

Comunicação Interna nº 151/2020/SESAU/GS

Cascavel-PR, 06 de junho de 2020.

Exmo. Sr.

LEONALDO PARANHOS

Prefeito Municipal

C/C - DR. LUCIANO BRAGA CORTES

Procurador Municipal de Cascavel

Assunto: Ofício n. 382/2020/PRM-Cascavel/GABPRM3-ACÓZ sobre a manifestação do Ministério Público Federal.

Excelentíssimo Prefeito,

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1998 que estabelece no seu art. 198º:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

CONSIDERANDO a Lei Federal n. 8.080 de 1990 que estabelece no seu art. 7º:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

b) **regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;**

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. ”

CONSIDERANDO a Lei Federal n. 8.080 de 1990 que estabelece no seu art. 8º:

*“As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, **serão organizados de forma regionalizada** e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.”*

CONSIDERANDO a Lei Federal n. 8.080 de 1990 que estabelece no seu art. 14-A:

*“As **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite** são reconhecidas como foros de negociação e **pactuação entre gestores**, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)”*

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

*II - **Definir diretrizes**, de âmbito nacional, **regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde**, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)*

*III - **fixar 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. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)*

CONSIDERANDO o Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011, no que tange a:

*Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, **sendo organizada de forma regionalizada e hierarquizada;***

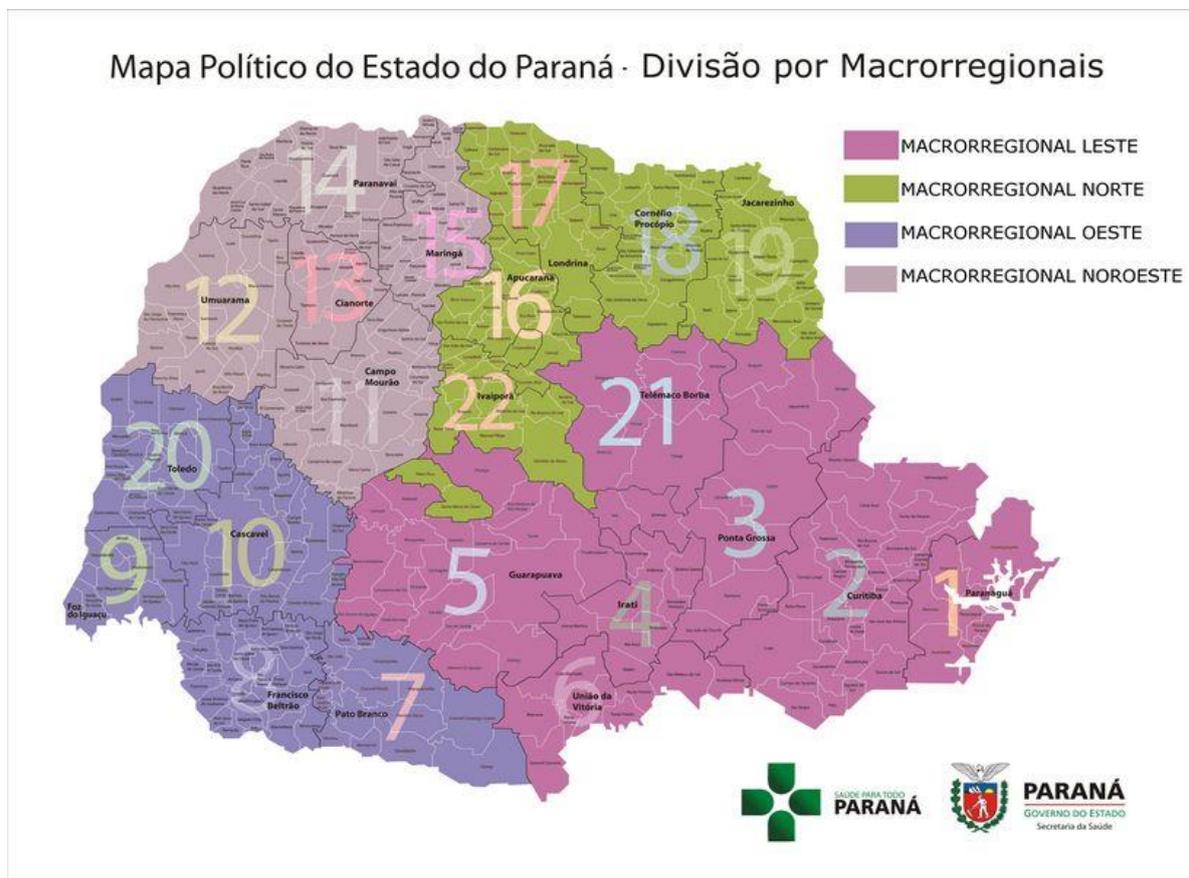
*Art. 4º **As regiões de saúde serão instituídas pelo Estado,** em articulação com os municípios...;*

Art. 8º 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;

*Art. 12º Ao usuário **será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região;***

CONSIDERANDO a existência do **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Paraná,** disponível em http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/pdr_compilado_final_correcao_em_08_07_2016_0.pdf que traz a definição das redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, **buscam garantir a integralidade do cuidado do cuidado com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna;**

CONSIDERANDO a Deliberação CIB – Comissão Intergestores Bipartite do Paraná n. 266 de 27 de agosto de 2012 que **aprova a definição da Macrorregião Oeste composta pela 7ª Regional de Saúde (Pato Branco), 8ª Regional de Saúde (Francisco Beltrão), 9ª Regional de Saúde (Foz do Iguaçu), 10ª Regional de Saúde (Cascavel) e 20ª Regional de Saúde (Toledo);**



CONSIDERANDO a Deliberação CIB – Comissão Intergestores Bipartite do Paraná n. 240 de 27 de junho de 2018 que **aprova a continuidade das 04 (quatro) macrorregiões de saúde** já definidas para o Estado do Paraná;

CONSIDERANDO a Deliberação CIB – Comissão Intergestores Bipartite do Paraná n. 74 de 12 de março de 2018 que **aprova a atualização do Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Oeste**, versão dezembro 2017;

CONSIDERANDO que o **Município de Cascavel não optou pela GESTÃO PLENA DO SISTAM MUNICIPAL DE SAÚDE** nos termos do item 53.1 e 54 da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01/2002 (Portaria n. 373, de 27/02/2002);

CONSIDERANDO que até 2007 todos os municípios paranaenses assinaram o **TCG – Termo de Compromisso de Gestão**, e que o **Município de CASCATEL optou pela GESTÃO**

PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA, não assumindo a responsabilidade integral pelas ações e serviços de saúde em seu território, ou seja, não está encarregada da atenção da média e alta complexidade hospitalar, diferentemente do que ocorre em cidades como Maringá, Londrina e Curitiba. Portanto, **o nível de responsabilidade que o município assumiu por ocasião do TCG faz com que os compromissos e valores da atenção hospitalar sejam repassados a esfera ESTADUAL**, sendo que a contratação de hospitais, gestão de leitos hospitalares, regulação e transferência de pacientes, no território de Cascavel, **estão sob a gestão ESTADUAL**;

