



ATA DA 2ª 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 dez dias do mês de agosto 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. Adriana de Fontoura Alves – Médica/HUB; 2) Dr. Agton Dias; 3) Dra. Alessandra Marqueto – Advogada/Comissão de Judicialização/ AJL/SES-DF; 4) Dra. Beatriz Mac Dowell Soares – Diretora-Presidente/FHB - Fundação Hemocentro de Brasília; 5) Dra. Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira – Procuradora/Ministério Público de Contas do Distrito Federal; 6) Dra. Daniela S. Miranda - SES/DF; 7) Dr. Edson Chaves – Procuradoria Geral do DF; 8) Dra. Elina Magnan – Procuradoria Geral do DF; 9) Dr. Eudóxio Céspedes Paes – Juiz Federal; 10) Dr. Fernando José Longo Filho – Procuradoria Geral do DF (PROMAI); 11) Dr. Franz Rulli Costa – Assessor Médico – MPDFT (PROSUS); 12) Dr. Ivan Castelli – Subsecretário de Atenção a Saúde/SES-DF; 13) Dr. José Airamir Padilha de Castro – Médico/Diretor do Hospital Santa Maria; 14) Dra. Kenia Guimaraes – Corregedoria da Justiça do Distrito Federal/TJDFT; 15) Dra. Lucimar R. Coser Cannon – Médica/Comissão de Judicialização; 16) Dr. Luis Guilherme Queiroz Vivacqua – Chefe da Assessoria Jurídica/AJL/SES-DF; 17) Dr. Marcos Augusto Carboni – AGU/PRU 1ª Região; 18) Dra. Maria Célia Delduque – Pesquisadora FIOCRUZ; 19) Dra. Marília Tavares – Farmacêutica/PGDF (PROMAI); 20) Dr. Moacyr Rey – Promotor; 21) Dra. Mônica Reis – Diretora de Regulação/SES-DF; 22) Dra. Patrícia Paim – Assessoria Jurídica/AJL/SES-DF; 23) Dr. Paulo Fernando Andrade – Diretor de Assistência Farmacêutica/SES-DF; 24) Dr. Ramiro Nóbrega Sant’Ana – Defensor Público; 25) Dra. Silvia Badim Marques - FIOCRUZ; 26) Dra. Tânia Maria Naya Marchewka – Procuradora de Justiça; 27) Dr. Victor Mendonça Neiva – Advogado/Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF. Pauta da reunião: 1 – Avaliação do Sistema de Regulação de UTI 2 – Sugestões no sentido de minimizar o “gargalo” acerca das UTIs com suporte neurológico (Neonatal?); 3 – Avaliação do Comitê de Judicialização da SES. Ampliação atendimento aos demais parceiros; 4 – Radioterapia no HBDF (aparelho com defeito); 5 – Conciliação – Hemocentro; 6 – Criação de Protocolo para os medicamentos de alto custo. Situação; 7 – Atendimento a pacientes usuários de drogas. Internação compulsória; 8 – Atendimento aos cuidados da saúde. Enfoque saúde baseada em evidências; 9 – Discussão para o estabelecimento de metas a serem alcançadas pelo Comitê; 10 – Definição dos nomes a serem indicados para a composição do Comitê, junto ao TJDFT e 11 – Analisar Recomendação CNJ 36, de 12-7-2011. Ao iniciar os trabalhos, Dr. Donizeti saúda os participantes da 2ª Reunião e chama a atenção de todos para o objetivo precípuo do Comitê, qual seja: o “Encontro do Diálogo” entre os “parceiros” envolvidos nas questões afetas aos cuidados com a saúde. Enfatiza a premente necessidade de encontrar soluções para problema e, de modo particular, o tratamento da questão sob a ótica do interesse coletivo. No primeiro tema da pauta - Avaliação do Sistema de Regulação de UTI (1), tratado também na 1ª Reunião, reporta-se à proposta surgida por ocasião do Encontro Técnico Regulação de Leito de UTI no DF, realizado no dia 10-12-2010, quanto aos critérios a serem estabelecidos pela SES/DF para a confecção dos laudos/protocolos que serão encaminhados para a Central de Regulação e Defensoria Pública. Naquela ocasião, acena o Coordenador, fora sinalizado que o laudo médico deverá ser “[...]”



