralisação dos atendimentos. QUE houve uma reunião de Mediação Sanitária, realizada no dia 21 de agosto de 2014, sob a coordenação da SES-MG, com vistas a dar execução à pauta de racionalização dos recursos por meio da fusão administrativa das duas unidades, conforme propostas da Mediação Sanitária, o que não foi possível pela falta de superação, dentre outros, do convencimento técnico e político. QUE a Central de Regulação Assistencial de Urgência e Emergência da SES-MG, com sede em Teófilo Otoni, deverá evitar a prática de remanejamento de paciente SUS para unidades de saúde que comprovadamente (CNES) não estão habilitadas para aquele serviço, devendo ser exigido, lado outro, atualização do CNES de cada um dos prestadores hospitalares. QUE é preciso discutir, com urgência, a questão do pagamento (ressarcimento) pelo fato do extrapolamento da urgência e emergência, mesmo que da população própria. QUE a SRS/Teófilo Otoni considera o Hospital Tristão da Cunha como o mais indicado para os atendimentos cirúrgicos eletivos. QUE há necessidade de destacar no contrato único, celebrado entre o município de Itambacuri e o prestador Hospital Nossa Senhora dos Anjos, as questões referentes ao atendimento ambulatorial e hospitalar, haja vista fonte/valores de recursos diferentes originados do Poder Público. QUE há necessidade de melhor discussão dos processos de referência e contrarreferência entre o atendimento médico ambulatorial e hospitalar e a Rede de Atenção Básica municipal. QUE é preciso fazer levantamento dos equipamentos médicos não existentes, indispensáveis para o nível de resolubilidade porte II do Hospital Nossa Senhora dos Anjos, de modo que, em nova reunião, nesse novo formato, possa ser discutido com o nível central da SES-MG. QUE, da mesma forma, há necessidade de a SRS de Teófilo Otoni diligenciar sobre equipamentos públicos ou adquiridos por recursos públicos, a qualquer título, não utilizados pelo prestador pela ausência do serviço, fazendo-se sua melhor redistribuição no conjunto dos hospitais da Região de Saúde Ampliada Nordeste (...) **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:**

1) Os prestadores Hospital Nossa Senhora dos Anjos e Hospital Tristão da Cunha, ambos associações sem fins lucrativos, conveniados ao SUS, sob gestão municipal, tipo hospital geral, reconhecem a necessidade urgente da construção de uma gestão compartilhada, de modo a evitar a concorrência da atividade fim entre eles, a racionalização dos recursos, com definição de identidade sanitária e indução à especialização, na lógica das necessidades de saúde da Rede de Urgência e Emergência da SES-MG. 2) O Hospital Nossa Senhora dos Anjos, conforme indicadores de saúde, apresentados/validados pela SES/MG, assim como das informações constantes do CNES deverá pautar, em conjunto com o município de Itambacuri, com urgência, junto às instâncias colegiadas (CIR e CIRA), sob a coordenação da SRS de Teófilo Otoni, discussão sobre sua vocação exclusiva para os atendimentos ambulatorial e hospitalar de urgência e emergência, da população própria e dos municípios adscritos. 3) O Município de Itambacuri e o Hospital Nossa Senhora dos Anjos deverão pautar, com urgência, junto àquelas instâncias supracitadas, sob a coordenação da SRS de Teófilo Otoni, a habilitação do prestador para tipologia hospitalar, porte II, no elenco da Rede de Urgência e Emergência, por ser sede de microrregião de saúde, de modo a possuir plantões médicos presenciais nas 04 (quatro) clínicas, tornando-se responsável pela resolubilidade da maioria das demandas de média complexidade da população própria e referenciada, evitando-se congestionamento das portas dos prestadores hospitalares do município de Teófilo Otoni. Deverá ser dada ciência da decisão administrativa da CIR e CIRA, inclusive com remessa de ata da reunião, para a promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Itambacuri. 4) O Hospital Tristão da Cunha, conforme indicadores de saúde, apresentados/validados pela SES/MG, assim como das informações constantes do CNES, deverá, juntamente com o município de Itambacuri, pautar, com urgência, junto àquelas instâncias colegiadas, sob a coordenação da SRS de Teófilo Otoni, a habilitação do prestador para os atendimentos cirúrgicos eletivos, originados de demanda da população própria e referenciada. Da mesma forma, sua habilitação para os atendimentos psiquiátricos (leitos hospitalares) em apoio às necessidades da Atenção Básica, assim como para retaguarda dos pacientes crônicos ou de longa permanência, originados dos hospitais, em especial do Hospital Nossa Senhora dos Anjos. 5) O Hospital Tristão da Cunha deverá regularizar a formação de seu corpo clínico, de modo a atender as exigências da Vigilância e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial, a integralidade dos plantões médicos presenciais, no que couber. 6) A SRS de Teófilo Otoni, no tocante ao Hospital Tristão da Cunha, deverá verificar

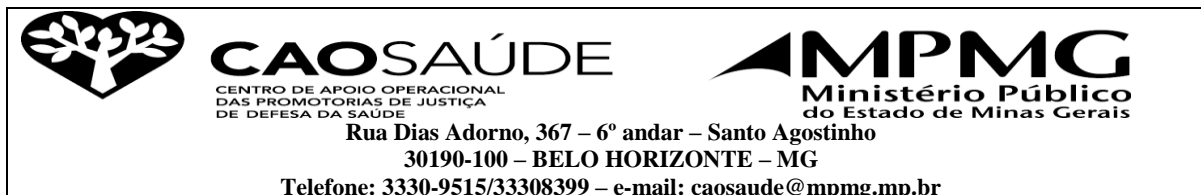
seguintes diligências: **a)** equipamento de arco cirúrgico; **b)** agilização do processo de credenciamento desse hospital para referência leitos psiquiátricos, em apoio à Atenção Básica; **c)** acompanhamento para os fins de agilização da proposta, que tramita há mais de 02 (dois) anos referente à habilitação desse hospital para retaguarda de pacientes crônicos; **d)** eventual inclusão no elenco dos hospitais da Rede de Urgência e Emergência ou política congênera. **7)** A SRS de Teófilo Otoni deverá ser a protagonista da discussão, juntamente com os municípios de Itambacuri e Teófilo Otoni, bem como dos prestadores Hospital Nossa Senhora dos Anjos, Hospital Tristão da Cunha e Hospital Santa Rosália, de eventual melhor repartição do PROHOSP Incentivo deste último, de modo a exigir dos prestadores hospitalares de Itambacuri maior resolubilidade assistencial da média complexidade, evitando-se congestionamentos desnecessários para o prestador do município sede. **8)** A SRS de Teófilo Otoni deverá ser protagonista da discussão de estudos que visem alinhamento dos custos dos plantões médicos presenciais na Região de Saúde, de modo a evitar a concorrência entre eles e municípios. **9)** A SRS de Teófilo Otoni deverá providenciar estudos que identifiquem equipamentos não utilizados por prestadores hospitalares, adquiridos por recursos públicos, de qualquer natureza, de modo a fazer, em discussão colegiada (CIR e CIRA), seu remanejamento, conforme critérios técnicos, para o conjunto de municípios/prestadores de sua Região de Saúde. **10)** Fica criada Comissão local de Mediação Sanitária, integrada pela Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Teófilo Otoni, promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Itambacuri, COSEMS Regional, Município de Itambacuri, Hospital Tristão da Cunha, Hospital Nossa Senhora dos Anjos e representante do Conselho Municipal de Saúde de Itambacuri para adoção seguintes providências: **a)** Recebimento, até última semana do mês de janeiro de 2016, da planilha de custos operacionais, elaborada pelos Hospital Nossa Senhora dos Anjos e Hospital Tristão da Cunha, em face daquelas propostas (identidade sanitária). **b)** Discussão com os demais municípios interessados na região, demandantes de serviços ambulatorial e hospitalar junto ao município de Itambacuri, sobre proposta de fortalecimento das portas assistenciais do Hospital Tristão da Cunha e Hospital Nossa Senhora dos Anjos, no tocante ao novo papel que irão desempenhar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme critérios financeiros a serem estabelecidos, utilizando-se do atual consórcio HIPER 10 ou por meio de Convênio de Cooperação Técnica Entre Entes Públicos. Havendo opção pela segunda modalidade, o CAOSAÚDE poderá apoiar na elaboração da

minuta. **11)** O CAOSAUDE reiterará, com urgência, junto à SES-MG, quanto à necessidade de melhores estudos técnicos que visem a reformulação do PDR no tocante às Regiões de Saúde Ampliadas Nordeste e Jequitinhonha, em especial o fato de possuírem mesma Central de Regulação Assistencial, esta desprovida de recursos humanos e equipamentos de urgência e emergência necessários para o atendimento das necessidades coletivas de saúde. Atualmente, vem sendo mantida a equivocada prática de troca de veículo de Unidade de Suporte Avançado (USA), quando a regulação de paciente é feita entre municípios dessas duas regiões de saúde. Nesse caso, uma ambulância vai ao encontro limite territorial da outra, às vezes parado na estrada, fazendo-se a troca das viaturas. Ademais, o número de apenas 05 (cinco) USA para toda a Central de Regulação Assistencial dessas duas Regiões Ampliadas de Saúde é mesmo insuficiente. **12)** O CAOSAUDE reiterará a SES-MG, não obstante sua discricionariedade na medida, quanto à necessidade de se elaborar plano de ação que vise a implementação, por meio de incentivos, estratégias e regulação de, no mínimo, um hospital porte II em cada uma das microrregiões de saúde, de modo que possam assumir sua responsabilidade sanitária, por meio de serviços e plantões médicos presenciais, nos atendimentos da média complexidade, evitando-se deslocamentos desnecessários e congestionamento dos prestadores hospitalares macrorregionais, além da própria judicialização, com compras de leitos/serviços privados de saúde. **13)** O CAOSAUDE oficiará a SES-MG para os fins de prestação de informações quanto à existência de estratégia ou de plano de ação que vise o pagamento aos prestadores que fazem parte do atual elenco da Rede de Urgência e Emergência que, nessas situações extrapolarem número de atendimentos da população própria, mesmo daqueles municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p style="text-align: center;">GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p style="text-align: center;">LUCIANA DO PRADO FERREIRA PINTO Promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Itambacuri/MG</p>
<p style="text-align: center;">GRAZIELA GONÇALVES RODRIGUES</p>	<p style="text-align: center;">TIAGO TANURE COSTA Promotor de Justiça da Promotoria de</p>

