



ATA DA 1ª REUNIÃO DO COMITÊ DE SAÚDE

ATA SÍNTESE - COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Retificação

RESOLUÇÃO N. 107/CNJ - Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. (Publicada no DJ-e nº 61/2010, em 07/04/2010, p. 6-9).

Aos trinta dias do mês de Junho de 2011 (dois mil e onze), às 14h00 (catorze horas), no Auditório do Fórum Desembargador Joaquim de Sousa Neto, Fórum Verde, reuniu-se o COMITÊ EXECUTIVO PARA A SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - Fórum do Judiciário para a Saúde, com esteio no artigo 3º da Resolução n. 107/2010 – CNJ, sob a Coordenação do Senhor Juiz de Direito da 8ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, Dr. Donizeti Aparecido da Silva, com a presença das autoridades adiante indicadas: 1) Dra. Alessandra Vanessa – AGU/CONJUR; 2) Carlos Henrique Lima – Ministério Público Federal; 3) Dra. Daniela S. Miranda - SES/DF; 4) Dra. Dayane Andrade Ricardo – Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF; 5) Dr. Edson Chaves – Procuradoria Geral do DF; 6) Dr. Eudócio Céspedes Paes – Juiz Federal; 7) Dra. Fabíola de Aguiar Nunes – Médica Sanitarista/UnB; 8) Dr. Fernando José Longo Filho – Procuradoria Geral do DF/PROMAI; 9) Dr. Francisco Macedo – Jornalista/Defensoria Pública da União; 10) Dr. Franz Rulli Costa – Assessor Médico – MPDFT (PROSUS); 11) Dr. Ivan Castelli – Subsecretário de Atenção a Saúde/SES-DF; 12) Dra. Isabella Karen Araújo Simões – Defensoria Pública da União; 13) Dr. Jairo Bisol – Promotor/MPDFT; 14) Dra. Maria Célia Delduque – Advogada/FIOCRUZ; 15) Dra. Mônica Reis – Diretora de Regulação/SES-DF; 16) Dr. Paulo Fernando Andrade – Diretor de Assistência Farmacêutica/ SES-DF; 17) Dr. Ricardo Emílio Pereira Salviano – Defensor Público Federal; 18) Dra. Viviane Magalhães Pereira Arruda – Defensora Pública Federal; 19) Dr. Victor Mendonça Neiva – Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF. Pauta da reunião: a) Apresentação; b) Proposta de composição do Comitê Executivo; c) Informações – Encontro Técnico Regulação Leitos – TJDFT; d) Iniciativas da SES/DF implementadas e em curso; e) Críticas e sugestões; f) PROPOSTAS A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO e g) Definição dos encontros do Comitê. Ao iniciar os trabalhos, o Dr. Donizeti noticia a coordenação do Comitê, em substituição ao Dr. Ruitemberg Nunes Pereira, Juiz de Direito Substituto, após designação da Corregedoria da Justiça do Distrito Federal e Territórios/TJDFT. O magistrado, à frente da 8ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal há oito anos, diz ter acolhido a indicação, com a finalidade de auxiliar o Poder Público na adoção de medidas tendentes a minimizar os problemas da saúde do Distrito Federal, os quais, a despeito de não serem propriamente do Poder Judiciário, reclamam a atuação de todos os envolvidos. Alude ao Encontro Técnico de Regulação de Leitos de UTI no DF, ocorrido em dezembro de 2010, no qual os participantes encetaram discussão mais ampla sobre o tema. Prossegue com os trabalhos, sugerindo a apresentação dos presentes. 1º) Apresentação dos presentes e exposição dos principais objetivos do Comitê. Intervenções/solicitações: Dr. Jairo Bisol, Promotor de Justiça (1ª PROSUS) defende a necessidade de definição do objeto de discussão do Comitê que, no seu entender, não está centrado na natureza do Direito à Saúde, mas em imprimir o máximo de “racionalidade” na judicialização do problema. Solicita a participação da Comissão de Judicialização da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Ainda, a Dra. Alessandra Vanessa, Advogada Geral da União e representante da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, informa que a AGU apresenta divisão de funções muito clara – consultivo e contencioso. Externa pedido para que um representante do contencioso seja convidado a participar do Comitê Executivo, visto que sua presença se dá muito mais em razão das atividades desempenhadas no Ministério da Saúde, do que na