elaborado em papel timbrado da SES, em letra legível, assinado e carimbado por médico com a identificação do CRM, de acordo com o que é preconizado no Código de Ética Médica, acompanhado da cópia do Formulário de solicitação de internação hospitalar e a declaração, positiva ou negativa, de que o paciente possui plano de saúde.” Na primeira oportunidade, destaca, não houve concordância quanto ao procedimento a ser adotado. Alguns participantes, exemplifica, entendiam que o Protocolo deve ser entregue ao paciente; outros, ao médico assistente. Nesse particular, esclarece o Coordenador, o médico que solicita a UTI deve necessariamente preencher o Protocolo. Indaga o Dr. Ivan acerca da exigência do Protocolo na Central de Regulação para a inclusão do paciente na lista de espera por leitos de UTI. O Subsecretário responde positivamente. No Sistema Integrado Saúde, esclarece, ocorre a inclusão do paciente na lista, mas, para o Juiz é encaminhada apenas a solicitação (“risco de morte”). Dr. Donizeti, em seguida, levanta questionamento: “Quando o Juiz pede informação à Central de Regulação, na hipótese de inscrição na lista de espera por leito em Unidade de Terapia Intensiva, isto significa que o Protocolo já fora preenchido?” Dra. Mônica informa que a Secretaria empreende esforços para, dentro do sistema, configurar formulário mais objetivo, dotado de mais dados e com menos campos de escrita/ justificativa livre. Desse modo, apenas pacientes que atendam integralmente o Protocolo serão inseridos na lista da Central de Regulação. Hoje, noticia, há pacientes inseridos no sistema, mas que o Regulador precisa pedir informações complementares. Abre o seguinte precedente: está na fila, mas não preenche ainda todas as informações para a priorização. Não por outro motivo, diz, o software já está sendo adequado para que todos os pacientes inscritos na Central de Regulação estejam com o Protocolo totalmente preenchido. Indagada a respeito da expectativa de adequação do sistema pelo Coordenador, Dra. Mônica esclarece que, além do software, é necessária modificação dos “impressos”, exatamente idênticos àqueles constantes no sistema, no prontuário do paciente e no “relatório judicial”. Uma vez homologado no software, a Secretaria envia a produção para a gráfica. Depois “dispara” para todos os Hospitais. Subsecretário e Diretora de Regulação acordam que, em duas semanas, as adequações indicadas serão implementadas. Dr. Ramiro pergunta se o “relatório” será enviado à Defensoria. Dra. Mônica diz que incumbiria ao médico elaborar pedido de UTI exatamente no formato do formulário de solicitação (Protocolo). Mais precisamente quanto ao acesso ao Sistema Integrado de Saúde, Dra. Daniela lembra que a Defensoria Pública contará com módulo de visualização no mês de setembro, de forma “limitada”. Dra. Mônica adverte que, para a Defensoria, o módulo será distinto daquele disponibilizado aos magistrados, pois permitirá apenas a consulta - fila, prioridade e vaga, mas não o acesso ao histórico do paciente. No respeitante à padronização do relatório médico, aspecto levantado por Dr. Ramiro, Dr. Fernando José explica que, atualmente, a solicitação é feita em “papel timbrado” da SES/DF – médico elabora o relatório e assina. Todavia, complementa, SES/DF e Poder Judiciário conferem “peso” distinto à solicitação atual. O “papel timbrado” que serve de amparo ao deferimento do pedido de UTI no Judiciário não é suficiente para a inserção do paciente na Central de Regulação. Aponta a existência de formulário, aprovado por Portaria da SES/DF, no qual há a indicação dos dados necessários para a avaliação correta do médico regulador. Conclui que o sistema automaticamente não aceitará a inserção de paciente na Regulação, caso o Protocolo não esteja totalmente preenchido. Dra. Mônica salienta que a medida objetiva eliminar problemas discutidos na reunião anterior (1º - documento encaminhado ao magistrado apenas com a indicação de “risco de morte”, inúmeras vezes ilegível e sem carimbo do médico solicitante e, portanto, impossível de ser rastreado e 2º - ausência no documento do suporte adequado ao quadro clínico: relevante para a configuração dos casos de desobediência, pois nem sempre a vaga guarda correlação à necessidade do paciente). Defende que o mesmo documento utilizado para solicitar o leito de UTI esteja também nos autos. Dr. Fernando José acentua sempre ter defendido que o formulário padronizado pela SES/DF também instruisse as ações individuais deflagradas no Poder Judiciário, o que gerou discussões pertinentes ao acesso à Justiça. Não obstante, como o sistema só vai aceitar a inclusão na fila, desde que preenchido o formulário, Dr. Fernando José vislumbra a possibilidade de atrelar a propositura da demanda ao preenchimento do formulário – comprovante da inserção. Dra. Mônica e Dr.