Promotora de Justiça da comarca de Itambacuri/MG	Justiça de Defesa da Saúde de Teófilo Otoni/MG
VICENTE ALVES GUEDES Prefeito Municipal de Itambacuri/MG	MIZAEEL CABRAL DE LIRA Prefeito Municipal de Jampruca/MG
RICARDO ALMEIDA VIANA Presidente do Cosems de Teófilo Otoni/MG	LEONARDO JUSTINO MARTINS Assessor Jurídico da Federassantas
WAMBERTO ANTÔNIO GONÇALVES FIGUEIREDO Secretário Municipal de Saúde de Itambacuri/MG	MARIA DE FÁTIMA PEREIRA HOTT SANTOS Gestora do Município de Nova Módica/MG
GILBERTO LUIZ LEONHARDT Núcleo da Vigilância Sanitária da Superintendência Regional de Saúde – SRS Teófilo Otoni/MG	IVELISA VILELA SILVA PEREIRA Núcleo Regional de Atenção à Saúde da SRS Teófilo Otoni/MG
JOÃO BATISTA MOREIRA FRANCO Administrador do Hospital Nossa Senhora dos Anjos	DANI ÉSTER ONOFRE Superintendência Regional de Saúde Teófilo Otoni/MG

<p>URECILIA FIGUEIREDO GARROCHO OTTONI VIEIRA Hospital Nossa Senhora dos Anjos</p>	<p>GISELLE SANTOS FREIRE Médica do Hospital Nossa Senhora dos Anjos</p>
<p>MARIA APARECIDA MOTA SCOFIELD Médica do Hospital Tristão da Cunha</p>	<p>ANDRÉIA FERREIRA DE OLIVEIRA Hospital Tristão da Cunha</p>
<p>EDGAR XAVIER Setor de pessoal do Hospital Tristão da Cunha</p>	<p>BRUNO F. DE SOUSA Regulador do Hospital Tristão da Cunha</p>
<p>JOSÉ CARLOS RAMOS NOVAIS Provedor do Hospital Tristão da Cunha</p>	<p>CARLA SANCHES DE SOUSA Administrativo do Hospital Tristão da Cunha</p>
<p>JULLIANA P. GANEM Coordenadora de Controle, Avaliação e Regulação da Prefeitura de Itambacuri/MG</p>	<p>ANA CÁCIA ARCANJO ROCHA Enfermeira da Regulação Municipal de Itambacuri/MG</p>
<p>ANA CLARA DO NASCIMENTO PIRES GONÇALVES Procuradoria do Município de Itambacuri/MG</p>	<p>TADEU DUARTE VITÓRIA Setor Administrativo do Município de Campanário/MG</p>
<p>LAUNY CANTÃO OTTONI Diretora de Planejamento do Município de Teófilo Otoni/MG</p>	<p>VERA LÚCIA MIRANDA DE SOUSA Assistente Administrativa da Prefeitura de Nova Módica/MG</p>
<p>ANTÔNIO SILLUZIO Diretor Administrativo do Hospital Tristão da Cunha</p>	



ATA REUNIÃO

LXXXIV Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Microrregião Sete Lagoas/MG

Aos dezenove dias do mês de abril do ano de dois mil e dezesseis, às 16 h, na sala de reunião da Secretaria de Estado de Saúde, com endereço na Cidade Administrativa, rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº - Serra Verde, 12º andar, para discussão sobre os reflexos da crise financeira do Hospital Nossa Senhora das Graças na assistência à saúde. Participaram da reunião um total de 17 (dezesete) pessoas, dentre órgãos/representantes, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Marcelo Augusto Vieira, promotor de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Sete Lagoas; Paulo César Ferreira da Silva, promotor de Justiça da comarca de Sete Lagoas; Fausto Pereira dos Santos, Secretário de Estado de Saúde – SES/MG; Márcio Reinaldo Dias Moreira, prefeito municipal de Sete Lagoas/MG; Douglas Melo, Deputado Estadual; Roney de Nazareth Gott, secretário municipal de saúde de Sete Lagoas; Jansen Patrick Paixão da Matta, controlador/corregedor-geral do município de Sete Lagoas/MG; Marineide Gonçalves Araújo, diretoria de Políticas e gestão hospitalar da SES/MG; Jean Carlos dos Santos Barrado, superintendência regional de saúde de Sete Lagoas; Felipe Toledo Rocha, superintendente do Hospital Nossa Senhora das Graças de Sete Lagoas/MG; Kátia Regina de Oliveira Rocha, assessora jurídica do Hospital Nossa Senhora das Graças; Cláudia Adriani de Oliveira, coordenadora de redes assistenciais da SMS de Sete Lagoas/MG; Aluísio Barbosa Júnior, presidente do Conselho Fiscal da Irmandade Nossa Senhora das Graças; Davidson Padras, chefe de gabinete da prefeitura municipal

de Sete Lagoas/MG; Ivan Viana Alves, Conselho do Hospital Nossa Senhora das Graças; Nilo Antônio Oliveira Campos, Conselho do Hospital Nossa Senhora das Graças.

A reunião foi aberta pelo Secretário Estadual de Saúde, Fausto Pereira dos Santos, que, logo após à saudação, passou a palavra para o Ministério Público, requerente dessa reunião de Mediação Sanitária. Dada a palavra ao promotor de Justiça Marcelo Augusto Vieira, foi dito que o Ministério Público da comarca de Sete Lagoas, com atribuições na defesa da saúde tem acompanhado a grave crise financeira por que passa o HNSG. Que no dia 07 de abril de 2016, para os fins de instrução dos autos de Inquérito Civil Público 0672.16.000.474-9, foi realizada uma reunião de Mediação pela 8ª Promotoria de Justiça da comarca. Que, nessa reunião, pelo controlador geral do município foi informado sobre um passivo de R\$ 6.679.000,00, destinado ao pagamento ao Oncocentro, INSG e Coopercon. Que o município teria informado quanto à existência de um déficit médio de R\$950.000,00, ressaltando que o Estado deve a ele (município) recurso da ordem de R\$ 11.000.000,00. Que nessa reunião, o Secretário Municipal de Saúde informou sobre a situação caótica do município, com débito em vários setores, a exemplo dos laboratórios, fornecedores e outros prestadores de serviços. Que há Inquérito Civil Público próprio que investiga a questão da Oncocentro. Que, nessa reunião, o município propôs o pagamento, para fins de quitação de seu débito em 08 parcelas, a iniciar no mês de maio de 2016, no valor mensal de R\$ 654.151,54, assim distribuídos: INSG (R\$ 508.713,19) e à Coopercon (R\$ 145.438,35), sem prejuízo de o município honrar os demais compromissos pactuados. Que foi feita uma contra proposta pela INSG no sentido de que fosse feito um aporte imediato no valor de R\$ 2.400.000,00 e o valor residual parcelado de 08 vezes, até o dia 04 de cada mês. Que, com relação à Coopercon o valor proposto, parcelado, feito pelo município, foi por ela aceito, tendo sido estabelecida a data limite para o pagamento até o dia 27 de cada mês. Que pelo MPMG foi concedido um prazo até o dia 11 de abril de 2016 Para o município se manifestasse quanto à contra proposta da INSG. **Dada a palavra ao coordenador do CAOSAÚDE** foi dito quanto à possibilidade de o município assegurar maior aporte inicial para a entidade, o que foi peremptoriamente negado pelo controlador geral do município, secretário municipal de saúde e prefeito municipal, ao argumento da situação de quase emergência financeira naquela urbe. Que o prestador hospitalar, da mesma forma,

foi enfático em afirmar que sem esse aporte maior inicial, como consequência, deveriam fechar as portas do hospital. Que a entidade também informou a respeito do atraso do município com uma competência do teto MAC/2016, no importe aproximado de R\$1.800.000,00. Que o MPMG informou aos presentes quanto à irregularidade dessa retenção de recursos financeiros, repassados fundo a fundo, de competência federal ou estadual, devida ao prestador por sua produção hospitalar. Que a, inclusive, norma administrativa do Ministério de Saúde regulamentadora dessa vedada praxes. **Retornando à palavra ao Secretário de Estado de Saúde** para pronunciar-se a respeito da possibilidade de uma composição para equalização financeira, mediante o reconhecimento de algum de seus débitos (SES), em face do prestador e do município, visando alcançar o valor maior inicial. Que a SES já teria tido uma reunião anterior com o Deputado Estadual Douglas a cerca de 15 dias, ocasião em que deliberou-se pelo levantamento dos pagamentos em atrasos da SES-MG em face do município e do prestador hospitalar. QUE, nesta reunião de Mediação, em face da gravíssima situação financeira, com possibilidades de repercussão assistencial não apenas para o município de Sete Lagoas, como também para toda microrregião, em face da sua capilaridade operacional de serviços de média e alta complexidade, dada sua dívida com relação ao prestador e município, sugeriu seguinte estratégia para equalização da problemática: 1) pagamento das emendas parlamentares, ano 2015, de crédito do prestador hospitalar, no valor de R\$ 1.500.000,00 2) restante de R\$ 900.000,00, a título de reconhecimento de extrapolações. QUE, assim, esses dois valores, somados, perfazem o global de R\$ 2.400.000,00 pleiteados pelo hospital. QUE o valor correspondente ao pagamento das emendas não poderá ser abatido do global (passivo) do município em face do prestador hospitalar. QUE do global da dívida do município para com aquele prestador, serão abatidos, neste momento, apenas o adiantamento de R\$ 900.000,00 a ser feito pela SES, para o FMS de Sete Lagoas. QUE o restante da dívida municipal será dividido em até 08 parcelas, com vencimento a partir de maio/2016. QUE esses recursos seriam repassados para fundo municipal de saúde. QUE serão levantadas, pela SES, até o dia 20/04, as resoluções descobertas, a título de fonte 22 para os fins de pagamento imediato e, as de fonte 10, para os fins de equalização do financeiro, para pagamento até próxima semana, ou seja, até o dia 29/04. QUE esses recursos deverão ser liberados ainda nesta semana, com prazo final até o dia 29/04 do corrente, tendo em vista os processos administrativos internos. **Consultados o prestador hospitalar, Secretaria Municipal de Saúde, Controladoria Geral do**

