



## Conselho Deliberativo de Saúde (CDS)

<b>ATA N° 008/2022</b>	<b>Data:</b> 16 de agosto de 2022
<b>Local:</b> <i>on line google meet</i>	
<b>Conselheiros Presentes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Marcos Antônio da Silva – Titular substituto SEPLAGTD</li><li>• Edson Simões da Rocha Filho – Titular Secretaria de Finanças</li><li>• Maria Tereza Mazoco Times – Titular Procuradoria Geral do Município</li><li>• Luciana Caroline Albuquerque D´ Angelo – Titular Secretaria de Saúde</li><li>• Natália Rayane Couto Barbosa – Titular Câmara Municipal do Recife</li><li>• Lúcia de Fátima Miranda e Silva – Titular SINDSEPRE</li><li>• Graciliano Gama da Silva – Titular SINDACS-PE</li></ul>	
<b>Conselheiros Ausentes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Igor Corrêa de Andrade – Titular do SIMPERE</li></ul>	
<b>Convidados Presentes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fernanda Albuquerque – Gerente da Saúde Recife</li><li>• Cláudia Azevedo – servidora da Rede Credenciada</li><li>• Lucas Andrade – Diretor Executivo/Médico Cardiologista – Clínica Florence</li><li>• Glauco Roberto – servidor da Rede Credenciada</li><li>• Kátia Salgado – Auditora Interna, AMPASS</li><li>• Raquel Gehling – Diretora Comercial/Economista – Clínica Florence</li></ul>	
<b>Presidente do Conselho:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Marcos Antônio da Silva – Titular substituto - SEPLAGTD</b></li></ul>	
<b>Designação dos Membros:</b> Portaria n° 0560 de 18 de março de 2021 (publicada no DOM de 16/03/2021)	
<p>Senhor Marcos Antônio inicia a reunião saudando a todos e todas e informando sobre as pautas a serem discutidas que são: apresentação do novo prestador e a representação do SIMPERE, passando a palavra para Sra. Fernanda Albuquerque, que saúda a todos e apresenta o Dr. Lucas Andrade e a Sra. Raquel Gehling, cuja presença deve-se a deliberação de novos serviços que serão apresentados por Dr. Lucas, como sejam: internação para cuidados paliativos e reabilitação, transferência de beneficiário na UTI para melhor atendimento, fizemos análise de avaliação de custo visando não onerar ainda mais o sistema. Após várias conversas trazemos para o Conselho o que é de benefício para os clientes e após apresentação poderíamos tirar dúvidas, e deliberar</p>	