Fernando dizem que o médico solicitante tem acesso ao Sistema Integrado de Saúde, após questionamento formulado pela Dra. Maria Célia. A respeito do assunto, para reflexão do Comitê, Dr. Edson Chaves alude a caso prático, no qual o médico do HBDF externou a necessidade de leito para o paciente, mas a Central de Regulação acenou no sentido contrário. Dra. Mônica assevera que a Central de Regulação, por força da Portaria de criação, representa a “autoridade sanitária” responsável pela inserção do paciente na fila. Casos não consentâneos com Protocolo, arremata, serão de fato retirados da lista de espera. Dr. Donizeti sugere que o médico regulador informe ao Juízo a divergência. Nesse particular, Dra. Maria Célia considera preocupante concentrar as decisões no âmbito regulatório, razão por que, no seu entender, a questão deve ser levada ao conhecimento do Conselho de Saúde do DF. Todas as decisões em curso no âmbito da saúde (ex: criação de um serviço novo), adverte o Dr. Ivan, passam pelo Conselho, não de modo particularizado, mas na forma de Protocolos. Dra. Mônica conclui que o paciente apenas será admitido na fila da Central de Regulação após o preenchimento total do Protocolo. No que diz respeito ao acesso à Justiça, precisamente a transformação do Protocolo em requisito para recebimento da petição inicial, preocupação externada por Dr. Ramiro, a Defensoria Pública, adverte Dra. Mônica, tal qual os demais, terá acesso ao Protocolo via sistema, lembrando que a inserção na fila dependerá do preenchimento do documento. A seu tempo, Dr. Victor lembra que os pedidos de UTI não são deduzidos apenas pela Defensoria Pública. Nesse ponto, Dra. Mônica noticia que, em 5 (cinco) anos de funcionamento, apenas 1% (um por cento) das Judicializações vieram por meios diversos da Defensoria Pública. E deste 1% (um por cento), acredita que 90% (noventa por cento) advém da transferência de pacientes já internados em estabelecimentos privados. Dr. Donizeti, por sua vez, destaca a impossibilidade de abranger a totalidade dos casos; situações particularizadas merecerão tratamento caso a caso. Dr. Eudócio esclarece que deliberação do Conselho jamais vai obrigar os Juízes que exijam o procedimento da Regulação no âmbito da Seção Judiciária, assim como na Justiça do Distrito Federal, por força da independência dos Juízes. Entende que a adoção da medida tem por objetivo principal evitar que a questão seja Judicializada. Sobre o ponto, muito mais importante, acentua Dra. Elina, que o magistrado tenha “olhos mais cautelosos” na urgência e necessidade de internação do paciente. Anteriormente, acrescenta, a falta de inscrição na lista da Central de Regulação estava sendo usada para burlar a ordem de urgência. Dr. Donizeti lembra que a Justiça Federal e a Defensoria Pública solicitaram acesso ao Sistema Integrado de Saúde. Coordenador prossegue os trabalhos no item 2 da pauta – Sugestões no sentido de minimizar o “gargalo” acerca das UTIs com suporte Neurológico e, recentemente, a preocupação com o suporte Neonatal. Construção de via alternativa junto ao Ministério Público, na pessoa dos Promotores Jairo Bisol e Moacyr Reis, para tentar resolver a questão. Embora o magistrado conceda a ordem judicial, noticia Dr. Donizeti, hoje não há vagas em leitos de UTI com suporte Neurológico. Lembra que Dr. Ivan havia sugerido a contratação temporária de leitos na rede privada. Dr. Moacyr formula questionamento sobre a situação do HFA e HUB, questão objeto de e-mail enviado ao Dr. Ivan. A respeito do tema, Dr. Ivan tece inúmeras considerações, de modo particular acerca do planejamento da SES/DF para a ampliação de leitos. Segundo relata, hoje, a SES/DF conta com 62 (sessenta e dois) leitos contratados na iniciativa privada. Alude à redução de 1.100 (mil e cem) diárias/mês para 450 (quatrocentas e cinquenta) diárias, as quais serão “zeradas” apenas em julho do próximo ano. Justifica a elevada demanda por leitos de UTI com suporte de Neurocirurgia, onde reside o aventado “gargalo”. De cada 10 (dez) liminares, exemplifica, 8 (oito) referem-se a Neurocirurgia. E, acrescenta, os 62 (sessenta e dois) leitos contratados não admitem doentes neurocirúrgicos. Diante do quadro, sinaliza, a SES/DF já estabeleceu projeto de médio prazo para solucionar o problema. A criação de 20 (vinte) novos leitos pós-operatório de Neurocirurgia “eletiva”, acrescidos de leitos para Trauma, no HBDF. No projeto, a princípio, serão criados 60 (sessenta) leitos. Aventa a possibilidade de redução do número para 50 (cinquenta) leitos, por questões físicas. Isto, adverte, apenas ficará pronto em julho de 2012. Externa preocupação com os jovens, vítimas de acidentes automobilísticos, principais afetados com a carência de leitos, e elenca as alternativas para solução do “gargalo”, a saber: 1ª) Hospital das Forças Armadas – O



Diretor do Hospital, revela Dr. Ivan, informou a existência de 24 (vinte e quatro) horas de anestesia para cobrir. Conta com 9 (nove) anestesistas com carga horária que não cobre nem mesmo a área materna/infantil (Obstetrícia). O Diretor fez menção a contrato com cooperativa de anestesistas do Distrito Federal, mas, por questões legais e judiciais, alerta o Subsecretário, o Hospital foi proibido de se valer do serviço. Ao contar com 9 (nove) médicos contratados, o Diretor daquele Hospital se dispôs a colaborar com uma cirurgia por semana, o que não resolveria o problema, frisa o Subsecretário; 2ª) HUB – Lembra a crise financeira e desativação das cirurgias. 