Município, Prefeito Municipal, Auditor Chefe do DENASUS-MG e Ministério Público, quanto à proposta feita pela SES-MG foi aceita por todos. **EM RESUMO** foram essas as principais abordagens. **EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) O município de Sete Lagoas se compromete a repassar para o INSG, entidade mantenedora do HNSG, o valor de R\$ 2.400.000,00, conforme pleiteado por aquela entidade, como condição de manutenção de sua abertura assistencial, dada suas dificuldades para honrar seus compromissos com pagamento de pessoal, insumos e fornecedores, tão logo sejam depositados, pela SES, no fundo municipal de saúde, conforme avençado, o correspondente a R\$ 2.400.000,00. 2) QUE, em decorrência dos levantamentos que serão feitos pela SES, no tocante aos créditos restantes do município, decorrentes de recursos de fonte 10 e 22, serão repassados, oportunamente, para aquele fundo municipal de saúde, com acompanhamento do Ministério Público. 3) O município de Sete Lagoas, conforme proposta aceita, providenciará o pagamento do restante de sua dívida reconhecida, para aquela entidade de saúde, em até 08 parcelas iguais e sucessivas a partir de maio/2016. 4) Fica o município de Sete Lagoas advertido que a presente avença não o desobriga do pagamento relativo aos compromissos financeiros (ordinários) decorrentes da regra da contratualização, na forma legal. 5) Fica o município de Sete Lagoas advertido quanto a vedação legal de retenção de repasses financeiros, fundo a fundo, de competência federal e/ou estadual, destinados ao pagamento da produção hospitalar. 6) O CAOSAUDE acompanhará o pagamento avençado pela SES, comprometendo-se a informar à 8ª Promotoria de Justiça da comarca de Sete Lagoas sobre sua ocorrência e, esta deverá acompanhar o repasse do fundo municipal de saúde para o HNSG. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais. Encaminhou-se a presente ata para cada um dos participantes para os fins de sua aprovação, com consignação de que a não manifestação no prazo de 05 (cinco) dias, ensejaria em sua aprovação por todos. CERTIFICO que não houve manifestação, passando a ata a ser APROVADA. Dou fé. **Gilmar de Assis, promotor de Justiça, Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde(CAOSAUDE)**_____.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p>MARCELO AUGUSTO VIEIRA <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Sete Lagoas /MG</p>
--	---

PAULO CÉSAR FERREIRA DA SILVA <i>Promotor de Justiça de Defesa da Saúde</i> Comarca de Sete Lagoas /MG	FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS Secretário de Estado de Saúde SES/MG
32. MÁRCIO REINALDO DIAS MOREIRA 33. Prefeito do Município de Sete Lagoas/MG	DOUGLAS MELO Deputado Estadual
RONEY DE NAZARETH GOTT Secretário Municipal de Saúde de Sete Lagoas/MG	JANSEN PATRICK PAIXÃO DA MATTA Controlador/Corregedor-Geral do Município de Sete Lagoas/MG
MARINEIDE GONÇALVES ARAÚJO Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar da SES/MG	JEAN CARLOS DOS SANTOS BARRADO Superintendente Regional de Saúde de Sete Lagoas/MG
FELIPE TOLEDO ROCHA Superintendente do Hospital Nossa Senhora das Graças de Sete Lagoas/MG	KATIA REGINA DE OLIVEIRA ROCHA Assessora Jurídica do Hospital Nossa Senhora das Graças
CLÁUDIA ADRIANI DE OLIVEIRA Coordenadoria de Redes Assistenciais da SMS de Sete Lagoas/MG	34. ALUÍSIO BARBOSA JÚNIOR Presidente do Conselho Fiscal da Irmandade Nossa Senhora das Graças
DAVIDSON PADRAS Chefe de Gabinete da prefeitura municipal de Sete Lagoas/MG	IVAN VIANA ALVES Conselho do Hospital Nossa Senhora das Graças
NILO ANTÔNIO OLIVEIRA CAMPOS Conselho do Hospital Nossa Senhora das Graças	



ATA REUNIÃO

91ª Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Ribeirão das Neves/MG

Aos trinta e um dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezesseis, no auditório (Sala Belo Horizonte) da Procuradoria Geral de Justiça, com endereço na Avenida Alvares Cabral nº 1.690, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG, realizou-se a 91ª Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania – RIBEIRÃO DAS NEVES, sob a coordenação do Ministério Público, atendendo a pedido feito pelo presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRMMG), visando discussão/deliberação sobre o fato da suspensão dos serviços, de urgência e emergência, pelos profissionais médicos da UPA JOANITO CIRILO DE ABREU, com registro CNES nº 2181797, com endereço Rua Antônio Miguel Cerqueira Neto nº 244 e HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JUDAS TADEU, com registro CNES nº 2756749, com endereço na Rua Waldemar José Alves nº 65. Essa reunião teve como norteador o fato de que o fechamento ou atendimento precário daquelas unidades de saúde importará em grave sacrifício para a população de Ribeirão das Neves, com aumento do risco sanitário, haja vista a natureza de urgência e emergência dos atendimentos. Participaram da reunião um total de 28 (vinte e oito) pessoas, dentre órgãos/representantes da área da saúde, jurídicos ou não. Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Cláudia Augusta Lopes de Mendonça, promotora de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ribeirão das Neves, Fábio Augusto de Castro Guerra, presidente do CRMMG, Ivana Raimunda de Menezes Melo, Vice-presidente do CRMMG, Cláudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, 1ª Secretária do CRMMG, João Batista da Silva, Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais; Kátia Regina Oliveira Rocha, Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais

Filantrópicos do Estado de Minas Gerais - Federassantas; Marcílio Alves dos Santos, representando o Conselho de Secretarias Municipais do Estado de Minas Gerais – COSEMS; Luana da Cunha T. Amaral, Diretora Técnica do Hospital São Judas Tadeu; Stefânea Campanha de Souza, Diretora Clínica do Hospital São Judas Tadeu; Júnia N. Bernardes, Diretora Clínica da UPA Joanico; Wandha Karine dos Santos, Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte – SRS/BH; Águeda Amorim Corrêa L. Souza, Secretária de Estado de Saúde – SES/MG; Ana Carolina Amaral de Castro Hadad, Secretária de Estado de Saúde – SES/MG; Tiago Simões Leite, coordenador da urgência pediátrica; Odete Maria Alcântara, Conselho Municipal de Saúde; Joaquim Pereira Reis, Conselho Municipal de Saúde; Eva Alípia da Silva, Conselho Municipal de Saúde; Elaine Cristina de Jesus, Conselho Municipal de Saúde; Robson Fernandes da Cruz, Conselho Municipal de Saúde; Ariete do P.S.Domingues de Araújo, Sindicato dos Médicos – Sinmed/MG; Crhistian C. P. Lima, urgência e emergência da SES/MG; Bruno César F. Alvarenga, Médico; Carla Queiroz Pereira, participante/ouvinte da Mediação Sanitária; Cláudio Diniz Vasconcelos, procurador adjunto do Município de Ribeirão das Neves; Túlio Fantorri S. Soares, representante dos médicos; Hudson André Francisco, prefeitura de Ribeirão das Neves; Jonathan Almeida Santos, prefeitura; Patrícia Coelho Sanches Gomes, hospital São Judas Tadeu. **A reunião foi aberta pelo promotor de Justiça Gilmar de Assis** que fez saudação a todos presentes, citando expressamente a promotora de Justiça Cláudia Augusta Lopes de Almeida. Ressaltou que a reunião foi solicitada pelo presidente do CRMMG e que, devido ao fato do feriado do dia 28/10/2016 – sexta feira, não foi possível convite para todos os órgãos do sistema. Conclamou a todos para busca de consenso nas discussões, com vistas à regularização dos serviços de saúde naquele município, não podendo o Ministério Público aceitar essa paralisação, em especial pelos profissionais médicos, por afetação diretamente ao direito da população, notadamente na área de urgência e emergência, com fundado risco sanitário. QUE a posição institucional do Ministério Público é no sentido da inadmissibilidade da suspensão dos serviços, pelos profissionais de saúde, na atenção de urgência e emergência, posto que, no caso de o motivo centrar-se na falta de pagamentos, poderá ser questionado judicialmente, inclusive por bloqueio judicial. **A promotora de Justiça Cláudia Augusta Lopes de Mendonça** registrou seu agradecimento ao grande esforço de mobilização, pelo conjunto dos variados segmentos, em busca de uma solução para esse grave problema. QUE, no mesmo dia 28/10/2016, sexta feira, feriado, o Ministério Público ao receber notícia oficial da