AGU. 2º) Dr. Donizeti propõe a ampliação do número de componentes do Comitê, por meio da publicação de Portaria (TJDFT), a ser editada com base na Resolução n. 107/2010-CNJ. Ressalta que o Comitê tem por objetivo principal propiciar soluções administrativas ao problema da saúde no Distrito Federal. Solicita à Diretora de Regulação, Dra. Mônica, que explique aos presentes o funcionamento do Sistema Integrado de Saúde, desenvolvido pela SES/DF, pertinente à Central de Regulação de Internação Hospitalar. Além disso, requer sejam indicadas as iniciativas da SES/DF em andamento. Formula questionamento aos representantes da SES/DF acerca da existência de instrumentos, similares ao Sistema Integrado de Saúde, com relação aos medicamentos. Propõe a designação de novos encontros do Comitê.

3º) Iniciativas da SES/DF implementadas e em curso - Dr. Ivan, Subsecretário de Atenção a Saúde/SES-DF, inicia sua explanação, sob seguinte enfoque: “para resolver o problema, é preciso entender como o problema surge”. Relata que, há cinco anos, mais precisamente em relação a UTI, a SES/DF desconhecia o número de ações judiciais. Isto ocorria porque o médico plantonista atendia doente grave, ligava para a UTI dos hospitais e anotava no prontuário que falou com os plantonistas destes sobre a patologia, bem assim sobre a inexistência de vagas. O médico sabia que tal procedimento demandava tempo e trabalho, razão por que apenas solicitava leito para os casos necessários e que evidenciavam perspectivas de cura. Com a criação da Regulação, acrescenta o Subsecretário, o médico simplesmente liga e faz o pedido de vaga, seja o paciente potencialmente curável, seja terminal ou inviável. O médico não faz qualquer distinção entre os pacientes. Cabe à Regulação, arremata, classificar o paciente em nível 1 (um), 2 (dois) ou 3 (três), trabalho este que seria potencialmente do profissional/médico. Adverte que inúmeros pacientes encaminhados para a Regulação não são de UTI, porque apresentam falência de um órgão apenas. Como exemplo, cita casos, nos quais o paciente aguarda procedimento de Hemodiálise. Nesse ponto, está a origem da fila de leitos de UTI. Anteriormente, o Chefe da Nefrologia era indagado a respeito de vaga para Hemodiálise. Hoje, na falta de leito para o procedimento, o paciente entra da Regulação e ingressa em leito de UTI, a custos “estratosféricos”. Notícia que, até janeiro deste ano, a SES/DF contava com 228 (duzentos e vinte e oito) leitos de UTI próprios, divididos entre UTI - Neonatal, UTI - Pediátrica e UTI - Adulto, além de 126 (cento e vinte e seis) leitos contratados. Informa que, ao assumir a Subsecretaria, havia uma dívida com a iniciativa privada, computada dos anos de 2009 e 2010, o que rendeu ensejo a um “plano de ação” - o Estado deveria assumir os leitos e diminuir a dependência da iniciativa privada. Constatou também que, mesmo após a alta da terapia intensiva, o paciente permanecia ainda, em média, cinco dias no leito de UTI. Verificou a dificuldade na remoção dos doentes, à falta de transferência “inter-hospitalar”, pois o SAMU trabalha com atendimento “pré-hospitalar”. Revela a existência de 40 (quarenta) pacientes crônicos em leitos de UTI. Cita casos de pacientes internados há nove anos. Diante do quadro delineado, a SES/DF empreendeu esforços para tentar diminuir a dependência da iniciativa privada, por meio de um planejamento de curto, médio e longo prazo. Num primeiro momento, foi imputada aos Diretores de Hospitais a seguinte responsabilidade: o paciente deve sair do leito de UTI, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a alta. Acentua que o tempo médio de ocupação do leito, nos próprios e contratados, caiu de 5 (cinco) dias para 1,8 (um vírgula oito) dias. Lembra que o custo dos leitos contratados girava em torno de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por dia. Ressalta a aquisição de duas ambulâncias para a transferência inter-hospitalar. Reporta-se à criação de uma “unidade semi-intensiva” em Santa Maria para atendimento dos pacientes crônicos, todos dependentes de ventilação mecânica. As medidas realçadas, ressalva, reduziram os leitos contratados para 62 (sessenta e duas) unidades, bem assim o número de ações judiciais. Nesse particular, a Defensoria Pública tem se manifestado sobre a redução do quantitativo de demandas deflagradas no Judiciário - 60% (sessenta por cento). Com relação aos pacientes crônicos, muitos deles há vários anos internados em UTI, noticia fase final de procedimento licitatório para contratação de 40 (quarenta) unidades “home care”, a um custo de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) cada, o que propiciará o surgimento de 40 (quarenta) vagas nas unidades existentes, pois os pacientes serão transferidos para suas residências. No programa de criação de leitos, diz que já foram criados 30 (trinta) leitos para casos