CONSIDERANDO a Nota Técnica n. 01/2019 de 14 de agosto de 2019, do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública – CAOP, do Ministério Público do Estado do Paraná, poderá haver inclusive imputação no âmbito da improbidade administrativa, **já que o município não possui pactuação e assunção de responsabilidade pelos prestadores na área hospitalar**. Ademais, não raras vezes, o próprio estabelecimento de saúde, contratualizado pelo estado no território do município, já que possui atribuições para realização de serviços idênticos;

CONSIDERANDO o protocolo n. 724828/16, parecer n. 399/17 do Ministério Público de Contas do Paraná e o processo n. 724828/16, parecer n. 177/16 – COFIT do Tribunal de Contas do Estado do Paraná que:

*“Nesses casos (em que o município NÃO atua na gestão plena da saúde), a inserção de recursos municipais visando o implemento de cuidados na média e alta complexidade **representaria uma invasão na esfera de atribuições do Estado**, uma vez que o sistema jurídico, ao impor a responsabilidade pelas transferências constitucionais e legais de recursos na área da saúde, delimita também as atribuições de cada ente da federação, de acordo com o art. 16 e seguintes da Lei n. 8.080/90.”*

CONSIDERANDO que em face a sua principal responsabilidade, a atenção primária em saúde, o município de Cascavel conforme relatório oficial do Ministério da Saúde disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

passou de uma cobertura de 29,46% de Estratégia de Saúde da Família e 50,20% de cobertura de atenção básica em JANEIRO de 2017, para 52,52% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família e 79,23% de cobertura de atenção básica em ABRIL de 2020, sendo no Brasil, a cidade que mais avançou em ampliação e cobertura da ESF;

CONSIDERANDO que a manifestação do Sr. Prefeito de que o “*início do pico chegou*”, se deu **baseada na informação do Ministério da Saúde, COE - Boletim Epidemiológico n. 07**, página 08, de 06 de abril de 2020;

1- O Ministério Público Federal esquece de mencionar que dos 7.339 pacientes já notificados (independente da confirmação da doença), um total de 6.544 pacientes, ou seja, **89% do total já se encontram liberados do isolamento** e são considerados recuperados;

2- O Ministério Público Federal aponta os casos confirmados no Município de Cascavel mas não informa que dos 684 casos confirmados em 05/06, **465 já encontram-se recuperados (67%)**, e ainda, **que apenas 209 (30,5%) pacientes destes 684 encontram-se com o vírus ativo**. Mais ainda, é nítido no gráfico a seguir, o indicativo de que os casos recuperados seguem em curva semelhante aos casos confirmados.

ANÁLISE DE CASOS, CONTAMINAÇÃO E AGRAVAMENTO DE CASOS

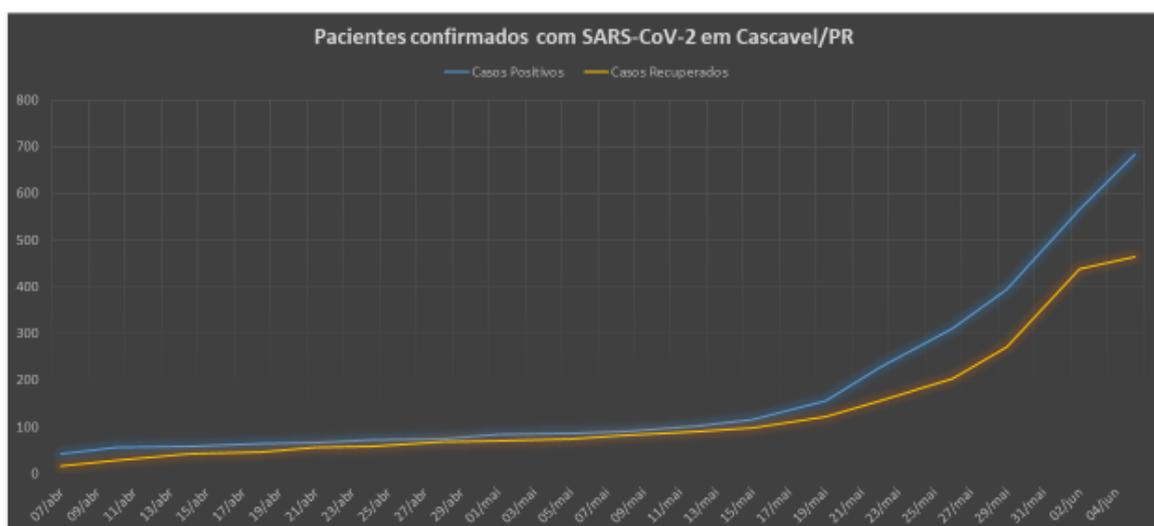


Gráfico 1 – Evolução dos casos positivos (azul) com os casos recuperados (amarelo).

Município	Data da Informação	Casos Positivos	Casos Recuperados	%
Cascavel	05/06	684	468	67,9%
Maringá	05/06	493	262	53,1%
Londrina	05/06	540	342	63,3%
Curitiba	05/06	1.237	982	79,3%
Foz do Iguaçu	05/06	147	115	78,2%

Tabela 1 – Percentual de casos recuperados.

Conforme tabela acima, pode-se identificar que **o município de Cascavel apresenta uma taxa de pacientes contaminados já recuperados melhor do que os municípios de Maringá e Londrina.**

Município	Data da Informação	Casos Positivos	Casos Ativos	%
Cascavel	05/06	684	209	30,5%
Maringá	05/06	493	221	44,8%
Londrina	05/06	540	167	30,9%
Curitiba	05/06	1.237	201	16,2%
Foz do Iguaçu	05/06	147	29	19,7%

Tabela 2 – Percentual de casos ativos.

Conforme dados acima, o Município de **Maringá possui o maior percentual de casos confirmados ativos, ou seja, pessoas que neste momento apresenta o vírus com a capacidade de contaminar outra pessoa.** Levemente acima de Cascavel, Londrina também possui índice maior. Importante salientar que Cascavel possui subnotificação praticamente nula, pois vem notificando, isolando e testando os casos leves, e não temos informações se isso também ocorre em outras cidades, além da taxa de assintomáticos positivos ser insignificante conforme dados da Pesquisa Ibope/ Universidade de Pelotas que serão apresentados mais a frente.

3- O Ministério Público Federal registra o alarmante número de casos de pessoas contaminadas pela COVID-19 **mas não distingue os casos já recuperados, nem mesmo leva em conta a gravidade desses casos.** Uma vez que o aumento do número de casos confirmados **NÃO** tem sido acompanhada do agravamento de casos.

Município	Data da Informação	Casos Positivos	Casos em internamentos em enfermaria e UTI	%
Cascavel	05/06	684	26	3,8%
Maringá	05/06	493	11	2,2%
Londrina	05/06	540	43	7,9%
Curitiba	05/06	1.237	--	--
Foz do Iguaçu	05/06	147	06	4%

Tabela 3 – Percentual casos confirmados com agravamento do caso. (Não foi possível identificar os dados de Curitiba).