suspensão dos serviços de saúde, de urgência e emergência, pelos profissionais médicos, teria ingressado com ação judicial (plantão), com pedido de diligências e, no mérito, pela regularização dos serviços naquelas unidades de saúde. QUE já houve o deferimento parcial do pedido, com determinação para o município de responder cada uma daquelas diligências requisitadas pelo Ministério Público. QUE, no tocante ao mérito, os autos foram encaminhados para o Juízo da comarca para os fins de apreciação do pedido liminar. QUE há fundadas reclamações junto ao Ministério Público, em curso de providências, acerca da modalidade gerencial entabulada pelo município com o ICISMEP e RSS para prestação diretamente dos serviços naquelas unidades públicas de saúde. **O presidente do CRMMG Fábio Augusto de Castro Neves** agradeceu o Ministério Público pela forma do atendimento célere ao seu pedido com mobilização geral, visando, em mediação sanitária, a discussão e resolução dessa grave problemática. QUE reconhece a extensão dessa mesma crise para diversos hospitais em Minas Gerais, com fechamento de unidades, clínicas, sobretudo pela falta de pagamento e de condições de trabalho. QUE o CRMMG possui o instrumento da interdição ética nas situações em que não houver condições de trabalho e segurança mínima para o profissional e paciente de saúde. QUE não descarta o fechamento do Hospital São Judas Tadeu de Ribeirão das Neves, por meio da interdição ética, caso não haja resolução do problema, em especial pelo município, haja vista que a unidade não poderá funcionar com aquela escala aquém da mínima desejável, comprometendo todo o sistema e a ética médica. QUE o município sequer honrou com o pactuado com os profissionais médicos, com relação aos salários atrasados, deixando de pagar a 2ª parcela do referido acordo, mês de julho de 2016, dividida em 07 (sete) parcelas. QUE, nesse sentido, encontram-se em atraso os pagamentos dos meses de julho a outubro do corrente ano. QUE destacou equipe para averiguação da suspensão e das condições de trabalho naquelas duas unidades de saúde, o que se confirmou por meio de relatório. **Dada a palavra para a Superintendência Regional de Saúde da macrorregião Centro, Wandha Karine dos Santos** informou que a SES tomou conhecimento dos fatos no dia 27/11, quinta-feira, quando da reunião do COSEMS/MG. QUE, dentre outros serviços, essa suspensão dos atendimentos pelos profissionais médicos está comprometendo as clínicas de maternidade e pediatria, não havendo pacientes na sala vermelha. QUE a CINT-BH e SUSFácil foram instados a providenciar a transferência dos pacientes pela falta de escala mínima de profissionais médicos para os atendimentos. QUE a UPA Acrízio Menezes continua em funcionamento, sendo ela a referência para o SAMU.

QUE não tinha conhecimento do fato de que o CISMED administrava aqueles equipamentos de saúde fora de sua área geográfica (médio Paraopeba). **Dada a palavra para o Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais, João Batista da Silva**, contextualizou a grave crise fiscal por que passa o Brasil, instando a todos para uma atuação centrada, otimizada, racionalizada. QUE é preciso saber, com máximo de clareza, onde encontra-se o dinheiro para manutenção daqueles equipamentos de saúde, em face da relação jurídica entabulada pelo município, ICISMED e RSS. QUE não há clareza de que o município esteja pagando pela prestação dos serviços em face daqueles equipamentos. QUE, da mesma forma, se o ICISMED contrata o profissional médico, é dele a responsabilidade pela sua reposição, conforme cláusula de contrato. QUE não podemos aceitar o fato dessa desassistência no município de Ribeirão das Neves, devendo esses entes/órgãos responsáveis aclarar essa situação, posto que não há prova da insuficiência ou inexistência do dinheiro. QUE o Ministério da Saúde se encontra em dia com suas obrigações financeiras. **Dada a palavra para o representante do COSEMS, Marcílio Alves dos Santos**, esclareceu que o COSEMS tem enfrentado problemas semelhantes em outras regiões. QUE há, de fato, muitos problemas e pouco dinheiro. QUE o estado de Minas Gerais não tem feito sua parte, com vários programas e incentivos financeiros em atraso, contribuindo para essa asfixia financeira. QUE o COSEMS planeja a judicialização do estado de Minas Gerais para os fins de recebimento, pelos municípios, dos seus respectivos créditos, que já remontam mais de R\$ 1 bilhão de reais. QUE o ICISMED, no caso da relação com o município de Ribeirão das Neves, não faz processamento da escala de pagamento, mas tão somente emite a nota fiscal para a prefeitura, sendo dessa a responsabilidade do pagamento dos profissionais médicos. QUE tem conhecimento de que os municípios integrantes do CISMED, em assembleia geral ordinária, teriam aprovado a estratégia do ICISMED na contratação com o município de Ribeirão das Neves para administração e gestão da folha de pagamento, escala de serviços, dos profissionais médicos daquelas unidades de saúde. **Dada a palavra para o município de Ribeirão das Neves, nas pessoas do Secretário Municipal de Governo e do Secretário Municipal Adjunto de Saúde** foi informado que o município não conta com recursos financeiros vinculados para a UPA Joanico, mas tão somente para a UPA Acrízio Menezes. QUE a UPA Joanico não foi, ainda, credenciada pelo Ministério da Saúde, sendo expectativa do município que isso possa ocorrer o mais rapidamente possível, como porte II. QUE o município possui relação jurídica com o ICISMED para que esse possa fazer a

administração da escala de serviço médico daquelas unidades públicas de saúde. QUE o município é o responsável pelo processamento das folhas, enviando-as posteriormente para o ICISMPE, responsável pela emissão da Nota Fiscal em seu nome. QUE o município reconhece o fato de que não repassou para o ICISMEP o correspondente aos valores pelos serviços prestados pelos profissionais de saúde. QUE a situação fiscal do município se encontra muito comprometida. QUE reconhece o fato de que o município teria feito acordo com os profissionais médicos daquelas unidades, com parcelamento em 07 (sete) vezes, sua dívida do mês de junho do corrente ano. QUE foi pago apenas a primeira parcela, ficando pendentes as demais, assim como, sucessivamente, os pagamentos dos meses de agosto, setembro e outubro. **Foram dadas seguidamente palavra para demais órgãos presentes, com destaque para o Sindicato dos Médicos e Conselho Municipal de Saúde. EM SEGUIDA, foram discutidos e aprovados os seguintes pontos:** 1) A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por seus setores representados, em especial pela Superintendência Regional de Saúde da Macro Centro e pela Coordenação de Urgência e Emergência, deverá, no prazo de até 30 (trinta) dias, proceder estudos técnicos acerca da melhor conformação dos equipamentos de saúde, ambulatorial e hospitalar, do município de Ribeirão das Neves que atualmente estão incluídos na Rede Estadual de Urgência e Emergência (RUE), haja vista o fato de que o Hospital São Judas Tadeu possui vocação para os atendimentos de média complexidade, não possuindo leitos de UTI. QUE esse desenho, com grade de referência e contrarreferência é fundamental para a segurança do paciente nas situações de urgência e emergência. 2) A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em face da urgência das medidas, avaliará sobre o pagamento da última parcela da Rede de Urgência e Emergência e do PROHOSP para aquele município, de modo a permitir-lhe maior eficiência financeira, em face dessa crise assistencial vivenciada. 3) A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, atendendo proposta (sugestão) apresentada pelo Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais, deverá levantar, até o dia 1º de novembro de 2016, informações acerca de existência de saldos de recursos financeiros dos blocos federais e incentivos estaduais, visando o pagamento dos atrasados e insumos para condições técnicas de funcionamento. Essas informações deverão ser repassadas, até o dia 1º de novembro de 2016, para a promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ribeirão das Neves e para o Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais. 4) A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves deverá, até o dia 04 de novembro de 2016 (sexta-feira), apresentar para a Promotoria de Justiça de

Defesa da Saúde da comarca de Ribeirão das Neves, bem como para o CAOSAÚDE, informações atualizadas a respeito do processo de credenciamento, pelo Ministério da Saúde, da UPA JOANICO, para porte II, haja vista que atualmente vem sendo financiada exclusivamente pelo município. De posse dessas informações, serão feitas articulações, em caráter de urgência, com o Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde para agilização do processo, permitindo-se sua sustentabilidade econômico-financeira, preferencialmente na lógica de 50% - 25% - 25% de cofinanciamento tripartite. 5) A Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com o Setor de Urgência e Emergência da SES-MG, levantará informações atualizadas a respeito da UPA Justinópolis, haja vista a notícia de que haveria um pedido de construção/reforma feito pelo município. 6) O município de Ribeirão das Neves, por meio da sua procuradoria, providenciará estudo acurado acerca do atual contrato celebrado com o ICISMEP, tendo como interposta empresa, para os fins de execução, a RCS, responsáveis pela oferta (contratação) dos profissionais médicos, na condição de pessoas jurídicas, para os atendimentos naquelas unidades de saúde. Deverá, outrossim, remeter para a promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca, no prazo até 04 de novembro do corrente ano, cópia do referido contrato, informações sobre os valores repassados para o ICISMEP, número de profissionais efetivos da UPA e HSJT, número de profissionais contratados pelo ICISMEP e/ou RCS, decomposição (natureza) dos valores inseridos na alegada taxa repassada para o ICISMEP, eventual cópia de lei autorizativa para essa celebração. 7) O Município deverá apresentar proposta de pagamento, até final do dia 1º de novembro do corrente ano, acerca de seu débito com os profissionais de saúde, na ordem aproximada de R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais), referentes aos meses de julho a outubro do presente ano. Essa proposta deverá ser informada para a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Ribeirão das Neves e para o CAOSAÚDE. 8) O município fica advertido de que, não havendo proposta efetiva de regularização dos pagamentos e, principalmente dos serviços de saúde naquelas unidades, poderá sofrer as consequências judiciais pelo Ministério Público. 9) O Ministério Público, no caso de descumprimento do acordado pelo município acerca da regularização dos serviços de saúde, na forma recomendada, assim como da apresentação de uma proposta efetiva de regularização dos pagamentos, insistirá na sua ação judicial, inclusive para os fins de responsabilização solidária, se for o caso, do ICISMEP, municípios integrantes do CISMED e RSS, bem como poderá representar o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais para os fins de