3ª) HBDF – Tratativas foram travadas com Neurocirurgias, relata, acerca da possibilidade de remoção de pacientes com lesões medulares ou com trauma na coluna para Hospital do Paranoá, onde, junto com uma equipe de Ortopedia, seria prestado serviço para estes doentes. Apesar da reticência dos Neurocirurgias, o serviço foi criado com o auxílio de ortopedistas com especialização em coluna. Nesse particular, conclui que todos os pacientes com problema na coluna serão transferidos para o Hospital do Paranoá. A solução de parte do problema da Neurocirurgia no HBDF, resume, requer a “contratação” de mais anestesistas. No seu entender, é preciso “retirar do HBDF o que pode ser retirado”. À guisa de exemplo, diz que as cirurgias de “nervos periféricos” passarão a ser feitas no HUB, assim como algumas “cirurgias eletivas” de Neurocirurgia migrarão para aquele nosocômio. O problema em parte será resolvido, esclarece, porque o HBDF conta com apenas 8 (oito) leitos de UTI/adulto. No seu entender, o problema não será resolvido apenas com a criação de leitos no HBDF. Acrescenta que alguns médicos – três do Hospital de Santa Maria e ortopedistas da SES/DF serão transferidos para o Hospital do Paranoá. Noutra vertente, para viabilizar a substituição dos médicos, serão concedidos contratos de 40 (quarenta) horas. Sinaliza alternativa de resolver cirurgicamente o problema dentro do HBDF, pois o custo levantado da diária de UTI na iniciativa privada gira em torno de R\$ 3.700,00 (três mil e setecentos reais), e deixar tão somente o pós-operatório para um Hospital contratado que conte com estrutura para suprir eventual intercorrência em caso de nova cirurgia. Porém, adverte, a dificuldade recai no número insuficiente de anestesistas. O HBDF necessita de 3 (três) anestesistas em 3 (três) períodos, no total de 252 (duzentos e cinquenta e duas) horas, de modo que, ao final, existam 3 (três) salas de domingo a domingo exclusivamente para a Neurocirurgia. Dessa forma, acredita, o HBDF volta a “caminhar”. Ainda, seriam eliminadas as ações judiciais. Para suprir a falta de anestesistas, até a conclusão do projeto de criação dos 60 (sessenta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva, reporta-se às disposições da Lei n. 8.745/1993 - contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. Sugere a contratação temporária e excepcional de profissionais, proposta a ser estudada em conjunto com o MPDFT, na pessoa dos Promotores Dr. Jairo Bisol e Dr. Moacyr, e com o Ministério Público de Contas do Distrito Federal, na pessoa da Dra. Cláudia, para atender 3 (três) salas, no total de 13 (treze) anestesistas, a um custo total de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil) em honorários, com apoio no diploma legal aludido. Ao final, relata o Subsecretário: foram criados 43 (quarenta e três) leitos de UTI; 39 (trinta e nove) leitos serão criados até outubro/novembro, com possibilidade de mais 10 (dez) e, em 2012, mais 50 (cinquenta) unidades serão criadas. A demora, justifica, decorre da sofisticação e do caráter especial das instalações (rede elétrica, equipamentos etc.). Diz que as propostas do Dr. Moacyr foram estudadas e levanta outro problema a ser resolvido: nenhum dos hospitais contratados se dispõe a atender pós-operatório de Neurocirurgia. Dr. Moacyr, diante das dificuldades noticiadas, indaga o Subsecretário sobre a possibilidade das cirurgias serem realizadas também no HFA, bem assim acerca da transferência de pacientes que extrapolaram o prazo de alta. Dr. Ivan esclarece que o HFA, na assinatura do contrato, exigiu que percentual de leitos contratados ficasse disponível para acolhimento de pacientes de outros lugares. Além disso, a órtese e prótese teriam de ser compradas pelo Hospital. Assim, conclui, a alternativa do Hospital Paranoá ficou mais barata. A par da situação enunciada pelo Subsecretário, Dra. Cláudia formula questionamento sobre as 6 (seis) “unidades semi-intensivas” do HBDF, de modo particular, a possibilidade de incrementá-las a ponto de propiciar aos pacientes da Neurocirurgia – pós-operatório que ali permaneçam. Acredita que o Poder Público tem condições de atender os pacientes no HBDF sem a contratação temporária de



leitos. Cita casos de paciente que ocupam leitos da Neurocirurgia há 2 (dois) anos. Sugere que pacientes sejam atendidos em “unidades home care”. Dr. Victor adverte que, em reunião precedente, foram lançadas premissas para solução emergencial do problema – “três salas” de UTI “full time” com a contratação temporária de anestesistas, a saber: 1ª) médico responsável pelo procedimento cirúrgico deve cuidar também do pós-operatório; 2ª) paciente da Neurocirurgia não necessariamente requer internação em leito de Unidade de Terapia Intensiva. Diz que Dr. Arlindo e Dr. Ronaldo confirmaram tal assertiva. Naquela oportunidade, a proposta emergencial envolvia a “três salas” de UTI. Os casos extremos, assevera, seriam atendidos na iniciativa privada até que solução mais duradoura fosse implementada. Nessa linha de intelecção, compreende que as premissas e a proposta encetadas naquela ocasião são distintas da sugestão apresentada – passar o pós-operatório para os hospitais privados. Entende que “desjudicializar” a questão da UTI, considerando que boa parte do problema está na Neurocirurgia, reclama soluções na própria Neurocirurgia. Até mesmo a questão do Protocolo ficaria em segundo plano, comenta. Ampliar a discussão e tentar dar um pouco mais de celeridade na implantação das providências, arremata Dr. Victor, representa o melhor caminho, mormente ao se considerar que o Poder Público é o ente naturalmente vocacionado para a gestão do problema da saúde. Dr. Ivan, em contrapartida, acentua que quaisquer soluções dentro da Neurocirurgia do HBDF serão bem-vindas. Todavia, lamenta, com 26 (vinte e seis) anos de experiência em UTI, não consegue enxergar dessa forma. Notícia a abertura de 34 (trinta e quatro) leitos dentro do Hospital Santa Maria para