Conforme a tabela acima, o **município de Cascavel apresenta menos casos com agravamento do que os municípios de Londrina e Foz do Iguaçu.**

ANÁLISE DE CASOS, CONTAMINAÇÃO E AGRAVAMENTO DE CASOS

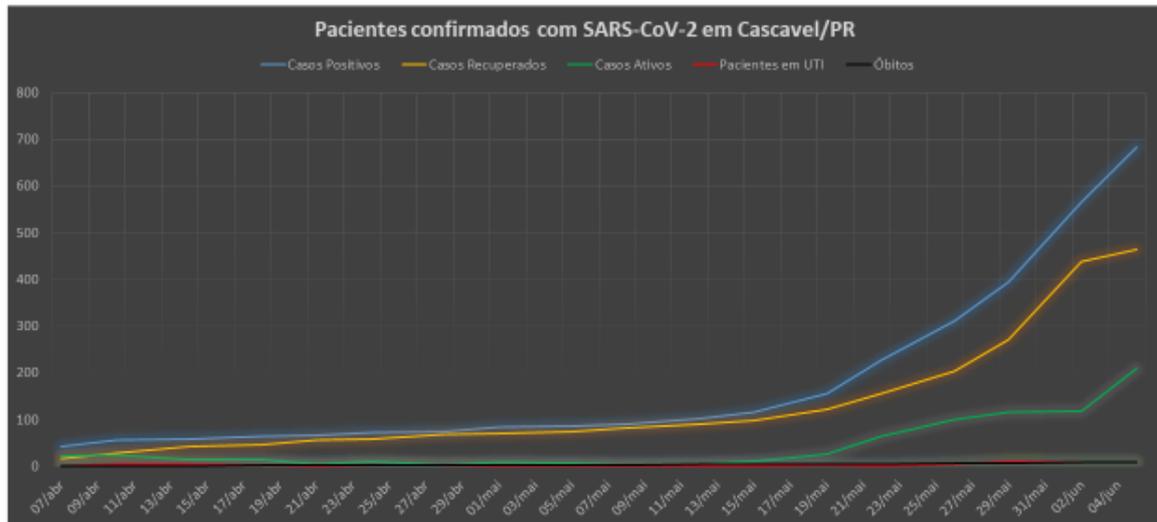


Gráfico 2 – Evolução dos casos positivos (azul), casos recuperados (amarelo), casos ativos (verde), pacientes em UTI (vermelho) e óbitos (preto).

ANÁLISE DE CASOS, CONTAMINAÇÃO E AGRAVAMENTO DE CASOS

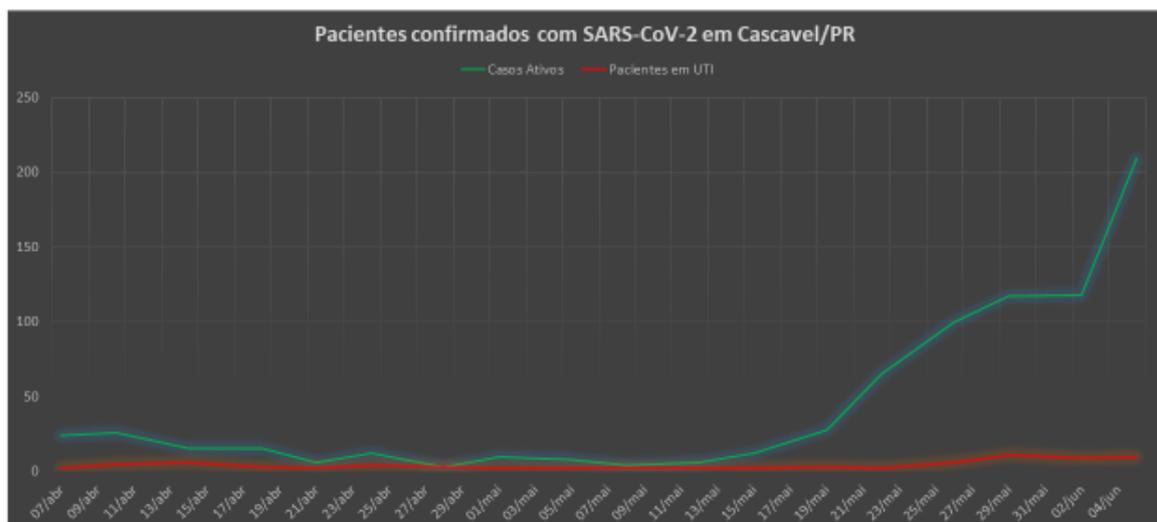


Gráfico 3 – Evolução dos casos ativos (verde) e pacientes internados em UTI (vermelho).

ANÁLISE DE CASOS, CONTAMINAÇÃO E AGRAVAMENTO DE CASOS

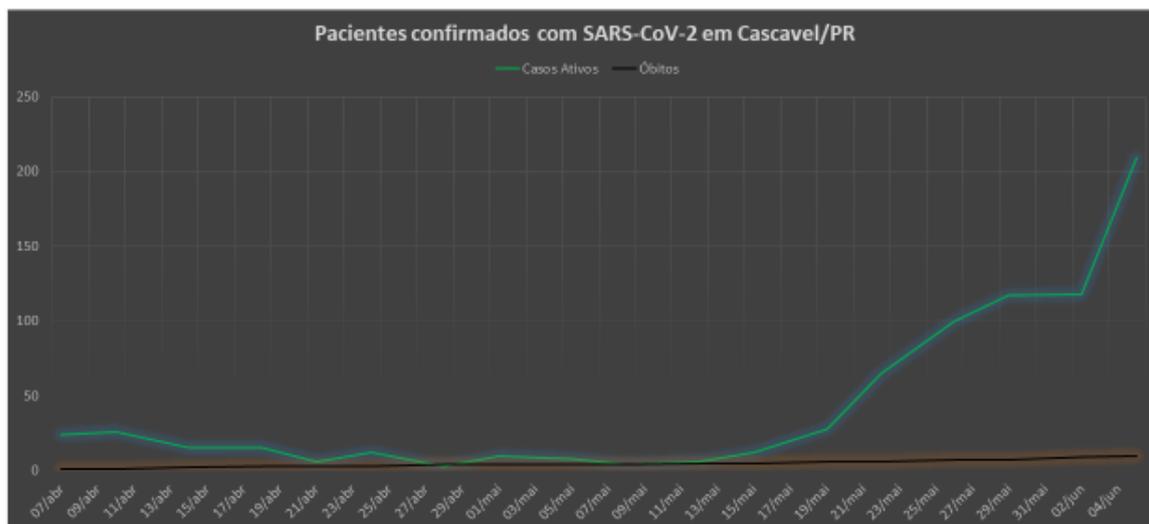
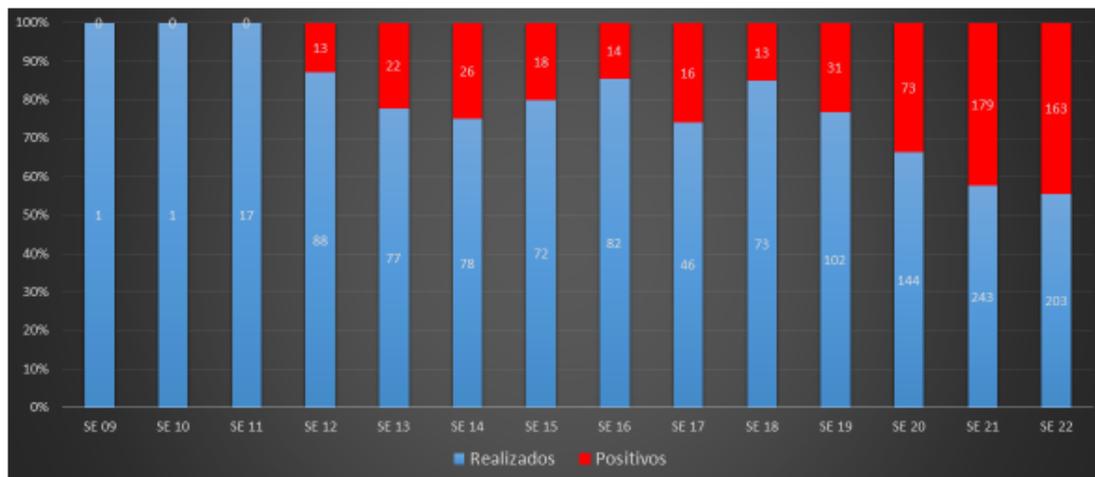