tomada de contas especial naquele município. 10) Pelo Ministério Público, SES-MG, COSEMS-MG e Auditor Chefe do DENASUS em Minas Gerais foi ressaltado o entendimento de que nos serviços de urgência e emergência NÃO é possível a suspensão ou paralisação dos serviços pelos profissionais médicos de saúde, mesmo que os motivos decorram de eventual falta de pagamento pelo contratante (município) pelos seus serviços prestados, haja vista que possuem instrumentos jurídicos necessários no ordenamento processual e no âmbito da literatura médica, para garantia desses seus direitos, inclusive para os fins de bloqueio judicial de contas, por meio de seus representantes legais ou constituídos. Definitivamente, a população não poderá ser afetada no seu direito à vida (urgência e emergência) por motivos que não participou ou deu causa. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MPMG</i> Coordenador do CAOSAÚDE	CLÁUDIA AUGUSTA LOPES DE MENDONÇA <i>Promotora de Justiça de defesa da Saúde da Comarca de Ribeirão das Neves</i>
JOÃO BATISTA DA SILVA Auditor Chefe do DENASUS Minas Gerais	FÁBIO AUGUSTO DE CASTRO GUERRA Presidente do CRMMG
IVANA RAIMUNDA DE MENEZES MELO Vice-presidente do CRMMG	CLÁUDIA NAVARRO CARVALHO DUARTE LEMOS 1ª Secretária do CRMMG
KÁTIA REGINA OLIVEIRA ROCHA Presidente Federassantas	MARCÍLIO ALVES DOS SANTOS Representante do COSEMS
LUANA DA CUNHA T. AMARAL Diretora Técnica do Hospital São Judas Tadeu	STEFÂNEA CAMPANHA DE SOUZA Diretora Clínica do Hospital São Judas Tadeu
JÚNIA N. BERNARDES Diretora Clínica da UPA Joanico	WANDHA KARINE DOS SANTOS Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte – SRS/BH
ÁGUEDA AMORIM CORRÊA L. SOUZA Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG	ANA CAROLINA AMARAL DE CASTRO HADAD Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG;

TIAGO SIMÕES LEITE Coordenador da urgência pediátrica	ODETE MARIA ALCÂNTARA Conselho Municipal de Saúde
JOAQUIM PEREIRA REIS Conselho Municipal de Saúde	EVA ALÍPIA DA SILVA Conselho Municipal de Saúde
ELAINE CRISTINA DE JESUS Conselho Municipal de Saúde	ROBSON FERNANDES DA CRUZ Conselho Municipal de Saúde
ARIETE DO P.S.DOMINGUES DE ARAÚJO Sindicato dos Médicos – Sinmed/MG	CRHISTIAN C. P. LIMA Setor da urgência e emergência da SES/MG
BRUNO CÉSAR F. ALVARENGA Médico	CLÁUDIO DINIZ VASCONCELOS Procurador adjunto do Município de Ribeirão das Neves
TÚLIO FANTORRI S. SOARES Representante dos Médicos	HUDSON ANDRÉ FRANCISCO Prefeitura de Ribeirão das Neves
JONATHAN ALMEIDA SANTOS Prefeitura de Ribeirão das Neves	PATRÍCIA COELHO SANCHES GOMES Hospital São Judas Tadeu



ATA REUNIÃO

**105ª Reunião de Mediação Sanitária:
Direito, Saúde e Cidadania
Hospital Nossa Senhora Auxiliadora - Caratinga/MG**

Aos dezoito dias do mês de maio do ano de dois mil e dezessete, na sala “BH” da Procuradoria Geral de Justiça, com endereço na Avenida Álvares Cabral, nº 1.690, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG, realizou-se a 105ª reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, em face do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, do município de Caratinga, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) e pela promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Caratinga para *apresentação, discussão e aprovação, pela Comissão Interventiva do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, do município de Caratinga/MG, acerca das propostas, pelo interessados, pessoas físicas ou jurídicas, no gerenciamento do referido prestador hospitalar, sob intervenção consensual promovida pelo Ministério Público, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), celebrado na sua forma consensual, visando sua recuperação assistencial, econômico-financeira, dada sua referência para a Região de Saúde de Caratinga.* Presentes na reunião Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador

do CAOSAÚDE; João Batista da Silva, chefe do DENASUS/MG; Juliana Colen de Paula Costa, Diretora da Diretoria de Política de Gestão Hospitalar da SES/MG; Wagner José Rodrigues Barbalho, Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano da SES/MG; Jacqueline Marli dos Santos, secretária Municipal de Saúde de Vargem Alegre. A reunião foi aberta pelo coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis que, mais uma vez, explicou para todos os objetivos da intervenção administrativa do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, do município de Caratinga/MG, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), na sua forma consensual, dada sua referência e responsabilidade sanitária para toda a Região de Saúde de Caratinga. QUE essa Região de Saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG, é integrada pelos municípios de Caratinga, Bom Jesus do Galho, Entre Folhas, Imbé de Minas, Inhapim, Piedade de Caratinga, Santa Bárbara do Leste, Santa Rita de Minas, São Domingos das Dores, São Sebastião do Anta, Ubaporanga, Vargem Alegre e Vermelho Novo, perfazendo uma população de 203.438 (IBGE/TCU-2016). QUE o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora é referência Hospital Geral de Urgência Nível II para essa Região de Saúde, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 1710, de 27 de dezembro de 2013 e a Resolução SES-MG nº 4.100, de 27 de dezembro de 2013 que altera a Resolução SES-MG nº 2.946, de 21 de setembro de 2011, reafirmada, posteriormente, pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2000, de 18 de novembro de 2014, que altera a Deliberação CIB-SUS/MG nº 916, de 21 de setembro de 2011, bem como a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.554, de 18 de novembro de 2014, que altera a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.946, de 21 de setembro de 2011. QUE, como referência regional, nível II para as urgências e emergências, conforme Resolução SES-MG nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, alterada pela Resolução SES-MG nº 4.448, de 20 de agosto de 2014, deverá ofertar os seguintes serviços: a) referência

microrregional populacional acima de 200.000 habitantes; b) plantão presencial 24 horas: Médico generalista, pediatra, cirurgião geral*, traumatoortopedista, gineco-obstetra (quando for referência para Maternidade), anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem; c) plantão médico alcançável das especialidades: neurologista, ainda que por telemedicina de um Hospital Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I da região; d) Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, bloco cirúrgico disponível para o Pronto-Socorro e Terapia Intensiva Geral. * Os casos de suspeita de lesão vascular deverão ser assumidos pelo cirurgião geral. QUE o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, do município de Caratinga/MG, recebe incentivo financeiro, do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais, no valor mensal de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) para atuação como retaguarda hospitalar de urgência, nível II. QUE a fragilização assistencial, econômico-financeira, do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, nível II das urgências, na Região de Saúde de Caratinga, compromete a Rede de Urgência e Emergência (RUE), integrada pelos componentes da atenção primária, Rede SAMU, Unidades de Pronto Atendimento, Retaguarda hospitalar de urgência e emergência, complexo regulador e comitê gestor macrorregional de urgência e emergência. QUE essa fragilização tem incrementado a judicialização da saúde, por meio de compras de leitos privados e/ou bloqueios judiciais, não contribuindo para a reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). QUE, não há dúvidas, da necessidade dessa intervenção administrativa, promovida pelo Ministério Público, por meio da celebração de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), na sua forma consensual, de modo a

permitir o ingresso de uma Comissão Interventiva, integrada por representantes (titular e suplente) do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Município de Caratinga e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG). QUE a Lei federal nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, altera a Lei federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, dispondo sobre gestão qualificada nas entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, com atuação na área da saúde, inclusive para os fins de regulamentação sobre a remuneração de seus dirigentes. **Em seguida, foi dada a palavra para cada um dos membros da Comissão Interventiva, decidindo-se pela formulação de critérios objetivos, a serem observados obrigatoriamente, pelo novo gestor/administrador hospitalar, antes mesmo da abertura das propostas pelos interessados.** Assim, foram aprovados seguintes critérios: **1)** O valor do contrato para a pessoa física ou jurídica, para os fins de administração do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora deverá ser, no máximo, de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), sendo a remuneração do administrador no valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais); do Diretor Técnico no valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) e, o restante, no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), para composição da equipe da administração hospitalar; **2)** Cópia de cada um desses contratos, mencionados no item anterior, inclusive quanto ao *staff* dos R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) restantes, deverá ser enviada para a Comissão Interventiva e ao Ministério Público; **3)** Nenhum dirigente remunerado poderá ser cônjuge ou parente até 3º (terceiro) grau, inclusive afim, de instituidores, sócios, diretores, conselheiros, benfeitores ou equivalentes da instituição, conforme Lei federal nº 12.868, de 15 de outubro de 2013; **4)** O contrato terá o prazo de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado, de acordo com a conveniência da prorrogação da estratégia da intervenção administrativa, pelo

Ministério Público, celebrada no Termo de Ajustamento de Conduta (TAC); **5)** Os serviços da nova administração serão avaliados pela Comissão Interventiva do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, bem como fiscalizados pelo Ministério Público.