acerca do credenciamento. O Dr. Lucas saúda a todos e agradece o espaço, inicia falando sobre a transição, referências e modelos indicadores utilizados na cadeia de saúde. A Sra. Raquel - Diretora Comercial, agradece a todos também. O Dr. Lucas retoma a fala, mencionando que clínica desde 12/2021 trabalha com altas gestões, onde no modelo atual do sistema de saúde, 1/3 dos gastos não agrega nenhum valor assistencial quando se é eficiência em saúde. Temos o maior desafio devido o envelhecimento populacional, na pertinência das terapias. No grupo de idosos o desafio é maior, temos como ponte o Hospital de transição ou Hospices, não é hospital de retaguarda quando com o tempo o paciente precise sair com alta programada e de lá vai para outro hospital podendo sair através de óbito, com ou sem home care para o domicílio ou com retaguarda conforme a necessidade de manutenção, às vezes sem porta de saída, e entre 30% e 70% desses pacientes vem de uma UTI, com impacto na redução de custo. A economia é maior podendo ser com óbito ou reabilitação e vai pra casa com ou sem suporte de home care e todo atendimento é através de encaminhamento não como hospital de emergência que o paciente chega e a gente atende, 15% desses retornam para o hospital. Em referência à Portugal com 10 milhões de habitantes com uma média de 6 mil leitos. No Brasil com mais de 20 mil habitantes não temos nem 4 mil leitos de transição, o objetivo é reduzir os hospitais de altas complexidades onde tem mais custos e não é adequado para maiores permanências. A média de permanência em hospitais gerais é cerca de 5 e 6 dias em convalescência até 30 dias, média de permanência de 30 a 90 dias, longa permanência 90 dias. Fazendo um comparativo de leitos pós agudos, entre alguns países como Inglaterra, Alemanha, Canadá, Portugal, Reino Unido, Austrália e Brasil, esses tem um diferencial de leitos disponíveis enquanto no Brasil onde temos 14/1000 leitos pós agudos, isso tá ligado ao custo que temos hoje na saúde, nos Estados Unidos os pacientes estão na média dos 48%, 20% casos de enfermagem, 16% home care 4% unidade de reabilitação intensiva, 3% para o Hospice com cuidados paliativos para fim de vida, 1% para paciente em condições complexas como ventilação mecânica tudo para reduzir custo e ter cuidado adequado “dizemos paciente certo, no lugar certo, na hora certa com custo certo”. Então, a Florence atende 2 perfis de hospitalidade. Os Hospices quando começa a perder funcionalidade de difícil controle. Os de reabilitação seja funcional ou com adequação de cuidados, a funcional com uma recuperação plena e a adequação de cuidados, é aquela que o paciente não sai com plena recuperação, mas faz uma adaptação necessária. Para fazer essa transição sem ruptura chama a atenção que, 50% são pacientes que chegam a Florence, depois de 60 dias hospitalizados, precisam de cuidados de reabilitação, reunir família e junto do paciente fazer uma discussão se há a necessidade de um retorno para o leito de UTI. Dos que são atendidos na Florence 90% são idades com mais de 65 anos, 36% acima de 85 anos. Classificamos como pacientes pesados, heavy users, geram maiores custos devido o tempo maior de internação e maior uso de tecnologia. Na estrutura contamos com médico 24/7, diarista, horizontais, plantonistas, diaristas com formação, suporte telemedicina e fisioterapia, TO, fonoaudiologia, um técnico de enfermagem para cada 4 leitos, uma enfermeira para cada 10-12 leitos, um fisioterapeuta para cada 4-5 pacientes e 60% vêm de UTI. Recebemos paciente com VM, HD, NPT avaliação de risco, acompanhamento de funcionalidade para casos de reabilitação, certificação de capacidade, necessidade de acompanhantes onde falaremos mais adiante. As principais condições atendidas são pacientes pós-operatório, politrauma, AVC, Guillan-Barré, pós Sepsis, cirurgia ortopédica em idoso, traqueostomizado, demência com marcadores de fase final, insuficiência cardíaca, DPOC, fibrose pulmonar, com necessidades de curativos complexos. São paciente que se não fosse para um tratamento como na Florence, ele ficaria muito mais tempo internado. Tivemos um paciente de 93 anos com mais de 63 dias de internação em Salvador que foi direto pra UTI na Florence, tinha deficiência na produção de glóbulos vermelhos na coluna, necessitou de procedimentos/medicação e ficou em torno de 20 dias, não tinha perspectiva de transplante ou de cura junto com a família e não tinha sentido fazer transfusão até vir a óbito. É um serviço importante, ele faleceu com a família ao redor. Na Unidade Recife o