Gráfico 4 – Evolução dos casos ativos (verde) e óbitos (preto).

É preciso destacar, com muita importância, **que entre 07/04 e 19/05, quando o número de casos ativos, ou mesmo o número total de casos confirmados, era considerado baixo, chegando no dia 19/05 a 157 casos confirmados com 28 casos ativos, o número de óbitos era nessa data de 06 pacientes. Já entre 20/05 e 05/06, quando o número de casos confirmados, e o número de casos ativos cresceu significativamente, sendo considerado pelo MPF como alarmante, chegando ao dia 05/06 com 684 casos confirmados e com 209 casos ativos, foram registrados apenas 04 óbitos nesse período.** Portanto, o número de casos confirmados, ou mesmo a ampliação de casos ativos, NÃO tem referência com a preocupação de colapso do sistema de saúde.

4 – Para entender melhor todo cenário, é preciso entender também a testagem de pacientes.

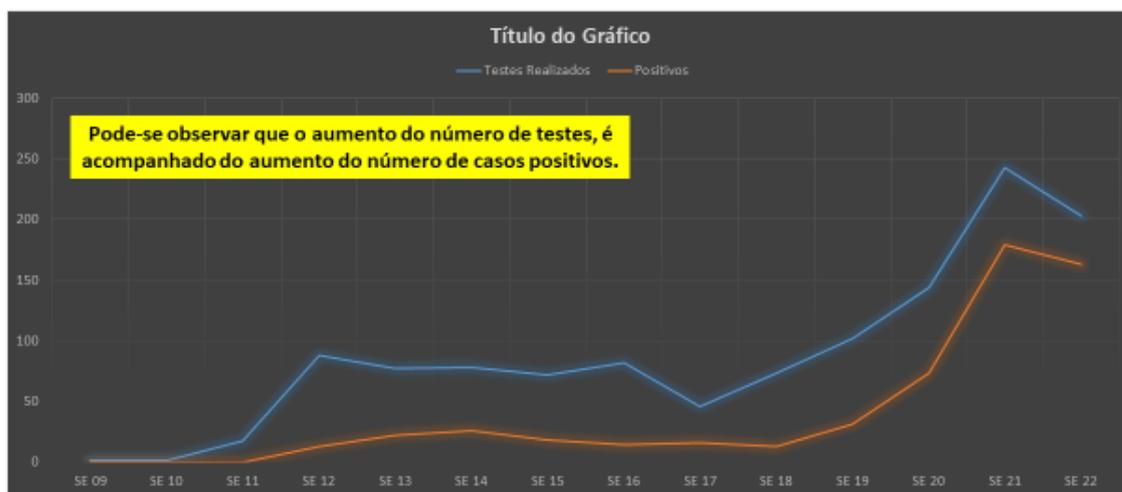
POSITIVIDADE POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA



Dados preliminares

Gráfico 5- Testes realizados (azul) e testes positivos (vermelho).

POSITIVIDADE POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA



Dados preliminares

Gráfico 6 – Evolução de testes realizados (azul), testes positivos (laranja).

As informações acima, demonstram como **o aumento da testagem segue a mesma tendência do aumento de casos positivos**, estando diretamente relacionados. Cascavel, além dos

exames realizados pelo LACEN, contabilizamos os exames RT-PCR realizados no Laboratório Municipal, os exames RT-PCR e Testes Rápidos dos Laboratórios Privados, os Testes Rápidos das Farmácias Privadas, somente de pacientes SINTOMÁTICOS, uma vez que incluir pesquisas aleatórias de pacientes assintomáticos, vai poluir a amostra e jogar o indicador de positividade para baixo.

Nas demais cidades do Paraná, que não registram aumento de casos consideráveis, na opinião do MPF, cabem as seguintes indagações para que a comparação possa ser justa:

- Estão notificando todos os sintomáticos, até mesmo os casos leves como Cascavel faz?
- Estão testando todos os sintomáticos, e excluindo os assintomáticos da estatística para não poluir a amostra, e rebaixar a taxa de positividade?
- Estão contabilizando os resultados de laboratórios privados? De farmácias privadas?
- Qual a subnotificação nas demais cidades?

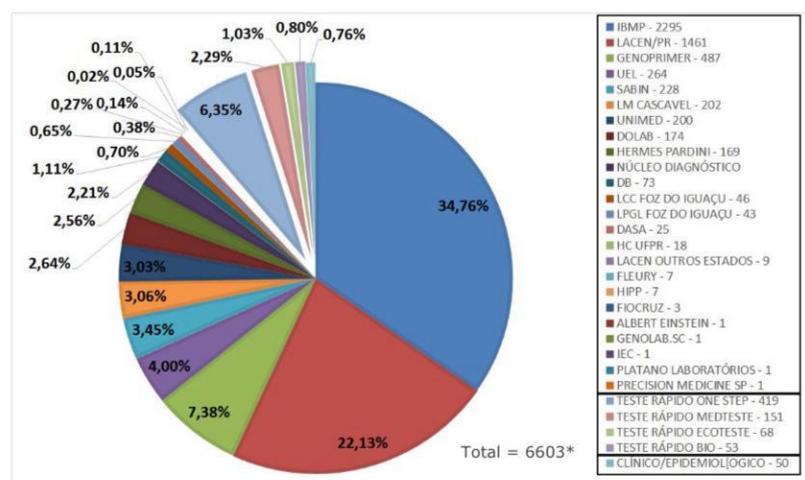
Cascavel apresenta um índice de subnotificação praticamente inexistente neste momento, e podemos afirmar isso baseado em duas pesquisas de forma aleatória:

1. Pesquisa do Ministério da Saúde realizada pelo IBOPE e a Universidade de Pelotas que já testou 135 pessoas em Cascavel, e apenas 1 teste foi positivo.
2. A SESAU realizou uma pesquisa testagem em 120 idosos e funcionários das ILPIS – Instituições de Longa Permanência de Idosos, e apenas 1 teste foi positivo.