6) A proposta vencedora, assim reconhecida pelo voto da Comissão Interventiva, para os fins de gerenciamento do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, deverá indicar o nome da pessoa física, responsável pela administração hospitalar, com requisitos obrigatórios de experiência profissional na área da saúde. **7)** O administrador hospitalar deverá possuir dedicação exclusiva, preferencialmente com residência no município de Caratinga; **8)** A Comissão Interventiva deverá elaborar seu regimento interno, com aprovação pelo Ministério Público; **9)** O Administrador hospitalar deverá cumprir o plano de ação estratégico, elaborado pela Comissão Interventiva e Ministério Público, para os fins de recuperação assistencial, econômico-financeira do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, sem prejuízo das práticas próprias de sua gestão profissionalizada convergente para os mesmos resultados operacionais; **10)** A Comissão Interventiva e o Ministério Público providenciarão junto ao conselho do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, outorga da procuração, com registro em cartório, com poderes gerais e específicos para o administrador hospitalar, para os atos de gerenciamento assistencial da unidade hospitalar. **Em seguida, foram abertas as propostas pelas pessoas físicas e jurídicas interessadas no gerenciamento da unidade hospitalar.**

1) A proposta apresentada pelo Instituto Brasil Novo Rumo, após discutida, foi desclassificada pela Comissão Interventiva, por não guardar referência clara com os objetivos pretendidos com a administração hospitalar; **2)** Foram classificadas pela Comissão Interventiva 03 (três) outras propostas, por preencherem os requisitos técnicos dos objetivos pretendidos, a saber: a) pessoa física Flávia Eugênia de Souza Rocha, b)

Instituto Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano – IBSAÚDE, c) Associação Mineira de Assistência à Saúde - AMINAS SAUDE; **3)** Cada um dos membros da Comissão Interventiva passou a apresentar pontos negativos e positivos em face das propostas classificadas. **Em seguida, não havendo mais discussão, passou a Comissão Interventiva ao processo de votação, com seguinte resultado: por 02 (dois) votos a 01 (um) foi aprovada a proposta apresentada pela pessoa jurídica AMINAS SAÚDE, seguida pela proposta da pessoa física Flávia Eugênia de Souza Rocha e, em 3º lugar, o IBSAÚDE.** Assim, definiu-se uma nova reunião da Comissão Interventiva, no dia 22 de maio de 2017, em Belo Horizonte, na sala de reunião BH, da Procuradoria Geral de Justiça, com a presença da pessoa jurídica AMINAS SAÚDE, para ciência dos critérios técnicos previamente definidos pela Comissão Interventiva, bem como para apresentação de sua documentação pessoal com comprovação, dentre outros, de sua experiência em gestão hospitalar. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça - MP/MG</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>JOÃO BATISTA DA SILVA <i>Chefe do DENASUS/MG</i> Comissão Interventiva</p>
<p>JULIANA COLEN DE PAULA COSTA <i>Diretora da Diretoria de Política de Gestão Hospitalar da SES/MG</i> Comissão Interventiva</p>	<p>WAGNER JOSÉ RODRIGUES BARBALHO <i>Superintendente Regional de Saúde de Coronel Fabriciano da SES/MG</i> Comissão Interventiva</p>
<p>JACQUELINE MARLI DOS SANTOS <i>Secretária Municipal de Saúde de Vargem Alegre</i> Comissão Interventiva</p>	<p>MARINEIDE CHAVES ANDRADE <i>Oficial do Ministério Público</i> CAOSAÚDE</p>



ATA REUNIÃO

106ª Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania Atenção Estadual Oncológica

Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezessete, na sala de reuniões do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE), com endereço na Rua Dias Adorno, nº 367, 6º andar, bairro Santo Agostinho, Belo Horizonte/MG, realizou-se a 106ª reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania, para os fins de discussão da situação assistencial-financeira da atenção estadual oncológica de Minas Gerais, solicitada por representantes da Assembleia Legislativa de Minas Gerais e prestadores hospitalares da atenção oncológica dos municípios de Alfenas, Montes Claros e Juiz de Fora. Presentes na reunião **Gilmar de Assis**, promotor de justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; **Arlen Santiago**, Deputado Estadual (PTB), 3º Secretário da Mesa da Assembleia Legislativa de Minas Gerais; **Dilson de Quadros Godinho Júnior**, representado o Hospital Dilson Godinho; **Antônio César dos Santos**, Hospital Dilson Godinho do Município de Montes Claros; **Bruno Eduardo Pereira Laporte**, médico mastologista do Instituto Oncológico do Município de Juiz de Fora; **Rita Flávia de Aquino Guedes**, Instituto Oncológico do Município de Juiz de Fora; **Leonardo Justino Martins**, representando a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (Federassantas); **Edmilson de Souza**

Carmo, assessoria de gabinete da ALMG. A reunião foi aberta pelo coordenador do CAOSAÚDE, promotor de Justiça Gilmar de Assis que fez saudação a cada um dos presentes, fazendo, em seguida sucinta contextualização normativa; QUE o programa SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama, aprovado pela Portaria GM/MS nº 779, de 31 de dezembro de 2008 é muito importante seu adequado funcionamento para a política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e mamas; QUE a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.072, de 20 de março de 2012, estabeleceu as diretrizes do Programa Estadual de Controle do Câncer de Mama de Minas Gerais; QUE a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.115, de 18 de abril de 2012 dispõe sobre a prestação de serviços de definição de diagnóstico e início de tratamento do Câncer de Mama nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; QUE a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.409, de 19 de março de 2013 e a Resolução SES-MG nº 3.687, de 19 de março de 2013, foram marcos importantes da política de atenção oncológica, uma vez que permitiram maior otimização e transparência nos processos de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, por meio de contratação eficiente que priorizou o início do atendimento dos usuários em até 30 (trinta) dias; QUE essa estratégia permitiu o pagamento no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) por mulher com classificação Bi-Rads 4,5, ou 6, com definição diagnóstica finalizada e no caso de achados malignos, com início do tratamento da paciente, em até 30 (trinta) dias; QUE a Portaria nº 59, de 1º de outubro de 2015, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde (MS) acatou as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama nº 160, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), do Ministério da Saúde (MS);

QUE, nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) não mais recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos, por entender que os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios; QUE, em decorrência, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.380, de 17 de agosto de 2016 e a Resolução SES-MG nº 5.409, de 17 de agosto de 2016, deram nova redação, respectivamente, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.115, de 18 de abril de 2012 e Resolução SES-MG nº 3.259, de 18 de abril de 2012; QUE, a partir daí, os prestadores de serviço CACON e UNACON deverão realizar todos os procedimentos necessários para definição diagnóstica na presença ou não de tumor maligno para Câncer de Mama nas mulheres com exame de mamografia com classificação Bi-Rads 4 ou 5 realizado pelo Sistema Único de Saúde; QUE, da mesma forma, restou estabelecido o valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) por mulher, que apresentar exame de mamografia com classificação Bi-Rads 4 ou 5, realizado pelo Sistema Único de Saúde, com definição diagnóstica finalizada em 30 (trinta) dias contados a partir da data de liberação do laudo da mamografia e, no caso de achados malignos com início do tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico, num prazo de realização em até 60 (sessenta) dias contados a partir da data de liberação do laudo da mamografia. **Em seguida**, foi dada palavra para o Deputado Estadual ARLEN SANTIAGO; QUE os prestadores oncológicos já realizaram mais de 06 (seis) reuniões com a Secretaria de Estado de Saúde, nos seus diferentes setores, inclusive com o Secretário Estadual de Saúde Sávio Souza Cruz, para melhor discussão da vigente política de prevenção oncológica; QUE nada foi alterado ou melhor decidido pela SES-MG; QUE os prestadores são credores da produção desses serviços de busca ativa de mulheres, com laudos confirmados, desde 2014, contudo, não havendo o pagamento pela Secretaria de Estado de Saúde; QUE nem mesmo depois da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.380, de 17 de agosto de

2016 e a Resolução SES-MG nº 5.409, de 17 de agosto de 2016, com nova redação, houve o pagamento do valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) por mulher, que apresentar exame de mamografia com classificação Bi-Rads 4 ou 5; QUE a SES-MG tem promovido as auditorias previstas no artigo 8º da Resolução SES-MG nº 5.409, de 17 de agosto de 2016 e, mesmo assim, não tem realizado os devidos pagamentos; QUE o Hospital Dilson Godinho já foi auditado 04 (quatro) vezes pela SES/MG, mas mesmo assim não recebeu os recursos atrasados; Que são, atualmente, 680 (seiscentos e oitenta) procedimentos realizados pelo hospital Dilson Godinho, porém sem pagamento; QUE há um excelente software, utilizado à época pela SES-MG, para registro de todas as mamografias realizadas pelos diferentes prestadores CACON e UNACON, permitindo-se a busca ativa do paciente pelo próprio prestador, incentivado pelo pagamento do valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) por mulher com mamografia classificada no BI-Rads 4 ou 5; QUE esse programa da busca ativa passou por deliberação na CIB-MG; QUE é um modelo nacional de atuação oncológica; QUE esse programa permitiu mudar a expectativa de vida de mulheres com câncer de mama; QUE não concorda com a exclusão das mulheres, com câncer de mama, com classificação (mamografia) BI-Radis 6, desse programa incentivado de busca ativa; QUE, também, não concorda com a exclusão das mulheres, sem definição diagnóstica de câncer (maligno ou benigno) de mama, classificada no BI-Radis 0, uma vez que nesse caso teriam que ser submetidas a um exame de ultrassonografia, com maior custo para o Sistema Único de Saúde; QUE, nesses casos, devido à pouca oferta de procedimentos diagnósticos pelo SUS, em face dos municípios (PPI assistencial), o efetivo exame sempre é tardio, com agravamento do quadro clínico da paciente; QUE provavelmente muitas dessas mulheres estão fora do SUS, com agravamento de sua patologia, uma vez que houve redução de 30% de sua procura nos prestadores CACON e UNACON; QUE boa