acolhimento dos “crônicos” que estavam em Unidades de Terapia Intensiva. Quanto à “unidade home care”, suscitada por Dra. Cláudia, aponta entraves de natureza burocrática. Reconhece que a sua implementação representará redução dos custos, porquanto 40 (quarenta) pacientes, todos em ventilação mecânica, deixarão os leitos, abrindo vagas para tratamento prioritário dos doentes de Trauma, cirúrgico etc. No concernente à “unidade intermediária”, reputa reduzido o número atual (seis “unidades semi-intensivas”). Considera razoável a criação de 30 (trinta) leitos para o pós-operatório. Explica que, o denominado “Hospital de apoio” não conta com “oxigênio líquido” ou “ar comprimido”, mas com “gasoso”. Considerando que a SES/DF adquire oxigênio líquido a um preço de R\$ 0,81 (oitenta e um centavos) o metro/cúbico e o gasoso custa R\$ 7,00 (sete reais), o “back up” teria de ser muito grande, sem contar que não há disponibilidade de sistema de gás encanado. No “Hospital de apoio”, não há pacientes crônicos em ventilação mecânica, porque a estrutura demanda cilindros de 10 m³ (dez metros cúbicos), os quais duram apenas um dia, um dia e meio, dois, no máximo, a depender do tipo de respirador. Alude à presença da Dra. Adriana, médica da Neurocirurgia. Dra. Adriana, inicia seu relato, ao noticiar sua condição de Neurologista Intensivista. Desempenha suas atividades na UTI/Trauma do HBDF há 17 (dezessete) anos, conta. Por vocação natural, explica, os 8 (oito) leitos recebem pacientes do Neurotrauma. Numa cidade como Brasília, que tem tendência para trauma de forma ostensiva, o número é muito reduzido, sinaliza. Infelizmente, narra, os pacientes destes leitos costumam ficar 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 10 (dez), até 15 (quinze) dias à espera de uma alta na enfermaria da Neurocirurgia. E os pacientes da enfermaria aguardam, por vezes, até 6 (seis) meses a oportunidade de serem submetidos a procedimentos cirúrgicos. Inúmeras vezes, acrescenta, saem da UTI e ingressam na enfermaria, necessitando tão somente de cuidados de um Clínico Geral. Defende que os pacientes sejam transferidos para unidades da periferia. Isso, ressalta, é uma realidade diuturna no HBDF há muitos anos. Diz que 6 (seis) leitos da Neurocirurgia não são usados para Trauma, mas para pós-operatório eletivo de Neurocirurgia. Logo, conclui, não contribuem de forma efetiva para diminuir ou desafogar o atendimento do Trauma. Efetivamente, ajudam no pós-operatório das “eletivas”, mas o paciente ali permanece, por vezes, 2 (dois) anos, necessitando apenas de cuidados clínicos. Entende que os pacientes nestas condições poderiam ser transferidos para uma enfermaria, por exemplo, em Santa Maria, no Paranoá etc. Dr. Ivan, a seu tempo, noticia que a SES/DF, ao criar 30 (leitos) no Hospital de Santa Maria, abriu a possibilidade de transferência dos pacientes. Para tanto, basta que o Chefe da Neurocirurgia estabeleça contato com a Regulação. Dra.



Adriana, ao revés, diz que não obrigatoriamente os pacientes que estão na enfermaria da Neurocirurgia precisam de cuidados de UTI; ao contrário, podem ingressar em enfermaria simples. Mais precisamente quanto ao Trauma/coluna, no seu entender, os ortopedistas do Hospital do Paranoá priorizarão as patologias degenerativas (hérnias de disco, de uma forma geral). Diz que os pacientes de “Trauma Raqui-medular” ficam internados sob os auspícios da Neurocirurgia no HBDF, ininterruptamente, e ocupam vagas no pronto-socorro. Dr. Ivan acentua que todos os pacientes de “Trauma Raqui-medular” migrarão para o Hospital do Paranoá. Ao ser indagado acerca da transferência imediata dos pacientes da UTI do HBDF, nessas condições, Dr. Ivan acena positivamente, mas desde que a estrutura esteja completa e apenas para “Trauma Raqui-medular”, não para “degenerativa”. Ao ser questionado por Dr. Moacyr, Dr. Ivan esclarece que pacientes de Trauma/coluna não entram na enfermaria. Alude, ainda, a 100 (cem) casos de tumores diagnosticados de crânio, os quais poderiam ser resolvidos numa fase inicial, mas não são, à falta de leitos de UTI. Os pacientes acabam seguindo para a sala de recuperação (quinze salas, no total). Frisa não ter sugerido levar o doente para ser operado em outro Hospital. Questionado sobre a possibilidade do paciente operado em Hospital da iniciativa privada voltar ao hospital de destino, por Dra. Cláudia, Dr. Ivan diz que isso acontece. Narra que o tempo de internação no Hospital particular era de 5 (cinco) dias. Após uma série de medidas da SES/DF, inclusive a aplicação de penalidades aos gestores, o tempo de internação caiu para 1,8 dias (média). Dr. Padilha – No seu sentir, a situação é preocupante e foi “desconstruída” ao longo de muitos anos. O Neurotrauma, assevera, representa um problema social muito mais abrangente, pois envolve questões afetas à Engenharia de Tráfego, produção, horário de trabalho, educação, repressão, dentre outras, razão por que não pode ser visto apenas para minimizar o dano ou sob a perspectiva da atenção médica. No seu entender, é necessário alcançar a distinção entre “sistema de atenção ao Neurotrauma” e o “sistema de atenção às doenças Neurodegenerativas”. Nenhum Hospital da nossa rede, quíça nenhum Estado Brasileiro, adverte, apresenta condições de atender plenamente o “Trauma”. Defende a criação de um “arranjo complementar”, via do qual uma cidade complemente a outra, de modo que o sistema atenda adequadamente o