Portanto, o indicador positividade nas pesquisas aleatórias em Cascavel foi de 0,7%, e demonstra que a atividade do call center, com a estratégia de notificar imediatamente até mesmo os casos leves, independente de exame confirmatório, isolando precocemente todos os sintomáticos, faz com que ocorra a preservação dos grupos de risco e evite o agravamento dos casos.



CASOS POR CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO E LABORATÓRIO RESPONSÁVEL PELOS EXAMES



* Os dados contemplam apenas os pacientes confirmados que residem no Paraná.

** Um dos pacientes com diagnóstico positivo realizou o teste nos Estados Unidos, não sendo incluído no gráfico de testes realizados.

Fonte: Dados do Paraná consultados da planilha de monitoramento diário de casos do CIEVS/DAV/SESA no dia 06/06/2020, às 12h. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Gráfico 7 – Quantidade de exames realizados por laboratórios no Paraná.

Informe Epidemiológico da SESA em 06/06/2020.

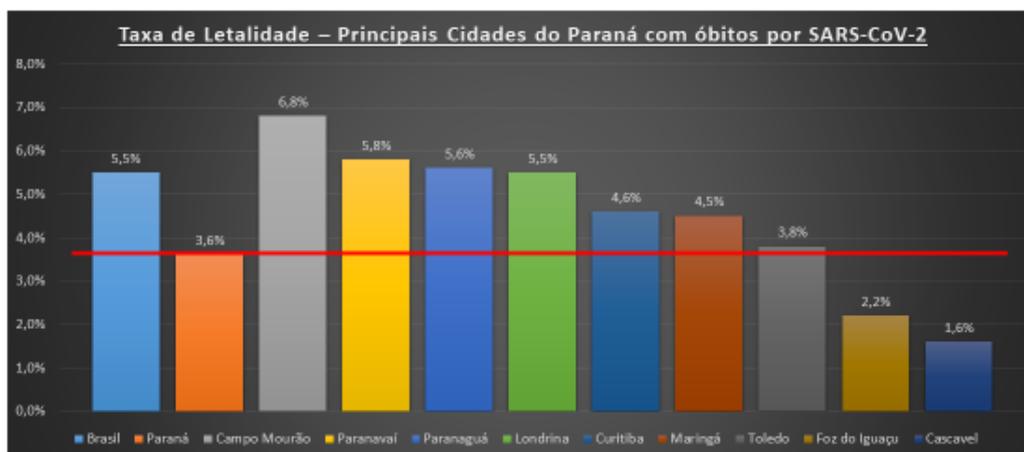
Conforme gráfico acima, o Instituto de Biologia Molecular do Paraná realizou até o momento 2.295 exames e o LACEN/PR realizou 1.461 exames, ambos desde o início da pandemia e para todos os 399 municípios. Enquanto isso, **o Laboratório Municipal de Cascavel, apenas no mês de maio realizou já 202 exames, EXCLUSIVOS DE CASCATEL**, ou seja, demonstra mais uma vez que Cascavel possui um número de testagem de pacientes sintomáticos bastante alta. Se **Cascavel representa 2,9% da população do Paraná, e somente no Laboratório Municipal já fez 3,06% de todos os exames, sem contar os exames que foram realizados no LACEN e em Laboratórios privados**, comprova mais uma vez a estratégia assertiva e a baixíssima subnotificação.

5- O município de Cascavel, desde março vem disponibilizando aos profissionais médicos da rede pública o maior leque possível de exames e medicamentos. Em parceria com a 9ª Promotoria, e o

Hospital Universitário, um novo aparelho de tomografia está disponível 24h por dia para atender a demanda, exames de raios-x estão disponíveis nas 3 UPAs, e até mesmo, a discutida e divergente Hidroxicloroquina/Cloroquina, está à disposição para que, **conforme avaliação e conduta do profissional médico**, possa ser indicado a pacientes sejam nas unidades básicas ou nas unidades de pronto atendimento, assim como todos os demais medicamentos necessários.

6- A referência feita pelo MPF de que as medidas de flexibilização “*não estariam sendo eficazes na prevenção da contaminação*” é muito subjetiva, até mesmo, porque até não existir uma vacina adequada para a prevenção, toda a população está exposta e irá conviver com a presença do vírus. Mas um olhar mais atento aos dados do município de Cascavel mostra que no momento, em relação as principais cidades do Estado que já contabilizaram óbitos, **Cascavel possui a menor taxa de letalidade.**

TAXA DE LETALIDADE - ÓBITOS



Informe Epidemiológico SESA – 04/06/20.

Gráfico 8 – Taxa de letalidade nos principais municípios do PR com registro de óbitos por SARS-CoV-2 conforme informe epidemiológico da SESA em 04/06/20.

Ainda, o número de pacientes com casos agravados neste momento (05/06) é de apenas 3,8%, entre pacientes em enfermaria ou UTI, ou **se considerarmos apenas pacientes em UTI, o percentual de casos graves é de 1,4% apenas.**

Outro fator a ser considerado é o fato de que 86% dos casos confirmados concentram-se na população de 20 a 59 anos, **demonstrando eficiência na preservação do principal grupo de risco.**



Gráfico 9 – Distribuição dos casos confirmados por faixa etária.

7- A Secretaria Municipal da Saúde **NÃO corrobora com os apontamentos do MPF sugerindo a aplicação de período restritivo mantendo apenas serviços essenciais no período de 10 a 21 de junho,** uma vez que:

- Desde o dia 26 de fevereiro realizamos o monitoramento diário da situação, inclusive com a ativação do COE – Centro de Operações de Emergência nesta data, que vem se reunindo semanalmente ou sempre que necessário para discussão dos assuntos relacionados a saúde nesta pandemia.

- A Secretaria estabeleceu uma matriz de risco, que **avalia o risco saúde por meio da taxa de positividade da última semana epidemiológica e a taxa de ocupação de leitos de UTI adulto na cidade de Cascavel.** A matriz teve como base o Boletim Epidemiológico n. 11 do COE – Ministério da Saúde e a matriz de risco do Boletim Epidemiológico do Município de Maringá/PR.