parte dos prestadores CACON e UNACON não querem aderir à Resolução SES-MG nº 5.409, de 17 de agosto de 2016, em especial no programa incentivado de busca ativa, por não estarem recebendo o que lhes é devido pela SES-MG; QUE não concorda com as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama nº 160, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), do Ministério da Saúde (MS) no tocante à restrição do exame de mamografia para mulheres com menos de 50 anos de idade; QUE, no seu entendimento, ombreado pela Sociedade Brasileira de Mastologia, a chance de cura e de qualidade de vida para mulheres com menos de 50 anos de idade, com diagnóstico de câncer de mama atestado pela mamografia, seria bem maior, com aumento de expectativa de vida; QUE não concorda com a exclusão do procedimento da ultrassonografia nos casos de mulheres cujos resultados de mamografia tiverem classificação BI-Rads 0; QUE nos casos em que essas mulheres, com planos de saúde, submetidas a um exame de mamografia, com classificação BI-Rads de câncer de mama, estão sendo equivocadamente submetidas a uma nova mamografia, quando esses serviços são transferidos para o SUS, com possibilidade de agravamento do quadro clínico pela desnecessária exposição à radiação. **Em seguida, discutidos os fatos, sua repercussão jurídica-social e assistencial, deliberou-se pelos seguintes: 1)** Devido à repercussão estadual, o CAOSAUDE discutirá com a SES-MG, na forma de mediação, acerca de levantamento e efetivo pagamento do atrasado dos prestadores CACON e UNACON, incentivados pelo programa da busca ativa, conforme normas administrativas vigentes, desde o ano de 2014, haja vista que muitos deles já passaram pela auditoria prevista no artigo 8º da Resolução SES-MG nº 5.409, de 17 de agosto de 2016; **2)** Devido à repercussão estadual, o CAOSAUDE discutirá com a SES-MG, na forma de mediação, possibilidades do

resgate do programa, com respectivo software, aprovado à época pela Deliberação CIB-SUS/MG, acerca do registro das mamografias, permitindo-se sua busca ativa pelos prestadores CACON e UNACON com adesão ao referido programa estadual; **3)** Devido à repercussão estadual, o CAOSAUDE discutirá com a SES-MG, na forma de mediação, acerca de estratégias que não exponham desnecessariamente mulheres com câncer de mama, aos efeitos da radiação, nos casos de já possuírem resultados de mamografia, classificadas por BI-Rads, originadas de planos de saúde ou custeio privado. Essa medida ombreia-se com a grave preocupação dos efeitos da radiação constantes das Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama nº 160, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), do Ministério da Saúde (MS); **4)** Devido à repercussão estadual, a gravidade da matéria e sua complexidade técnica, o CAOSAUDE discutirá com a SES-MG, na forma de mediação, criação de um Grupo de Trabalho (GT) para discussão e aprimoramento das normas acerca da detecção precoce do câncer de mama, em face dos prestadores CACON e UNACON de Minas Gerais; **5)** Ressalta-se que todas essas diligências, em caráter de urgência, terão como escopo, também, subsidiar operacionalmente a atuação dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na Defesa da Saúde. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS Promotor de Justiça - MP/MG Coordenador do CAOSAUDE</p>	<p>ARLEN SANTIAGO Deputado Estadual (PTB) 3º Secretário da Mesa da Assembleia Legislativa de Minas Gerais - ALMG</p>
<p>DILSON DE QUADROS GODINHO JÚNIOR Representando o Hospital Dilson Godinho do Município de Montes Claros</p>	<p>ANTÔNIO CÉZAR DOS SANTOS Hospital Dilson Godinho Município de Montes Claros</p>
<p>BRUNO EDUARDO PEREIRA LAPORTE Médico Mastologista do Instituto Oncológico do Município de Juiz de Fora</p>	<p>RITA FLÁVIA DE AQUINO GUEDES Instituto Oncológico do Município de Juiz de Fora</p>
<p>LEONARDO JUSTINO MARTINS Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais Federassantas</p>	<p>EDMILSON DE SOUZA CARMO assessoria de gabinete do Dep. Arlen Santiago ALMG.</p>

ANEXO C



ATA REUNIÃO

XI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Belo Horizonte – MG

Aos vinte dias do mês de agosto do ano de dois mil e doze, às quatorze horas e trinta minutos, na sala de reunião do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde – CAO-Saúde, com endereço na Rua Dias Adorno, nº 367 – 6º andar, Santo Agostinho, Belo Horizonte - MG realizou-se a XI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em face da discussão da problemática do HOMECARE para a paciente BÁRBARA BRUNA DE SOUZA CHAVES, cujos fatos são reportados nos autos do Inquérito Civil Público nº 0027.12.00309-3, instaurado pela 2º Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Betim/MG. Presentes a reunião: Dr. Gilmar de Assis, promotor de justiça, Coordenador do CAO-SAUDE; Dra. Giovanna Carone Nucci Ferreira, promotora de justiça de defesa da saúde da comarca de Betim; Kátia Regina de Oliveira Rocha, Advogada da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais; Luiz Aparecido Quadro, representante da empresa Goodlife; Lucas Silva P. Martins, representante da Goodlife; Heder Martins, Secretaria Municipal de Saúde de Betim; Bernardo Vinícius Gontijo, representante da empresa Pedilar; Geruza Pereira Gomes Almeida, Serviço de Atenção Domiciliar da secretaria

municipal de saúde de Betim; Júnia Mara de Souza Chaves, genitora da menor Bárbara e Rui Miranda Filho, representante da empresa Pedilar. Aberta a reunião, pelo coordenador do CAO-Saúde foi informado sobre os objetivos e limites da presente audiência, com finalidade de se chegar consensualmente à melhor solução para a problemática, sem se afastar das condicionantes da dignidade da pessoa humana, do tratamento integral qualificado da menor Bárbara, atualmente oferecido pela Goodlife junto ao prestador Pedilar; da Lei 9.656/98 e Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011. Pelo município foi informado que o programa de saúde disponível para a menor Bárbara é o da SAD – Serviço de Atenção Domiciliar, conforme já informado ao juízo da causa. Pelo Ministério Público foi indagado quanto a possibilidade de o município arcar com os custos mensalmente do atual plano de saúde, por entender que esses custos operacionais em face do tratamento da menor Bárbara, atualmente cerca de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) mensalmente, aqui incluídos insumos, materiais, medicamentos e RH especializados são mais onerosos. Pela operadora Goodlife foi dito que o preço para uma eventual contratualização individual, conforme registro de preços na ANS, é de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais); Que quando de sua sucessão pela operadora AMIL junto àquela empresa (SADA – Transportes), em fevereiro do corrente ano, foi repassado toda sua carteira (ativos e inativos) essa nova empresa, com comunicação de sua alteração junto à ANS; Que não sabe informar os motivos pelas quais a empresa AMIL deixou de assumir o tratamento da menor Bárbara. Pela genitora da menor Bárbara foi informado que a operadora AMIL teria assumido a responsabilidade sanitária pelos trabalhadores ativos e inativos da empresa SADA, ressalvando, de forma discriminatória, exclusivamente com relação à sua filha. Pelo Ministério Público foi dito que o comportamento da operadora AMIL é passível de auditoria de sistema pela ANS. Pelos profissionais de saúde da empresa Pedilar foi dito que o atual quadro de saúde da menor Bárbara melhor se amolda à situação de internação domiciliar e não o de atenção domiciliar, este último disponível no SUS. Que a empresa

pedilar presta serviços atualmente para a operadora de saúde AMIL.. **PROPOSTA CONCILIAÇÃO, FOI ACEITA NOS SEGUINTE TERMOS:** 1) O ministério Público requisitará, no prazo de 02 (dois) dias, auditoria de sistema junto a ANS em face do comportamento da empresa AMIL, em tese, em desconformidade com as regras administrativas da ANS e da própria Lei 9.656/98; 2) o município, através de sua procuradoria, terá acesso aos autos do processo nº 0027.10.023.081-5, com curso na 4ª Vara Cível da Comarca de Betim, a fim de melhor informar-se quanto aos fatos; 3) a genitora da menor Bárbara, querendo, ingressará com ação judicial, com tutela antecipada, em desfavor da operadora AMIL, visando garantir do tratamento médico da menor Bárbara, haja vista sua sucessão como operadora de saúde responsável na carteira dos empregados ativos e inativos da empresa SADA; 4) pela operadora GoodLife foi prorrogado sua responsabilidade de garantia do tratamento da menor Bárbara, mediante execução pela prestadora Pedilar, pelo prazo de 60 (sessenta) dias, a contar do dia 31 de agosto do corrente ano, mantendo-se a mesma atenção e qualidade técnica do tratamento durante esse período. Nada mais havendo, encerrou-se a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

Gilmar de Assis
Promotor de Justiça - MP/MG
Coordenador do CAO-SAÚDE

Lucas Silva P. Martins
Representante da Goodlife

Giovanna Carone Nucci Ferreira
Promotora de Justiça de Defesa da
Saúde Comarca de Betim

Heder Martins
Procurador Adjunto da
Secretaria Municipal de Saúde
Betim/MG

Bernardo Vinícius Gontijo
Representante da empresa Pedilar

Luiz Aparecido Quadros
Representante da GoodLife

Kátia R. Oliveira Rocha
Federassantas

Geruza Pereira Gomes Almeida

Serviço de Atenção Domiciliar
Secretaria Municipal de Saúde –

Júnia Mara de Souza Chaves

Genitora da menor

Rui Miranda Filho

Profissional de saúde da Pedilar



CAOSAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DE DEFESA DA SAÚDE

MPMG
Ministério Público
do Estado de Minas Gerais

Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho
30190-100 – BELO HORIZONTE – MG
Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

LXXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Hospital E Maternidade Octaviano Neves