crônicos, mais 12 (doze) leitos, num prazo de 6 (seis) meses. Resume que, em 50 (cinquenta) anos, foram criados 228 (duzentos e vinte e oito) leitos; em 5 (cinco) meses, 42 (quarenta dois). Até outubro de 2011, serão inaugurados 93 (noventa e três) leitos, além dos 40 (quarenta) para “home care”. Ainda, até junho do próximo ano, serão criados mais 60 (sessenta) leitos no HBDF - 20 para Neurocirurgia; 20 para Coronariana e 20 para Pediatria. Acredita que, até junho de 2012, acabam os pedidos de liminar de UTI, por força da criação de 160 (cento e sessenta) leitos, sem olvidar das 40 (quarenta) unidades “home care”. No total, assevera o Subsecretário, são 200 (duzentos) leitos novos. Levanta problema que demanda solução a curtíssimo prazo: até junho de 2012, a insuficiência dos leitos de Neurotrauma do HBDF, único habilitado ao atendimento dos pacientes no Distrito Federal. Salienta que as liminares não serão cumpridas. Segundo os neurocirurgiões, 70% (setenta por cento) dos casos de Neurocirurgia podem ser resolvidos sem UTI, mas os pacientes precisam passar por cirurgia ainda na fase inicial da doença. Hoje não são submetidos a procedimentos cirúrgicos, porque a quantidade de anestesistas disponível não é suficiente. Os médicos “imploram” 252 (duzentos e cinquenta e duas) horas de anestesia por semana, o equivalente a três salas. Hoje existem 71 (setenta e um) pacientes na emergência do HBDF que aguardam Neurocirurgia. Diante da carência de profissionais nos quadros da SES/DF, por questões salariais e competitividade do mercado, alude à possibilidade de “contratação temporária e individual” de 3 (três) anestesistas por turno, o que reduziria a demanda por unidades de terapia intensiva de Neurocirurgia e, de consequência, as liminares. Conclama a participação de todos os envolvidos para evitar notificações da SES/DF por irregularidades. Com relação aos pacientes que eventualmente necessitem de UTI para pós-operatório de trauma, diz que a SES/DF vai eleger hospitais credenciados para acolhê-los. No seu entender, a medida resolveria o problema em todo o nível da Neurocirurgia e, via reflexa, o número de liminares. Salienta a necessidade de melhor selecionar os doentes. Por força disso, a SES/DF criou um “Protocolo” – documento fundamentado de solicitação de leito de UTI; mínimo necessário para avaliação das condições do paciente. O objetivo do documento é eliminar as indicações de leitos de UTI desnecessárias. Defende que o preenchimento do Protocolo, de responsabilidade do chefe de equipe (Diretor Substituto do Hospital), além de preceder a ação judicial, deve ser condição inafastável para sua propositura. Atualmente, esclarece o Subsecretário, as solicitações são feitas em “papel único”, no qual o subscritor, nem sempre “médico staff” (do quadro de servidores), consigna no relatório “paciente com risco de morte – necessita de UTI”. Adverte que tal profissional não pode ser ordenador de despesas no serviço público. Com a adoção do Protocolo, aponta possível decréscimo do número de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva. Ao tomar ciência do número de ações judiciais em tramitação, cerca de 6.000 (seis mil), segundo dados da PGDF, noticia o Subsecretário, a SES/DF passou a formar “processos” no Núcleo de Judicialização para atender rapidamente as provocações do Judiciário, de modo que as demandas judiciais encontrem rápida solução. Noutra vertente, aponta a falta de um Protocolo (Ministério da Saúde; Secretaria da Saúde; ANVISA etc.) para medicamentos. Inúmeras decisões judiciais não contemplam medicamentos previstos nos Protocolos existentes. Cita exemplo de pacientes amparados por planos de saúde, internados em hospitais da rede privada, muitas vezes assistidos por advogado particular, que recebem medicamentos por meio de decisão judicial. Para o Dr. Ivan, a criação de um Protocolo para os medicamentos de alto custo, cuja iniciativa já está em negociação, representaria avanço. Relativamente aos exames, a SES/DF tem empreendido esforços para colocar todos os aparelhos em funcionamento. Além disso, na hipótese dos equipamentos não funcionarem, a Secretaria já licita pela “Tabela SUS”. Dr. Jairo Bisol pede aparte e propõe que a Comissão de Judicialização integre o Comitê. Propõe, ainda, seja definido um fundo para aquisição de medicamentos. Dr. Donizeti discorre sobre a imprescindibilidade do Protocolo para UTI e medicamentos e finaliza, ao acentuar que a Comissão de Judicialização deve ser acionada antes do ajuizamento da ação pela Defensoria Pública. Dr. Ivan, no afã de esclarecer a finalidade do Protocolo, explica que o documento apresenta justificativa e fundamentação mais detalhada do pedido de vaga em UTI. Dra. Mônica diz que qualquer profissional da saúde, de qualquer categoria (enfermeiros, residentes etc.), fazia o pedido de leito, o qual era