paciente fica restrito ao leito, mas não ao quarto com equipe e família. Um paciente sem perspectiva de vida veio de uma internação de 96 dias e está sendo encaminhado para residência com gerenciamento, e um outro caso de um paciente de forma grave com Guillan-Barré internado ainda, mas já fazendo caminhada no jardim com andador especial de tronco. Na avaliação usamos o NPC, uma ferramenta importante para entender a experiência do cliente, chegou a 93% de óbito, nos hospitais privados no Brasil o NPS chega a 98%, podendo ir + 100 ou - 100%. Na Florence a média de internação em média global 37 dias, de reabilitação adequada 42 dias, cuidados paliativos 26 dias e reabilitação funcional 41 dias. De fato, se posicionando como uma unidade de transição com 86% das altas dentro do prazo. Temos uma estimativa de tempo de internação, a ficha de evolução de um paciente em reabilitação onde existe uma escala e medimos semanalmente, isso mostra se o paciente tem progresso ou não. Todo ele tem uma porta de saída e isso reflete a média de permanência. Mandamos um parecer para Sra. Kátia e Sra. Fernanda para uma estimativa de tempo de internação elas são em dias exatos ou antecipam, na ficha de acompanhamento eles são medidos por escalas com o objetivo de um médico visitar e se tiver alteração no quadro não estando melhor não pode ter alta. Na parte funcional nas escalas Barthel e MIF mostra a independência dos pacientes. A agenda dos pacientes referente a rotina ocupacional. É de extrema importância o engajamento da família, tudo compartilhado com acompanhante e paciente, precisam se preparar para o momento da alta, também são protagonistas no plano de cuidado cumprir com os horários e tratamentos. Temos um índice de 85% de adesão e realização no cumprimento do que foi planejado. A MIF – COVID numa análise crítica 69,1% com dependência moderada, 54,6% total dependência na alta. Diante de uma apresentação feita na empresa, na Florence 65% tinha indicação de internação domiciliar de 24h, 28% usava traqueostomia, 58% de dieta normal e 64% apresentava lesão na pele e no momento de alta 0% saíram de internação domiciliar, o follow-up de 90 dias de pacientes que tiveram alta com qualidade de vida, 7,9% de (0 a 10). No prontuário mostra desenvolvimento das famílias, onde são capacitadas com as competências necessárias para continuarem quando os pacientes tiverem alta com entrega de certificado dando aptidão para acompanhar paciente em determinada situação. Tem momentos que usa sonda mas há a necessidade de ficar internado levando a permanência por mais tempo, então, vamos treinar a família e o que é de competência técnica do profissional de saúde. Na ficha de avaliação do check list que é acompanhado pelo terapeuta ocupacional, e que com 24h de internado precisamos saber para onde o paciente vai, para casa de quem, pessoa que vai receber, cômodos que ele vai ficar onde as vezes precisamos fazer intervenção, as vezes até alterar estrutura para alargar facilitando a entrada do paciente. Essa conversa ocorre ainda com o paciente internado, não no momento da alta. As vezes recebemos um paciente que fez cirurgia de fêmur, após 10 dias de internação e quando chega na Florence e uma das perguntas mais comuns é saber se o paciente tem tapete em casa no momento da avaliação de risco, o que é muito conhecido como fator de risco de domicílio. Paciente com AVC ele deve receber 3h de reabilitação por dia, 5 vezes por semana. Nos primeiros 90 dias, após internação é onde se tem a maior chance de recuperação, 95% dos ganhos estão nesse período devido o tratamento. Em Portugal já usa há muito tempo o modelo de classificação e paciente com AVC se é classificado leve, moderado ou grave vai para reabilitação da Florence, dependendo de sua avaliação ele vira um paciente ambulatorial. No Canadá também estuda muito esse tema do AVC, principalmente custo x efetividade, pacientes reabilitados têm menor taxa de mortalidade e menor custo diário. Imagino que tanto no Saúde Recife quanto nas altas gestões por não ter tanta troca de plano, esses pacientes ficam a vida inteira. Paciente com fratura de fêmur, com reabilitações: fisioterapia, fonoaudiólogo, 3 horas por semana são pacientes efetivos. Na Cleveland Clinic 1 em cada 3 pacientes na UTI vai para unidade pós aguda nos EUA, reduz sequela e é custo efetivo, está comprovado. A pandemia trouxe muita luz para essa gestão de reabilitação pós UTI. No ano passado foi publicado no Jornal Internacional nossa experiência. Chegamos a mais de 200