MATRIZ 01 - CARACTERIZAÇÃO DE RISCO PARA ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA QUANTO AO DISTANCIAMENTO SOCIAL							
Taxa de Positividade (Percentual de exames positivos/ exames realizados na última semana epidemiológica)	Muito Crítica > 70%	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO EXTREMO	RISCO EXTREMO
	Crítica 61% a 70%	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO EXTREMO	RISCO EXTREMO
	Muito Alta 51% a 60%	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
	Alta 41% a 50%	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
	Moderada 31% a 40%	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
	Baixa 21% a 30%	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
	Mínima < 20%	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
	Mínima < 40%	Baixa 41% a 55%	Moderada 56% a 75%	Alta 76% a 85%	Muito Alta 86% a 90%	Crítica > 90%	
Taxa de ocupação de leitos de UTI adulto (Público e Privado em Cascavel)							

Fonte: Matriz adaptada do Boletim Epidemiológico do MS/OE n. 11 e do Boletim Epidemiológico de Maringá/PR pela Divisão de Vigilância em Saúde – DVS, Divisão de Atenção em Saúde – DAS e Gabinete do Secretário – GS/ SESAU/Cascavel-PR.

Matriz 01 – Matriz de risco para orientação estratégica quanto ao distanciamento social.

A análise dos indicadores de taxa de positividade e taxa de ocupação de leitos de UTI adulto em Cascavel, no dia 05/06 apontam para a **classificação de RISCO ALTO – Nível 3**.

MATRIZ 01 - CARACTERIZAÇÃO DE RISCO PARA ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA QUANTO AO DISTANCIAMENTO SOCIAL		
NÍVEL RISCO	MEDIDA	AÇÃO
Risco Baixo	Distanciamento Social Seletivo Básico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvimento de toda sociedade em medidas de higiene para redução de transmissibilidade (lavagem das mãos, uso de máscaras, limpeza de superfícies); 2. Isolamento domiciliar de sintomáticos e contatos domiciliares (exceto de serviços essenciais assintomáticos); 3. Distanciamento social para pessoas acima de 60 anos; 4. Distanciamento social para pessoas abaixo de 60 anos com doenças crônicas;
Risco Moderado	Distanciamento Social Seletivo Intermediário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do nível anterior; 2. Limitação de acesso de clientes por estabelecimentos conforme capacidade operacional; 3. Ampliação das medidas de fiscalização; 4. Proibição de eventos promovidos pelo poder público que gere aglomeração; 5. Ampliação das recomendações de barreiras mecânicas e informações em mídias;
Risco Alto	Distanciamento Social Seletivo Avançado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do nível anterior; 2. Suspensão de aulas em escolas e universidades; 3. Proibição de atividades de aglomeração (shows, futebol, cinema, teatro, casa noturna, etc); 4. Distanciamento social no ambiente de trabalho (reuniões virtuais, trabalho remoto, redução da equipe para evitar aglomeração); 5. Restrição de acesso a serviços para evitar aglomerações (mercados, comércio, farmácia, etc);
Risco Muito Alto	Distanciamento Social Ampliado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do nível anterior, incluindo suspensão da atividade religiosa presencial; 2. Manutenção apenas dos serviços essenciais; 3. Interrupção das atividades do transporte coletivo; Reduzir ainda mais o perfil de pessoas que podem acessar os serviços conforme capacidade instalada (transporte coletivo, comércio, serviços, etc); 4. Fechamento dos restaurantes, bares e shoppings; 5. Antecipação do horário para início do toque de recolher;
Risco Extremo	Restrição Total (Lockdown)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apenas serviços extremamente essenciais como limite de acesso e tempo de uso; 2. Quarentena com controle de pontos de entrada e saída da cidade;

Fonte: Matriz adaptada do Boletim Epidemiológico do MS/OE n. 07 e do Boletim Epidemiológico de Maringá/PR pela Divisão de Vigilância em Saúde – DVS, Divisão de Atenção em Saúde – DAS e Gabinete do Secretário – GS/ SESAU/Cascavel-PR.

Matriz 02 – Matriz de risco para orientação estratégica quanto ao distanciamento social.

Para a classificação RISCO ALTO não está previsto as medidas de restrição manifestadas pelo MPF, que não usa ou indica nenhum argumento científico, estatístico, técnico ou coerente para tal afirmação, uma vez que, basear-se apenas em um estudo da Universidade Estadual de Londrina, sem que sejam analisados dados como o número de recuperados, a taxa de letalidade, a taxa de pacientes que agravam, entre outros, é meramente especulativo, e serve apenas para gerar desconfiança e medo junto a sociedade;

Ainda, sem levar em conta, a diferença de leitos existentes em cada município, que obviamente apresenta diferenças significativas, seja no número de leitos exclusivos, sejam para leitos de UTI adulto geral, o que torna a reprodução da matriz de Cascavel para os demais municípios uma grande vantagem a eles pela maior disponibilidade de leitos.

Município	Leitos de UTI adulto	Leitos de UTI Covid-19
Cascavel	110	10
Maringá	221	45
Londrina	252	--
Foz do Iguaçu	--	30

* Não temos a informação do número de leitos exclusivos covid em Londrina.

** Não temos a informação do número total de leitos de UTI em Foz do Iguaçu.

8- A solicitação de nova avaliação da situação pelos órgãos de vigilância sanitária é desnecessária também, uma vez que já faz parte da rotina e ao longo de todo o tempo as equipes da VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador, VISA – Vigilância Sanitária, VIEP – Vigilância Epidemiológica, da SESA, acompanhados de técnicos da 10ª Regional de Saúde/SESA, estão em acompanhamento periódico nos frigoríficos, com relatórios técnicos, fotográficos e permanentes da situação. Há que se destacar as diversas medidas implementadas pelas empresas a fim de contribuir com o controle da situação, com restrição do volume de atividades, com a busca ativa de colaboradores sintomáticos, com a adequação de espaços como refeitórios, locais de descanso, refeições, e até mesmo nos cuidados com o transporte dos mesmos. A equipe técnica entende que a abertura do ambulatório para COVID-19 nos locais, com ampliação da testagem e a busca ativa

internamente de colaboradores sintomáticos ou de familiares dos colaboradores com sintomas é o método mais eficaz, sendo que já vem apresentando resultados positivos e ao longo da última semana, onde já se observa que diversos testes foram negativos, sem falar que a maioria dos casos já estão recuperados, o agravamento de casos relacionado a estes trabalhadores não chegou a 2%, e nenhum foi a óbito;





9- É lamentável e infeliz a menção de que Cascavel seja responsável por colapsar o sistema de atendimento em toda macrorregião Oeste, e de que o município ameniza a situação sob o contexto da alta ocupação de leitos em Cascavel e da baixa ocupação da macrorregião Oeste, por tudo que foi exposto em números e gráficos, mas ainda, precisamos informar que:

- Cascavel NÃO está sob Gestão Plena do Sistema Municipal, e que **a organização de leitos hospitalares é de responsabilidade Estadual**, conforme explicado nos considerandos;

- O Sistema de Saúde Público é organizado por regiões, e Cascavel é parte dela, **seja para receber pacientes de outras cidades, como para enviar pacientes para outras cidades**, conforme explicado nos considerandos;

- Antes mesmo da pandemia, Cascavel **sempre teve uma taxa de ocupação de leitos de UTI adulto de aproximadamente 100%**, e não é difícil encontrar nas mídias as informações de que pacientes aguardavam nas UPAs por dias até que uma vaga de UTI ou leito de enfermaria fosse liberado pela Central de Regulação de Leitos.