encaminhado à Defensoria Pública para a propositura da ação judicial. Ainda, noticia que vários magistrados já verbalizaram que não há necessidade de várias páginas de relatório médico para deferimento do pleito de urgência deduzido nas ações judiciais. Basta relatório conclusivo acerca do risco de morte. De sua parte, a Defensoria Pública, para a propositura das ações, considerou necessário um relatório da Central de Regulação indicativo da inscrição do paciente na fila de leitos de UTI. Por isso, salienta que hoje não existem mais demandas judiciais de pacientes não inseridos na fila. Dra. Alessandra solicita aparte e sugere que o Protocolo seja recebido pelo paciente no Hospital. Já a Dra. Isabela diz que o ônus não deve ser transferido para a Defensoria Pública. Adverte que à SES/DF incumbe fiscalizar médico que deixa de preencher o Protocolo. Dra. Viviane, por sua vez, afirma a possibilidade de enviar cópia de relatórios “mal feitos” à Comissão de Judicialização, de modo a viabilizar a fiscalização da SES/DF. Dr. Donizeti arremata ao sugerir “canais de comunicação” entre os envolvidos na questão da saúde. Dra. Mônica passa a discorrer sobre a Central de Regulação. A Regulação, inicia a Diretora da Central, constitui instrumento de gestão exigido pelo Ministério da Saúde, cujo escopo é produzir equidade. Frisa que a SES/DF incorporou a Central antes da adoção da Política Nacional de Regulação. Na SES/DF, explica, há uma Diretoria que cuida das políticas, implementação das ações e das 3 (três) Centrais de Regulação, a saber: 1) Regulação Complexidade Interestadual, vinculada ao Ministério da Saúde. Cuida do trânsito interestadual de doentes. À guisa de exemplo, cita casos de pacientes do Acre recebidos em Brasília para cirurgia cardíaca; pacientes de Brasília direcionados a Bauru para cirurgias de “lábio leporino”, cidade referência nacional. 2) Central de Marcação de Consultas e Exames – Regula exames de imagem (Cardiologia, Oftalmologia e Dermatologia), no tocante à inserção do pedido e previsão de agendamento. 3) Internação hospitalar - pedidos eletronicamente inseridos por toda a rede de solicitantes, os quais admitem uma das seguintes soluções: 3.1) categorização, desde que haja informações suficientes para a tomada da decisão médica; 3.2) devolução para complementação do pedido; 3.3) rejeição. Noticia que a Central de Regulação funciona, desde 1º de setembro de 2006, ininterruptamente, com dois médicos reguladores e um enfermeiro controlador. Conta com mais quatro médicos “intensivistas”, os quais acompanham as internações nas unidades contratadas da rede privada e mais oito enfermeiros analisadores de contas. Estes fazem as auditorias nas contas quando o paciente vai para uma unidade contratada. As indicações de terapia intensiva, repisa a Diretora, são encaminhadas eletronicamente para a Central. A fila é organizada por ordem cronológica. O médico, adverte, pode mandar o último da fila para o leito de UTI por eleição de prioridade clínica. O médico pode organizar a lista de outra forma, mas em outra área eletrônica, para que todos os interessados, inclusive os familiares, na emergência, na presença do Chefe de equipe, vejam que o doente foi inserido na lista de espera e em qual prioridade foi classificado. A Chefia tem acesso ao sistema e a família pode acompanhar a fila. Esclarece que o médico pode se convencer imediatamente da imprescindibilidade de terapia intensiva, após tomar ciência das informações inseridas no sistema, relativas às justificativas clínicas para a internação; pedir informações complementares ou negar o pedido. Exemplifica que o médico escreve “paciente grave” e o Regulador formula questionamentos acerca da gravidade do quadro clínico; exames indicados, medicações etc. Caso o Regulador se convença imediatamente que o paciente é prioridade “X”, dirige-se ao enfermeiro controlador da Central. Este conhece via sistema, vale dizer, “on line”, os leitos ocupados. Ressalta que a vaga deve ser compatível com o perfil do paciente. Por decisão judicial já foram encaminhados pacientes para leitos sem o suporte adequado para seu quadro clínico, exatamente porque o médico regulador só menciona “risco de morte”. Não diz o que é necessário para o tratamento. Enfermeiro, por sua vez, informa a existência de vaga dentro da necessidade clínica do paciente e discute com o segundo colega, que também analisa os casos ao mesmo tempo. Ambos elegem o caso prioritário. O primeiro médico encaminha informações ao médico da UTI e requer leito. Dois outros médicos também se convencem da necessidade, juntamente com o primeiro. A despeito de o Regulador ser a autoridade sanitária responsável pelo acesso à terapia intensiva, é necessário que o “intensivista” se manifeste positivamente sobre a possibilidade de receber o paciente (se há algum bloqueio por falta de recursos humanos ou de equipamento). Em resumo, quatro médicos externam concordância. E, ainda,