paciente. Não é possível ter “Neurotrauma” para Santa Maria. Cita caso do paciente “politraumatizado”. O ortopedista de qualquer Hospital, exemplifica, cuida do fêmur, tibia, úmero, tórax etc. O crânio, por sua vez, reclama atenção de um médico do HBDF, o qual vive o drama do “super congestionamento”, além de enfrentar problemas de gestão. Defende que a questão seja repensada sob o enfoque da “multifatorialidade”. Além disso, que outras unidades da rede integrem esse “arranjo complementar” (Paranoá, Santa Maria etc.). Reputa imprescindível um planejamento, de tal forma que o Hospital faça o que mais sabe fazer, até que tenhamos um “novo arranjo” dentro da estrutura do HBDF. Hoje, lembra, o HBDF apresenta condições para cirurgias – Neurocirurgia e Neurotrauma, mas não pode conferir ao paciente o “suporte pós-operatório”, razão pela qual sinaliza a necessidade de descentralizar. Nesse particular, sabe que o transporte terrestre é complicado. Porém, é possível minimizar a dificuldade com as “aerovias do Trauma”. Outro entrave: o “Heliponto” do HBDF é precário, haja vista os problemas de homologação e estrutura. Defende a atuação de todos os envolvidos (MPDFT, Judiciário etc.), para juntos, verificarem a “multifatorialidade” e fazerem um planejamento. Sugere, além do trabalho desenvolvido pelo Subsecretário, o qual tem propiciado redução do número extra de leitos de UTI, que o Comitê faça momento de reflexão mais intenso, por meio de um “Seminário do Trauma”, para uma abordagem mais adequada do problema. O Hospital Santa Maria, relata, faz parte da rede, mas vive “momento transitivo”, por força da substituição do servidor temporário pelo concursado. Diz estar enfrentando dificuldades não criadas, mas herdadas das gestões anteriores. À guisa de exemplo, cita limite previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal para convocação de concursados. Acena a possibilidade de continuar se valendo da Lei Federal n. 8.745/1993, com vistas à contratação temporária, enquanto as finanças do Distrito Federal são reorganizadas. No Hospital de Santa Maria, que hoje conta com 10 (cem) Unidades de Terapia Intensiva, noticia a existência de condições físicas para ampliação do número



de leitos (trinta e quatro até janeiro), podendo chegar ao total de 140 (cento e quarenta) leitos. Dra. Mônica, em relação ao Trauma, diz que há mais de um ano não existe ocupação não judicializada. Nem mesmo a saída da sala de cirurgia/recuperação se dá por critério clínico. Hoje, salienta, a ocupação ocorre por antiguidade da decisão judicial. O maior índice de descumprimento das ordens judiciais reside nessas ações, porque a busca por leitos na iniciativa privada tem se mostrado frustrada. Além disso, aponta iniciativa pequena da SES/DF, mas importante, junto aos Neurocirurgiões, para que observem a real necessidade do paciente por leito de Unidade de Terapia Intensiva, com suporte de Neurocirurgia. Dr. Donizeti chama a atenção para a complexidade da questão e o objetivo do Comitê – fortalecer a saúde pública, com o apoio da iniciativa privada. Dr. Donizeti adverte quanto à existência de uma segunda lista – das decisões judiciais (Trauma), além da oficial na Central de Regulação. Considerando que o ponto mais crítico do problema da Judicialização se deve à Neurocirurgia e ao problema do Trauma, Dr. Victor propugna pela mudança de enfoque do Comitê, a ser acolhido para a próxima reunião – tratar a questão sob o ponto de vista do atendimento aos pacientes e resolução do problema da Neurocirurgia, no lugar de priorizar os procedimentos de Judicialização, tal como o Protocolo. Nesse particular, Dr. Donizeti enfatiza a necessidade de, num primeiro momento, tratar o problema de forma coletiva. Dr. Moacyr, a seu turno, entende que as preocupações podem caminhar concomitantemente. Reporta-se à responsabilidade pessoal do médico, do Chefe da Unidade, do Diretor do Hospital etc. Dr. Ivan, arremata, ao defender a adoção de alternativa de “menor complexidade” para outra de “maior complexidade”, até que a SES/DF tenha o número suficiente de leitos disponível, a partir de premissa invocada pelos Neurocirurgiões, qual seja, 70% (setenta por cento) das cirurgias – “colunas torácicas” e “fratura baixa” não demandam leitos de UTI. 1ª alternativa (mais barata e sem utilizar estrutura externa) - Propõe seja autorizada a contratação temporária de 13 (treze) anestesistas, para exercício de suas atividades em 3 (três) salas, com contratos de 40 (quarenta) horas, de domingo a domingo, a um custo mensal de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais), o que, no seu entender, vai amenizar o problema do HBDF, mormente ao se considerar que a SES/DF conta com 32 (trinta e dois) Neurocirurgiões, número suficiente para implementação da medida. A par da proposta, Dr. Donizeti sugere seja marcada reunião, dentro do prazo de 10 (dez) dias, com os membros do MPDFT, Dr. Jairo e Dr. Moacyr, para avaliação e exame da alternativa levantada pelo Subsecretário, com a presença dos participantes que se mostrarem interessados. Sugestão acolhida por Dr. Moacyr. Dr. Edson entende que é preciso ter cuidado na responsabilização do médico. Dr. Donizeti, por sua vez, acena a possibilidade de ponderar junto aos Juízes de Fazenda e da Justiça Federal, estes a cargo do Dr. Eudóxio, sobre a questão. Dr. Eudóxio sugere que, durante a exposição do Sistema Integrado de Saúde, membro da Procuradoria do DF esteja