- Mas também há de se pontuar, que se os 10 leitos de UTI do HUOP já em utilização, os novos 10 leitos já anunciados para início das atividades na próxima semana, e os 10 leitos do Hospital de Retaguarda fossem colocados à disposição apenas para o uso exclusivo de Cascavel, ou pelo menos, apenas da 10ª Regional de Saúde, nesse momento os residentes de Cascavel (10 pacientes em UTI no dia 05/06) **estariam ocupando apenas 30% dos leitos de UTI destinados a COVID-19, o que realça mais uma vez a distância para a enfática manifestação de colapso do sistema;**

- Nessa situação de pandemia, dos 110 leitos de UTI adulto disponíveis em Cascavel (instituições públicas e privadas), o Estado organizou 10 leitos de UTI para o atendimento exclusivo da COVID-19, e a **taxa média de ocupação dos leitos de UTI adulto (geral) vem sendo de 70 a 75%**, algo histórico e inédito, que aumentou a eficiência e agilidade no atendimento de outras patologias.

- É óbvio que 10 leitos de UTI destinados exclusivamente a COVID-19 em Cascavel (ainda mais quando comparado com outras sedes de regionais, ou macrorregião) não são suficientes, uma vez que não são somente de Cascavel estes leitos, mas são no mínimo, de toda a 10ª Regional de Saúde (502.745 mil habitantes), onde possui como única referência para COVID-19 o HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná;

- Conforme dados de 05/06, Cascavel estava utilizando 16 leitos de UTI (10 pacientes confirmados, e 06 pacientes suspeitos para COVID-19), ou seja, 21,3% dos 75 leitos já disponíveis. A população de Cascavel corresponde a 17% do total da macrorregião Oeste, ou seja, não há uma diferença alarmante que possa justificar Cascavel com a “possível responsável pelo colapso do sistema de saúde” na visão do MPF.

- Mas o mais interessante é o MPF desconhecer o **Plano de Contingência do Paraná COVID-19 da Secretaria de Estado da Saúde**, que traz no anexo I a previsão de implantação de leitos hospitalares para o atendimento exclusivo da COVID-19, em todas as macrorregiões.

- Para a macrorregião Oeste foram disponibilizados inicialmente:

- 10 leitos no Hospital Universitário de Cascavel;
- 10 leitos no Hospital Regional de Francisco Beltrão;
- 17 leitos no Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz de Iguaçu;
- 10 leitos na HOEP de Toledo;
- 16 leitos no Hospital Moacir Micheletto de Assis Chateaubriand;
- 03 leitos no Hospital Santa Pelizzari de Palmas;
- 03 leitos no Hospital Policlínica de Pato Branco;
- 02 leitos no Instituto São Lucas de Pato Branco;

Totalizando assim 71 leitos de UTI para COVID-19;

ESTRUTURA HOSPITALAR LEITOS EXCLUSIVOS COVID-19 NO PARANÁ

Macro Região	Sede	Habitantes	Leitos UTI	Leitos Enfermaria
Macro Leste	Curitiba	5.398.028	308	555
Macro Noroeste	Maringá	1.845.871	91	211
Macro Norte	Londrina	1.967.288	79	173
Macro Oeste	Cascavel	1.951.836	71	131
TOTAL			549	1.070

Obs: Última alteração de leitos na Macro Oeste em 12/05/2020 – Boletim SESA

Macro Leste possui 1 leito de UTI para cada 17.526 habitantes;

Macro Noroeste possui 1 leito de UTI para cada 20.284 habitantes;

Macro Norte possui 1 leito de UTI para cada 25.016 habitantes;

Macro Oeste possui 1 leito de UTI para cada 27.490 habitantes;



- Conforme a taxa de ocupação de leitos nessas instituições foram crescendo, **o Estado adotou providências para a ampliação de mais leitos de UTI;**

04 leitos no Hospital Moacir Micheletto em Assis Chateaubriand, a partir de 05/06;

10 leitos no Hospital Universitário de Cascavel, a partir de 09/06;

Totalizando assim 85 leitos de UTI para COVID-19, representando um acréscimo de 20%;

- Não sendo estes suficientes, demonstrando que estamos **DISTANTE DO COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE**, o planejado e competente Plano de Contingência da SESA ainda prevê a possibilidade de novas ampliações:

10 leitos no Hospital Universitário de Cascavel;
07 leitos no Hospital São Lucas/FAG de Cascavel (transformação de geral para COVID);
12 leitos no Hospital do Coração de Cascavel;
10 leitos no Hospital de Retaguarda Allan Brame Pinho de Cascavel (transformação de geral para COVID);
02 leitos no Hospital São Francisco de Francisco Beltrão;
08 leitos no Hospital Policlínica de Pato Branco

Totalizando assim 134 leitos de UTI para COVID-19, representando um acréscimo de mais 57%;

- O aumento é, e deve ser programado conforme torna-se necessário, principalmente para a **otimização de escala, seja de recursos humanos, seja de EPI's, de insumos e medicamentos**, uma vez que, o número de servidores da saúde afastados tem sido relativamente alto, e a mão-de-obra para a linha de frente dos serviços de saúde vai se tornando escassa, e porque EPI's, insumos e medicamentos tiveram altas consideráveis em seus preços, tornando a economicidade e não desperdício um fator primordial aos bons gestores públicos a fim de evitar o desperdício do dinheiro público.

- **Respiradores seriam um problema? Não!** Todos os hospitais de Cascavel foram notificados pela Secretaria Municipal de Saúde e responderam que apresentam ventiladores mecânicos além do número de UTI em funcionamento. São aparelhos reserva, aparelhos que estão nos centros cirúrgicos, nas alas de enfermaria, entre outros. Para exemplificar, o HUOP possui 71 respiradores para cerca de 49 leitos de UTI (adulto, neonatal e pediátrico), a UOPECCAN possui 19 respiradores para 08 leitos de UTI, e as UPAS juntas possuem mais 11 respiradores.

- É necessário ficar claro que o encaminhamento de pacientes de entre municípios da macrorregião Oeste (1,9 milhões de habitantes) sempre ocorreu para dentro do município de Cascavel, onde localizam-se 03 grandes instituições hospitalares de alta complexidade que prestam atendimento ao SUS, além de outras 02 grandes instituições hospitalares na área de oncologia.