pacientes pós-covid GRAVE. Foi discutido 2 casos com Kátia e Fernanda de paciente sem credenciamento com pouco impacto na Florence para beneficiários da Saúde Recife. Primeiro caso foi um paciente de 80 anos, hipertenso, doença arterial coronariana por um AVCH extenso, foi estratificado com ICH de 4, isso indica 97% de mortalidade em 30 dias entre outras complicações e veio a falecer em 14/08. Ficou na UTI durante 30 dias A família tem ciência da situação de só ter 3% de chance, se tivesse ICH de nível 5 era de 100%. Diante disso ver o que de melhor podemos mantê-lo assim. Todos os Hospitais passam por essa situação. E o outro caso foi uma senhora de 102 anos, foi direto para a UTI, era hepatopata, Sepsis de foco respiratório, já tinha diretivos de vida antecipada e a família não queria que morresse em casa. Os cuidados paliativos cuidam da parte final de vida nas 4 dimensões do envelhecimento humano, fisioterapeuta, psicológico, social e familiar e espiritual. A maior dor é quando tem um familiar com problemas de relacionamento. Usamos o conceito de dor total. Se todo mundo pudesse morrer em casa que é considerado o melhor lugar do mundo, ainda assim nos EUA 6 de casa 10 são assistidos fora do domicílio. Muitas vezes não se tem a garantia de melhorias nem de qualidade de vida. Quando o paciente é transferido para unidade de paliativos percebemos menos custo isso é no mundo inteiro conforme dados de uma revista americana J. Palliat Med. Tivemos um paciente de Recife uma mulher com 87 anos hipertensa, 3 internações em 6 meses com quadro infeccioso, admitida na Florence após 83 dias pesava 33 kg, já com falência cutânea, ficou 17 dias desenvolveu piora progressiva vindo a falecer nesse período, e por fim mostro pra vocês um documentário que fomos eleito em 2019 pela USP, serviço padrão no Brasil de cuidados paliativos onde no Programa de Pedro Bial ele falava sobre o programa de fim de vida. É a única no Nordeste que atende a nível nacional. Estou à disposição para ouvir a todos. É a primeira vez que conseguimos uma interlocução com serviço público bem estruturada. Agradeço a Fernanda, a Kátia por nos ajudar. O Sr. Marcos Antônio agradece ao Dr. Lucas e Sra. Raquel, parabeniza dizendo que foi uma boa apresentação com muita clareza, nos sensibilizou pela qualidade do trabalho. A Dra. Tereza Mazoco parabeniza inclusive o Saúde Recife. Esse tema de cuidados paliativos é um tema sensível e pouco conhecido. Vivi em família e nossa sorte pela dignidade no final de vida de meu pai e fico muito feliz, confesso que emociona, Recife estava precisando de uma clínica dessa, parabéns. A Sra. Fernanda informa que a clínica traz um aconchego do lar podendo levar os próprios pertences no quarto da entrada, no jardim sensorial, é realmente excelente a clínica está de parabéns. A Dra. Luciana Caroline agradece pela apresentação e pela oportunidade de participar da inauguração da Florence em Recife, como diz Fernanda, quando a gente entra já sente o que está sendo apresentado, agrega valor ao tratamento do paciente, vida àqueles que estão tanto tempo sofrido e sem dúvida e uma excelente alternativa, pela apresentação a gente já vê comprovadamente um custo menor, o próximo passo é deixar no papel, o ganho que vamos ter. A Sra. Lúcia de Fátima parabéns pela brilhante apresentação e ao Saúde Recife por ser um assunto novo tanto no Recife como no Brasil. Traz mais uma vez esse cuidado do lado humanizado para o Saúde Recife. Espero que dê certo é uma coisa nova. O Sr. Marcos Antônio agradece a Sra. Fernanda e equipe, a Dr. Manoel e outros que trabalham e está sempre buscando, garimpando soluções novas e inovadoras colocando um olhar humanizado por um momento muito peculiar, o que Dr. Lucas mostrou nos dados é que podemos verificar que pessoas com faixa etária elevada num momento como esse, chegar com carinho, atenção com olhar diferente no que a gente vê no dia a dia. Essa solução que foi dita e apresentada é digno de nossos louvores. Parabéns e obrigado por todo esse trabalho que desenvolve junto com a equipe com muita maestria. A Sra. Fernanda Albuquerque solicita deliberar sobre o credenciamento e agradece ao Dr. Lucas e a Sra. Raquel. Sr. Marcos Antônio fala que essa proposta se mostra uma ação positiva, e proativa, e que vai ser um custo menor. A Dra. Luciana Caroline, Dra. Tereza Mazoco ressalta de ser tudo dentro da normalidade e aprovam. Sr. Graciliano Gama agradece a apresentação e que diante da necessidade também é de acordo. Sr. Marcos Antônio confirma a aprovação de todos observando as questões dos custos e uma