presente para, com as devidas cautelas, aponte situações onde haja maiores abusos. Dr. Donizeti alude aos Juízes Plantonistas, os quais, em grande parte, desconhecem a realidade da saúde no DF. Dr. Moacyr lembra que orientação estudada e avaliada por aqueles que estão a par da situação é mais fácil de ser acatada. Dra. Kenia defende a divulgação de informações aos Juízes de 1ª instância e Desembargadores. Dr. Donizeti acentua que, num primeiro momento, o Comitê busca estabelecer canal de comunicação entre os diversos interlocutores para, posteriormente, atingir os demais interessados. Inclusive, assevera que a Coordenação já está trabalhando para que os debates travados no Comitê cheguem ao conhecimento dos magistrados, por meio da Escola da Magistratura. Dra. Maria Célia pede ênfase na formação em Direito Sanitário, uma das preocupações do CNJ. No terceiro tema da pauta - Avaliação do Comitê de Judicialização da SES e Ampliação atendimento aos demais parceiros, o Coordenador lembra o acesso ao Sistema Integrado de Saúde. Dr. Ramiro, nesse particular, diz que, além do sistema concernente à internação hospitalar, considera interessante obter acesso ao sistema de materiais (insumos e medicamentos) e ao SISREG, porquanto, notícia, duas semanas de contato permitiram à Defensoria Pública entendimento mais profundo do sistema de saúde, dispensando a expedição de ofícios e propositura de ações judiciais. Arremata: “quanto mais informação



menos Judicialização”. Dra. Mônica, quanto ao SISREG, softer do Ministério da Saúde que regula “ambulatorialmente” consultas a exames e alguns procedimentos, esclarece que, embora a Defensoria Pública da União, assim como o TCDF, já tenham formulado pleito nesse sentido, a SES/DF solicitou ao DATASUS a criação de um perfil específico para essa finalidade (leitura de oferta e previsão), em Auditoria realizada no ano passado. Com a Defensoria Pública da União, alerta, fora criado um “link”, via e-mail institucionalizado daquele órgão, via do qual os questionamentos são respondidos tão logo recebidos. O sistema de materiais, de igual modo, requer a criação de perfil específico, adverte Dr. Paulo, pois o sistema, hoje, conta com uma série de funcionalidades distintas da simples consulta. Dr. Ramiro pede celeridade na adequação do sistema, pois boa parte das demandas que chegam à SES/DF é deflagrada pela DPDF. Dr. Donizeti indaga os representantes da SES/DF sobre a possibilidade de estender o acesso via e-mail à DPDF. Dra. Mônica e Dr. Paulo acenam positivamente. Dr. Luis Guilherme – Segundo relata, as atividades do Comitê de Judicialização principiaram no final do ano passado, numa pequena sala, com um médico, um farmacêutico e um advogado, com o objetivo precípua de estabelecer uma “ponte” com o Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público etc., para suprir a falta de informação. No início, observou que as ordens judiciais não obedeciam a um fluxo, porquanto havia várias portas de entrada, a saber: Diretor do Hospital, Secretário, Procuradoria, Jurídico etc. Nesse sentir, o primeiro passo foi tentar centralizar apenas num lugar o recebimento das ordens judiciais, com vistas a agilizar o cumprimento, o que de fato interessa para o paciente. Verificou, ainda, que, entre o recebimento da ordem e o seu encaminhamento para a Secretaria de Saúde, perdiam-se dois, quatro, por vezes até cinco meses, quando o tempo para cumprimento não passava de 24 (vinte e quatro) horas, sem olvidar dos mandados de prisão e arresto de orçamento. Constatou, lamenta, a situação de descrédito da Secretaria de Saúde. Salienta que a Comissão de Judicialização não constitui um instrumento público, tampouco justificativa do gestor, mas instrumento de resolução. Isto significa, arremata, “matar o problema na origem”. Nas suas atividades, estabeleceu grande parceria com a Defensoria Pública. Em termos numéricos, notícia, de 700 (setecentos) requerimentos, 40 (quarenta) ou 50 (cinquenta) dão origem a ordens judiciais. Conta com uma equipe pequena, frisa. Acentua a dificuldade encontrada na aquisição de materiais e medicamentos, razão pela qual defende a criação de fundo específico para tanto. Aponta avanços na questão, tais como, a “Oxigenoterapia”, em relação à qual a Comissão conseguiu “zerar” a fila por balões de oxigênio, e a “Nutrição”, onde tem empreendido esforços para não deixar faltar aos recém-nascidos. Revela, ainda, decréscimo no número de pleitos por Unidades de Terapia Intensiva, cujo trabalho de coordenação compete a Dra. Mônica. Mais precisamente quanto a questão do “CRACK”, externa preocupação, ao dizer que teme virar uma espécie de “UTI 2”, pois há várias clínicas que esperam do Poder Público o custeio da internação sem qualquer critério. Diz ter a consciência de que hoje a Comissão de Judicialização é o “grande retrato” da Secretaria de Saúde. Reporta-se aos Mandados de Segurança, distribuídos aos Desembargadores, magistrados muitas vezes não inteirados das dificuldades enfrentadas na Secretaria, a exemplo dos Juízes Plantonistas. Diz que a Comissão tem buscado parcerias com diversos setores. Sugere, para a próxima reunião, apresentação de trabalho desenvolvido pela Dra. Lucimar sobre as atividades da Comissão. Ciente de que algumas prescrições médicas são extremamente danosas, adverte, tem buscado o entendimento no sentido de que o médico justifique o pedido, nos casos de medicamentos não padronizados. Aventa a possibilidade de criar uma Comissão para avaliar a eficácia da droga receitada, no lugar de punir o médico. Nesse particular, reputa a questão dos Protocolos bastante polêmica. Alude a Decreto, no qual há previsão de 2 (dois) anos para o Ministério da Saúde evoluir na padronização dos medicamentos. Finaliza dizendo que, nas condições e estrutura oferecidas pela SES/DF, a equipe da Comissão tem desenvolvido “trabalho heróico” na Judicialização. Dr. Donizeti, em aparte, testemunha que tem recebido respostas bastante esclarecedoras e efetivas da Comissão de Judicialização; outras, nem tanto. Defende veementemente que a SES/DF ofereça condições humanas e materiais à Comissão de Judicialização. Dr. Ivan confirma que o trabalho