Aos quinze dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze, na Sala de Reuniões do Ministério Público de Minas Gerais, com endereço na Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho, Capital, realizou-se a LXXIII Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para tratar da operacionalização do estudo de morbidade grave maternal e neonatal em Belo Horizonte/MG, conforme estratégia do TCT nº 117/2014. Compareceram na reunião um total de 03 (três) pessoas, dentre representante da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Capital e da Secretaria Municipal de Saúde (Perinatal). Presentes na reunião Gilmar de Assis, Promotor de Justiça, Coordenador do CAOSAÚDE, Nélio Costa Dutra Jr., Promotor de Justiça da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG e Sônia Lansky, Secretaria Municipal de Saúde. A reunião foi cancelada, tendo em vista o não comparecimento dos representantes do Hospital e Maternidade Octaviano Neves. Restou *deliberado agendamento de nova reunião, com data ainda não prevista, sem prejuízo de uma visita técnica pelo Ministério Público ao Hospital e Maternidade Octaviano Neves, para os fins de verificação in loco dessas pendências.*

GILMAR DE ASSIS
Promotor de Justiça
Coordenador do CAOSAÚDE

NÉLIO COSTA DUTRA JR.
Promotor de Justiça
Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde –
Belo Horizonte/MG

SÔNIA LANSKY
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadora da Comissão Perinatal da SMS/BH



CAOSAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DE DEFESA DA SAÚDE

MPMG
Ministério Público
do Estado de Minas Gerais

Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho
30190-100 – BELO HORIZONTE – MG
Telefone: 3330-9515/33308399 – e-mail: caosaude@mp.mg.gov.br

ATA REUNIÃO

LXXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania Hospital Felício Rocho

Aos dezesseis dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze, na Sala de Reuniões do Ministério Público de Minas Gerais, com endereço na Rua Dias Adorno, 367 – 6º andar – Santo Agostinho, Capital, realizou-se a LXXVI Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, sob a coordenação do Ministério Público, em especial pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) para definição do contrato POA - Plano Operativo Anual – 2015 do Hospital Felício Rocho, conforme proposta apresentada. Participaram da reunião um total de 06 (seis) pessoas, dentre representantes do Hospital Felício Rocho e da 21ª Promotoria de Justiça de Tutela das Fundações. Presentes na reunião Gilmar de Assis, Promotor de Justiça, Coordenador do CAOSAÚDE; Valma Leite da Cunha, Promotora de Justiça da 21ª Promotoria de Justiça de Tutela das Fundações da Comarca de Belo Horizonte, Coordenadora do CAOTS; Carlos Manoel da Silva, Hospital Felício Rocho, Daniel Carvalho Monteiro de Andrade, Hospital Felício Rocho, Guy Maria Villela Pachoal, Hospital Felício Rocho e José Carlos Nitzsche, Hospital Felício Rocho. A reunião foi aberta pelos representantes do Ministério Público. Em seguida, passou-se a palavra para o Diretor Presidente do Hospital Felício Rocho, **Guy Maria Villela Pachoal**, que assim se manifestou: QUE o Hospital Felício Rocho se encontra em processo de definição do contrato do POA – Plano Operativo Anual - 2015. QUE, desde o ano de 2014, o Hospital vem fazendo contatos oficiais com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG visando regularização da situação, em especial assinatura do POA- Plano Operativo Anual – 2015. QUE esse POA encontra-se vencido. QUE, até o momento, não foram comunicados de qualquer decisão pela Secretaria Municipal de Saúde. QUE o Hospital apresentou, no mês de abril do corrente, uma proposta de POA para a SMS/BH, de modo a permanecer com seu CEBAS, com prestação de serviços ao SUS na forma de gratuidade. QUE não houve qualquer resposta quanto à aceitação dessa proposta. QUE atualmente as receitas do SUS correspondem cerca de 35% do global arrecadado pela

Instituição. QUE a política de trabalho da Instituição tem sido voltada para prestação de serviços pela saúde suplementar. QUE a Instituição não concorda com a regra legal prevista pela Lei federal nº 12.101, de 2009, ou seja, da disponibilização de 60% dos seus serviços para atendimento SUS. QUE, por outro lado, não quer perder sua condição de filantropia. QUE sua proposta consiste na oferta de 35% dos seus leitos para o SUS, somados aos 10% dos atendimentos ambulatoriais e ao 1,5% para atendimentos em especialidades de oncologia, totalizando 46,5%, sendo os 13,5% restantes para complementar o obrigatório 60% de atendimentos aos SUS, substituído pelas ações de gratuidades correspondentes a 10% da receita de FFR-HFR. QUE, dentre os procedimentos listados pela Instituição, para oferta à política da gratuidade, estão cardiologia intervencionista com stent farmacológico; implante Stent Intracraniano tratamento cirúrgico do aneurisma cerebral gigante; cirurgia de epilepsia com implante estimulador vagal (inclui o estimulador); cirurgia de neuromodulação medular. QUE tem conhecimento de que boa parte desses procedimentos atualmente o município de Belo Horizonte tem sido instado pela via da judicialização. QUE, ainda, boa parte desses procedimentos não contam com cobertura pelo SUS. QUE a proposta apresentada pelo Hospital Felício Rocho é fruto de grandes discussões, auditoria e pareceres contábeis. **Dada a palavra ao Promotor de Justiça, Gilmar de Assis, Coordenador do CAOSAÚDE**, explicou os objetivos da estratégia da ação institucional da Mediação Sanitária, sob a coordenação do Ministério Público, integrada pelos diversos parceiros, jurídicos ou não. QUE reconhece a importância dos avanços das discussões, haja vista que atualmente o Hospital encontra-se descoberto do CEBAS, fazendo aprovisionamentos mensais para eventuais depósitos eventualmente cobrados pelo Fisco. QUE é preciso finalizar a discussão sobre a renovação do POA 2015. QUE reconhece a importância do Hospital Felício Rocho, no conjunto dos demais prestadores, para a saúde pública. QUE essa Instituição é demandada não somente pela população de Belo Horizonte, mas também de outros municípios no seu entorno (micro ou macrorregional de saúde). QUE o SUS possui regras próprias para sua regulação, autorizada pela própria Constituição Federal (CF). QUE a participação das entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos na assistência à saúde está regulada pela Lei federal nº 12.101, de 2009, Lei federal nº 12.863, de 15 de outubro de 2013 e Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. QUE os critérios legais para que a entidade possa obter ou renovar seu CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social são aqueles descritos no artigo 4º da Lei federal nº 12.101, de 2009, dentre eles, ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento). QUE a regra prevista no artigo 8º da supracitada lei aponta para discricionariedade gestora. QUE somente não havendo interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade de saúde ou contratação abaixo do percentual mínimo de 60%, é que se poderá convencionar percentual de sua receita (entidade) em gratuidade na área da saúde. QUE dificilmente se conseguiria na Justiça uma determinação judicial que ultrapassasse essa discricionariedade gestora.

QUE reconhece a difícil decisão do Gestor SUS local na proposta apresentada pelo Hospital Felício Rocho, haja vista que poderá abrir precedentes em face dos demais prestadores de serviços de saúde. QUE há demandas reprimidas de procedimentos em saúde no município de Belo Horizonte, razão pela qual teria que o Gestor SUS local também se justificar quanto a isso, no caso de contratação de serviços SUS com o Hospital Felício Rocho em percentual abaixo do mínimo legal. QUE sem essa declaração formal pelo Gestor SUS local não se poderá fazer o registro no Ministério da Saúde (MS), visando a renovação do CEBAS. QUE a proposta feita pelo prestador Hospital Felício Rocho não poderá ser desconsiderada. QUE há espaços para avanços de consensos. QUE, no caso de não se conseguir a aprovação do POA 2015, conforme critérios de percentuais abaixo do mínimo obrigatório, complementado por ações de gratuidade, poderá se discutir a contratação dos serviços do referido prestador, no percentual dos 60% (sessenta por cento) pela regra de orçamentação parcial, com equilíbrio econômico-financeiro, conforme indução da Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013) e regras de contratualização (Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013). QUE no caso de falta de consenso quanto à primeira proposta (ações complementares de gratuidade) poderá se avançar na proposta da orçamentação parcial, podendo ser chamado à discussão a SES-MG, visando complementação financeira por incentivos/programas estaduais, como, exemplo, PROHOSP. **Dada a palavra para a promotora de Justiça Valma Leite** manifestou no sentido de que, na próxima reunião, com a presença da Secretaria Municipal de Saúde, seja priorizada a discussão sobre a proposta apresentada pelo Hospital Felício Rocho. QUE é preciso reconhecer a importância das entidades do Terceiro Setor, em especial na área da saúde. QUE hoje essas entidades representam quase 90% dos atendimentos SUS em Minas Gerais. QUE não é razoável a postergação da decisão da SMS e do Jurídico no tocante à proposta feita pela entidade. **Em seguida, foi deliberado** pela designação de uma nova reunião na sede do Ministério Público, devendo ser convidados, dentre outros, o Procurador-Geral do Município e o Secretário Municipal de Saúde, de modo que possam oficializar posicionamento institucional do município no tocante à proposta (POA 2015) apresentado pelo Hospital Felício Rocho, para os fins de direito. Essa reunião será designada após o dia 05 de outubro do corrente ano. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente reunião, com registro em ata para produção de seus efeitos jurídicos e legais.

<p>GILMAR DE ASSIS <i>Promotor de Justiça</i> Coordenador do CAOSAÚDE</p>	<p>VALMA LEITE DA CUNHA <i>Promotora de Justiça</i> Promotoria de Justiça de Tutela das Fundações</p>
<p>GUY MARIA VILLELA PASCHOAL Diretor Presidente Hospital Felício Rocho</p>	<p>JOSÉ CARLOS BRAGA NIZTSCHÉ Diretor Administrativo e Financeiro Hospital Felício Rocho</p>
<p>CARLOS MANOEL DA SILVA Controller da Fundação Hospital Felício Rocho</p>	<p>DANIEL MONTEIRO DE ANDRADE Jurídico da Fundação Hospital Felício Rocho</p>