o médico do SAMU é acionado (5º), nos casos em que a vaga é disponibilizada em hospital diverso daquele em que o paciente está internado. Informa que a PGDF, o MPDFT, o TJDF (Varas de Fazenda e Plantão Judicial) e o TCDF já possuem ao módulo de visualização do Sistema Integrado. Adverte que o médico solicitante não vê as vagas, mas apenas a fila de espera e o seu pedido. O médico da UTI, por outro lado, vê as vagas, mas não a fila. Magistrado acessa a maioria das informações, mas não as modifica. Verifica a prioridade clínica, mas não a altera. Todos os perfis de controle, ressalta, leem absolutamente todas as anotações efetuadas desde o início. Existe um canal para questionamentos “on line”, entre magistrado e médico regulador. O Sistema também permite identificar o cumprimento da decisão. Chama a atenção do Comitê para o intento dos Reguladores de abandonar a Central, porque se deparam com pacientes não amparados por decisões judiciais e que necessitam prioritariamente do leito de UTI. Dr. Donizeti, nesse particular, reitera a necessidade de adoção do Sistema Integrado pela Defensoria Pública do Distrito Federal. Dr. Ivan, em aparte, para amenizar o problema concernente à carência de leitos de UTI com suporte de Neurológico no HBDF, propõe a contratação temporária de leitos, especificamente para Trauma, por um período de um ano. Dr. Donizeti questiona os representantes da SES/DF a respeito dos medicamentos. Dr. Ivan, a título de esclarecimento, informa a demora na aquisição de medicamentos em decorrência do procedimento licitatório, o que retarda o cumprimento das decisões judiciais. Entende necessário firmar Termo de Ajustamento de Conduta – TAC para viabilizar aquisições diretas. Afirma que vai propor ao Governador do DF a ampliação do Fundo de Judicialização para atendimento das demandas judiciais relativas a medicamentos. Dr. Donizeti indaga se o Núcleo de Judicialização dispõe de canal para informar ao magistrado acerca da existência de determinado medicamento e o tempo necessário para disponibilização. Em resposta, Dr. Fernando, Procurador do DF, noticia que a PGDF conta com “Sistema de Módulo de Medicamentos”, via do qual é possível consultar os medicamentos estocados. Dr. Donizeti defende a criação de um “canal de comunicação” com o Núcleo de Judicialização para repasse das informações pertinentes a medicamentos. Em aparte, Dr. Fernando acresce a necessidade de informações também sobre os Protocolos. Membros dispõem sobre a periodicidade das reuniões do Comitê – mensais. Dr. Ricardo levanta indagação sobre a armazenagem, controle e estoque de medicamentos. Reporta-se à Auditoria realizada pelo TCU, mediante a qual a Corte de Contas faz algumas recomendações à SES/DF, bem assim ao Acórdão n. 182/2011. Sobre a questão, o Dr. Ivan faz menção a um Projeto, ainda em estudo, para terceirização do setor. Dra. Isabela reitera o pedido de disponibilização do Sistema Integrado para a Defensoria Pública Federal, bem como para o Ministério Público Federal. Dr. Eudóxio também manifesta interesse em acessar ao Sistema. Requer a disponibilização do módulo de visualização para a Justiça Federal. Dra. Fabíola, por fim, reputa necessário que os Hospitais da Rede Privada autorizados pela vigilância sanitária informem regularmente a quantidade de leitos de UTI disponíveis e respectiva movimentação (internação, transferência, alta etc.). Nada mais havendo a tratar, foi suspensa a reunião para que fosse lavrada esta ata, a qual, depois de lida e achada conforme, vai assinada pelo Dr. Donizeti Aparecido da Silva, Coordenador do Comitê.