justificativa consistente para deliberar. A Sra. Fernanda Albuquerque informa que pode apresentar a tabela publicada pelas propostas oferecidas, o cálculo de UTI onde hoje custa 2 mil reais. A proposta de Dr. Lucas é que seja de R\$ 2.668 reais a diária, na UTI inclui a dieta integral, o valor oscila a depender do paciente, outros itens como a remoção com ambulância fecharam com o nosso valor de tabela, o valor da alimentação da acompanhante também fechou com o da nossa tabela. Se adequou aos valores do Saúde Recife por sermos órgãos públicos, sermos deficitários e apesar de ser um serviço tão excepcional não faria uma negociação que onerasse ainda mais e ter a prerrogativa de ter redução de custo. Na análise feita em 2 pacientes valeria a pena pelos valores e pelo que está posto na tabela. Todas as negociações são através de e-mail então é tudo transparente lá no site de PCC e a proposta oferecida pela clínica, o valor de R\$ 2.648 sem dieta e os outros itens são adequados a tabela da Saúde Recife. O Sr. Marcos Antônio comenta que o nosso ponto de vista é opinativo, passa por outros crivos para se tomar a decisão. Para deixar claro e registrar que não deliberamos acerca de valores, mas ficar registrado em ata que o estudo foi feito e é benefício para o Saúde Recife. Confirmando todos estarem a favor, mas elaborar o documento para deliberar na próxima reunião é isso? A Sra. Fernanda informa que pode ser, se seria interessante tomar como base no comparativo, por exemplo, dado dos 2 pacientes ou credenciar e após um período avaliar se houve ou não redução. O que preferem o comparativo de diárias para diária no hospital com a dieta ou a do hospital ou apresentar dados do paciente já internado na clínica? O Sr. Marcos Antônio diz que no processo de credenciamento da clínica enquanto público, quem define e avalia o custo que se propõe a pagar é a administração pública, bem como as condições estabelecidas para os que vão se submeter a ofertar esse serviço. O Saúde Recife procede dessa maneira? A Sra. Fernanda Albuquerque confirma que sim. O Sr. Marcos Antônio diz que, diante dessa classificação do credenciamento poderíamos seguir e a posteriori trabalharia-se assim. A Sra. Lúcia de Fátima informa que o que carece é apresentar a diferença de valores, quanto a necessidade da clínica já foi aceita por todos, o necessário é a transparência do credenciamento e deixar claro que não onera e que fica melhor em termos de finanças. A Sra. Fernanda Albuquerque vai através do exemplo, destrinchar mediante a conta hospitalar que foi feito pela Sra. Kátia e apresentará a diferença de valores, a necessidade e a clínica já foi aceita por todos o necessário é a transparência do credenciamento e deixar claro que não onera e que fica melhor em termos financeiros. A Sra. Fernanda vai através do exemplo, destrinchar mediante a conta hospitalar que foi feito por Sra. Kátia e apresenta como foi feito, não será para todos os pacientes, terá uma regulação prévia se vale a pena a retirada do hospital, não temos muitos exemplos só para o credenciamento para comprovar se não tem sentido ver quanto seria o valor da diária e de demonstrar pra vocês. O Sr. Marcos Antônio diz que já chegamos numa solução, e quanto ao nosso próximo ponto é sobre o representante do SIMPERE. A Sra. Fernanda Albuquerque fala que Dr. Manoel perguntou se ele mesmo expedisse esse ofício pra o SIMPERE que já fez para outros Conselhos para substituição que até agora não houve participação. O Sr. Edson Simões informa que já foram feitos 2 ofícios, um para solicitar indicação do representante e outro solicitando substituição, receberam em 02 de agosto e não deram nenhum retorno. O Sr. Marcos Antônio diz, provocamos o SIMPERE por 2 vezes e não houve nenhum retorno a essas consultas ou convites. Na verdade, acredito não ter interesse, foi enviado e-mail e não houve retorno, comenta o Sr. Edson Simões. O Sr. Graciliano Gama fala que conversou com a Sra. Andréa da CUT, coordenadora do SIMPERE e disse que indicou o nome de Sra. Carmem, mandou ofício. Eu enviei o link mas ela não entrou por dificuldade, sabemos da importância do sindicato e estou tentando mantê-los no Conselho, não estou entendendo essa dificuldade, posso passar o contato da Sra. Carmem Alves. Segundo o relato eles tem o interesse de participar. O Sr. Marcos Antônio pede que encaminhe o contato para o grupo do conselho para podermos dirimir e então vamos saber o porquê de não retornarem. Se não houver êxito a Sra. Fernanda Albuquerque de maneira quiça na próxima reunião já possa ter o representante. A Sra. Lúcia de Fátima fala que na