- A impressão que ficou da manifestação do MPF, é que Cascavel só pode ser prejudicado

recebendo pacientes de todas as regiões, e que ninguém precisa fazer ou ampliar medidas de distanciamento e restrições do comércio, e que apenas Cascavel não deve enviar pacientes para outras cidades referenciadas e que deve ser a única a estabelecer o fechamento das atividades comerciais, o que parece ser um grande contra senso. Mesmo que Cascavel adote isoladamente medidas rígidas de distanciamento social, **e não havendo paralisação de forma regional**, a contaminação continuará a se expandir, e se afeta os grupos de risco, ou se não houver o isolamento precoce e o atendimento adequado nos demais municípios, acabaremos tendo pacientes com agravamento dos casos e continuarão a utilizar o sistema de saúde público em Cascavel.

- A Lei Federal n. 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, traz:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- Cascavel elaborou um planejamento baseado em 03 (três) pilares, mantendo a coerência desde o início desta situação, com análise periódica de todos os problemas que envolvem saúde e econômica, pois estão interligados no quesito promoção, proteção e recuperação da saúde - objetivos do SUS – e tem buscado a todo tempo alcançar o equilíbrio.

Pilar 01 – Salvar o maior número de vidas possível:

- Treinamento e capacitação das equipes;
- Reorganização dos serviços de saúde para isolamento precoce e preservação dos grupos de risco;
- Confirmado pela menor taxa de letalidade e pelo número de pacientes já liberados e/ou recuperados;

Pilar 02 – Evitar o colapso do Sistema de Saúde:

- Ampliação dos leitos de UTI em Cascavel e na macrorregião por meio do Estado;
- Reforma e abertura do Hospital Allan Brame Pinho sob gestão do CONSAMU e custeio do Estado;
- Ampliação da testagem de pacientes por meio do Laboratório Municipal cancelado ao LACEN;
- Sem uso de recursos públicos, uma estrutura com box, iluminação, rede elétrica e hidráulica para 59 leitos foi disponibilizada no Centro de Eventos, para ser utilizada numa eventualidade futura, como um **Hospital de Campanha**, que poderá ser no momento adequado preenchido pelo município com servidores, equipamentos e insumos. Mediante apresentação no dia 25/05/2020 pelo Ministério da Saúde, sobre as regras para financiamento de Hospitais de Campanha, que são unidades temporárias, **para atuar no internamento de pacientes com sintomas respiratórios de baixa e média complexidade**, como retaguarda para os hospitais com UTI, os municípios devem, antes de coloca-los em funcionamento, observar os seguintes pontos:

- i. Priorizar a estruturação de leitos clínicos e de UTI em unidades hospitalares existentes e permanentes da rede assistencial;
- ii. Ampliar os leitos clínicos e de UTI existentes e permanentes, aproveitando áreas com menor utilização em relação ao enfrentamento da COVID-19;
- iii. Dedicar de maneira exclusiva unidade hospitalar existente na rede;
- iv. Analisar a contratação de leitos privados na rede suplementar/ privada;

Pilar 03 – Retomada Econômica:

- Flexibilização das medidas restritivas de forma programada para evitar o colapso econômico, desemprego, falências, buscando sempre equilibrar as ações com as medidas necessárias para o bom andamento dos serviços de saúde e a preservação da coletividade;

Medidas restritivas foram implantadas inicialmente em março e foram sendo flexibilizadas conforme se mostrou oportuno.

Se essas medidas de contenção não tivessem sido realizadas ainda em março quem garante que não estaríamos numa situação de verdadeiro colapso de saúde nesse momento?

Quem garante que se o município não tivesse adotado as medidas de flexibilização não estaríamos em um verdadeiro colapso econômico neste momento? Com pessoas perdendo seus planos de saúde e inchando mais o SUS, pessoas tornando-se depressivas, aumento dos índices de suicídio, trazendo à tona outras doenças por falta de assistência, entre outros aspectos.

Concluo que não é momento de relaxamento, não é momento de comemorar nada, e sim, momento de manter as análises de indicadores e estatísticas, de reforçar as cobranças quanto a ampliação programada de leitos, fortalecendo as instituições hospitalares e garantindo servidores e insumos necessários para o enfrentamento. Medidas mais enérgicas devem ser observadas para ampliar o distanciamento social, para ampliar a fiscalização e a punição aos infratores que fazem os bons pagar pelos maus, para fortalecer a preservação dos grupos de riscos e conseqüentemente diminuir a velocidade de transmissão do vírus. O alerta a população, e as informações sempre transparentes como estamos fazendo desde o início devem servir mais do que nunca para que durante este mês de junho possamos reforçar as ações propostas. Solicitamos que as discussões das medidas sejam mantidas no âmbito do COE, cujas recomendações sempre foram prudentes e analisadas sem nenhum tipo de pressão pelo Executivo, para que possamos manter a coerência frente a tudo que já realizado e aqui exposto detalhadamente.

Ainda, sugerimos o envio de esforços junto ao Governo do Estado para que **possamos de imediato transformar o Hospital de Retaguarda Allan Brame Pinho num centro hospitalar exclusivamente para COVID-19**, interrompendo os atendimentos de UPA no local, e disponibilizando assim uma estrutura de 10 a 14 leitos de UTI, e até 51 leitos de enfermaria, de forma vocacionada ao atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios numa gestão compartilhada entre CONSAMU e SESAU.

Diante dessa possibilidade, com a ampliação de mais 10 leitos no HUOP com apoio desta administração junto ao Estado do Paraná, e a transformação do Hospital de Retaguarda Allan

Brame Pinho em local de atendimento exclusivo para sintomáticos respiratórios com 10 a 14 leitos de UTI e 51 leitos de enfermaria, **recuperamos uma margem de segurança para reavaliar com cautela e prudência as medidas de flexibilização**, e ainda, reorganizar a estrutura de saúde conforme as necessidades neste momento crucial da pandemia.

Por fim, acredito ser importante salientar a notícia disponível em <http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/cnmp-acata-pedido-do-mp-go-e-susta-recomendacoes-do-mpf-go#.Xt0KLUVKjIV> que traz a seguinte informação:

“O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) acatou, liminarmente, nesta quinta-feira (23), Reclamação para Preservação da Autonomia do Ministério Público de Goiás (MP-GO), e decidiu sustar duas recomendações (nº 11/2020 e nº 12/2020) expedidas pelo procurador da República Ailton Benedito de Souza que tratam sobre medidas sanitárias referentes à Covid-19. As recomendações, direcionadas ao Governo do Estado e a prefeituras, invadem as atribuições de membros do MP-GO. A liminar é do conselheiro Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho. Na decisão, o conselheiro conferiu “primazia à atuação do Ministério Público Estadual”, com a finalidade de “evitar que decisões relevantes do Governo do Estado de Goiás e dos municípios sejam adiadas ou interrompidas em virtude das recomendações do Ministério Público Federal (MPF) em descompasso com as orientações do MP-GO”.

“É difícil estabelecer prioridades em tempo real, enquanto é muito fácil criticar retrospectivamente decisões sobre prioridades”. Yuval Noah Harari

Atenciosamente,

THIAGO DAROSS STEFANELLO
Secretário Municipal da Saúde de Cascavel