**ANEXO**

| | |
|--|--|
| 1) Dra. Alessandra Vanessa – AGU/CONJUR | alessandra.vanessa@saude.gov.br |
| 2) Carlos Henrique Lima – Ministério Público Federal | caique@prdf.mpf.gov.br |
| 3) Dra. Daniela S. Miranda - SES/DF | danielasmiranda@gmail.com |
| 4) Dra. Dayane Andrade Ricardo – Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF | ----- |
| 5) Dr. Edson Chaves – Procuradoria Geral do DF | ----- |
| 6) Dr. Eudócio Céspedes Paes – Juiz Federal | eudoxio.paes@trf1.jus.br eudoxiopaes@hotmail.com |
| 7) Dra. Fabíola de Aguiar Nunes – Médica Sanitarista/UnB | estelanunes@terra.com.br |
| 8) Dr. Fernando José Longo Filho – Procuradoria Geral do DF/ PROMAI | gab.promai@pg.df.gov.br sjlongo@ig.com.br |
| 9) Dr. Francisco Macedo – Jornalista/Defensoria Pública da União | francisco.macedo@dpu.gov.br |
| 10) Dr. Franz Rulli Costa – Assessor Médico – MPDFT (PROSUS) | franzrulli@gmail.com |
| 11) Dr. Ivan Castelli – Subsecretário de Atenção a Saúde/SES-DF | ictelli@uol.com.br |
| 12) Dra. Isabella Karen Araújo Simões – Defensoria Pública da União | isabellasimoes@hotmail.com |
| 13) Dr. Jairo Bisol – Promotor/MPDFT | jairo@mpdft.gov.br |
| 14) Dra. Maria Célia Delduque – Advogada/FIOCRUZ | delduque@fiocruz.br |
| 15) Dra. Mônica Reis – Diretora de Regulação/SES-DF | monicaiassana@hotmail.com gera.saude.df@gmail.com |
| 16) Dr. Paulo Fernando Andrade – Diretor de Assistência Farmacêutica/ SES-DF | diasfses@gmail.com |
| 17) Dr. Ricardo Emílio Pereira Salviano – Defensor Público Federal | ricardo.salviano@dpu.gov.br |
| 18) Dra. Viviane Magalhães Pereira Arruda – Defensora Pública Federal | magalhaes.viviane@gmail.com |
| 19) Dr. Victor Mendonça Neiva – Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF | ----- |



A Coordenação do Comitê Executivo Distrital de Saúde tem a honra em convidar o(a) ilustre parceiro(a) para o próximo encontro, no dia 12-9-2011, 14h, no Auditório do Fórum Desembargador Joaquim Souza Neto (Fórum Verde), localizado no Setor de Administração Municipal – SAM, Lote “M”, ao lado da Procuradoria do DF e TERRACAP.

Pauta proposta segue adiante transcrita, passível de inclusão de sugestões:

- Ampla divulgação das iniciativas da SES/DF, em prol da melhoria dos serviços de cuidados da saúde;
- Ampla divulgação das metas a serem alcançadas a curto, médio e logo prazos;
- Avaliação da Central de Compras da Unidade de Administração Geral – UAG/ SES/DF;
- Controle – Medicamentos;
- Agilizar as compras;
- Manutenção de estoque de segurança;
- Insumos e equipamentos necessários (Neuro/HBDF).
- Avaliação Comitê de Judicialização SES/DF. Suprimento de fundo. Sistema, informação e ampliação do número de servidores e instalações;
- Criação de Protocolo para medicamentos de alto custo. Situação;
- Atendimento a pacientes usuários de drogas. Internação compulsória;
- Atendimento aos cuidados da saúde. Enfoque saúde baseada em evidências;
- Definição dos nomes a serem indicados para a composição do Comitê, junto ao TJDFT;
- Analisar Recomendação CNJ 36, de 12-7-2011;
- Outros.