última reunião foi deliberado o envio por e-mail solicitando a participação e que se não enviassem um ofício informando já iríamos ver outro sindicato. Estranho não terem enviado. O Sr. Marcos Antônio disse que assinou o ofício e foi encaminhado. O Sr. Edson Simões informa do recebimento em 2 de agosto, envio físico e por e-mail. O Sr. Graciliano Gama diz que a Sra. Andréa que faz parte do Conselho Fiscal disse que tem interesse, mas não sabe por que a Sra. Carmem não conseguiu entrar na reunião. Eu até indicaria a substituição, eles participam de outro conselho. Ela está on line mas com dificuldade de entrar. Indico alguém do Conselho ligar para ela. A Sra. Lúcia de Fátima relata que dentro da diretoria do próprio SIMPERE existe uma oposição, talvez seja um dos motivos para não terem enviado. O Sr. Edson Simões ligará e pedirá o ofício para publicação. O Sr. Marcos Antônio diz que o Sr. Graciliano fez a interlocução e fala sobre a dificuldade. O Sr. Edson fará essa interlocução e depois informará no grupo do Conselho o resultado desse diálogo e do retorno seja qual for. Já fica alinhado com a transparência e todos vão ter a oportunidade de tomar ciência do retorno. Por fim, agradece e se despede de todos os presentes. E assim, eu, Edson Simões, lavrei a presente ata, que será assinada por mim e pelos demais integrantes do Conselho Deliberativo da Saúde da AMPASS.

**Deliberações**

- Credenciamento do novo prestador de serviço – Clínica Florence – Hospital de Transição
- Apresentação do representa do SIMPERE – Carmem Alves

**Responsável pela elaboração da ata:** Edson Simões - SEFIN

**Conselheiros**

Marcos Antônio da Silva	
Edson Simões da Rocha Filho	
Maria Tereza Mazoco Times	
Luciana Caroline Albuquerque D´ Angelo	
Natália Rayane Couto Barbosa	

Lúcia de Fátima Miranda e Silva	
Graciliano Gama da Silva	