da Comissão era incipiente. Não por outro motivo, solicitou a Dra. Lucimar, no início, que catalogasse os processos. Deslocou dois assessores para a Comissão. Ciente dos avanços alcançados pelo setor e da importância das atividades ali desenvolvidas, compromete-se a levar o pleito do Dr. Donizeti imediatamente ao Secretário de Saúde. Para tanto, o Subsecretário solicita ao Dr. Luis que lhe dirija pedido formal acerca das suas necessidades. Dr. Fernando suscita questão de ordem e propõe a antecipação do item 5 da pauta: “Conciliação – Hemocentro”. Em aparte, Dr. Moacyr destaca três pontos do item anterior: 1) importância da comunicação; 2) registro em ata do compromisso assumido pelo Subsecretário e 3) questionamento dirigido ao Diretor da Comissão de Judicialização: “o quê facilitaria as aquisições da SES/DF?”. Nesse ponto, alude às “atas de registros de preço”, bem assim às “notas de empenho”. Dr. Luis Guilherme noticia a existência de algumas “atas”, mas não sabe ao certo como se daria o registro de preços para os medicamentos não padronizados ou se haverá interesse. Em suma, aponta a criação de um suprimento de fundos maior para as aquisições emergenciais. Em aparte, Dr. Paulo informa a tramitação de 6 (seis) processos de compras. Ainda, continua Dr. Luis Guilherme, nas dispensas, acelerar os procedimentos de pagamento. Por último, evitar a “padronização” na forma como vem sendo feita na SES/DF (dificuldade de encontrar contratante que forneça todos os itens requeridos). Dra. Maria Célia parabeniza Dr. Luis Guilherme pela Comissão. Mais precisamente quanto ao Decreto mencionado pelo Diretor, assevera, de forma crítica, a imposição de obrigação ao Ministério da Saúde de rever os Protocolos, sem a aplicação de sanção. Indaga se a Comissão de Judicialização está acompanhando o custo da Judicialização, através da execução dos “empenhos”. Dr. Luis Guilherme informa, em resposta, que Dra. Lucimar detém a tabela de custos de cada ordem judicial. Dra. Lucimar, a seu tempo, esclarece que o primeiro estudo realizado foi o custo para a SES/DF das horas dos inúmeros profissionais envolvidos nas ações judiciais (por volta de R\$ 10.000,00), sem contar produto, preço da cirurgia e material. No que pertine à indagação da Dra. Maria Célia, diz que dispõe de alguns preços por categoria de material. Além disso, conhece os medicamentos mais demandados na SES/DF. A título de exemplo, revela que, desde fevereiro, 2.500 (duas mil e quinhentas) demandas ingressaram na Comissão de Judicialização, das quais, 40% (quarenta por cento) constituem ações judiciais. Conclui ao enaltecer a importância da Comissão de Judicialização, pois espelha as dificuldades da SES/DF, além de representar instrumento de auxílio ao gestor. Dr. Ramiro confirma o decréscimo do número de ações judiciais com o trabalho desenvolvido pela Comissão de Judicialização. Dra. Maria Célia manifesta interesse em se valor dos dados referenciados (custo da Judicialização - execução dos “empenhos”) para pesquisas realizadas na FIOCRUZ, haja vista estudos levados a efeito na área. Sobre o 5º item da pauta - Conciliação – Hemocentro, Dr. Fernando inicia explanação, ao noticiar reunião designada para o dia 15-8-2011, com vistas à criação de procedimento voltado a estabelecer espécie de “canal de comunicação” para a questão dos “hemoderivados”. O Procurador guarda a percepção de que a medida pode contribuir para uma resposta mais rápida para o problema. Dra. Beatriz conta que sua equipe principiou suas atividades na Fundação Hemocentro de Brasília em janeiro. O Hemocentro, explica, órgão ordenador do sistema de sangue, vinha, desde o ano de 2008, recebendo produtos adquiridos pelo Ministério da Saúde – “homoderivados”, os quais são distribuídos aos Estados que, por sua vez, repassam para os Hospitais. Tais produtos, acresce, são extremamente sensíveis, escassos e peculiares, pois guardam origem biológica. Segundo dados do Ministério da Saúde, nos últimos 2 (dois) anos, das 600 (seiscentas) milhões de unidades necessárias para atender a demanda, o Brasil conseguiu executar 260 (duzentos e sessenta) milhões. Destaca a insuficiência do “Fator 8”, que atende a Hemofilia. Por outro lado, alude à produção dos denominados “recombinantes”, na área de Engenharia Genética, produtos que, no mercado, custam 3 (três) a 4 (quatro) vezes mais caros, porém, sem nenhuma evidência científica e superioridade em relação a sua eficácia. Reporta-se ao cadastramento realizado na sua gestão, mediante o qual constatou que, dos 457 (quatrocentos e cinquenta e sete) pacientes catalogados, 115 (cento e quinze) pacientes são Hemofílicos; ainda, a dispensação de “hemoderivados” para pacientes que necessitam de profilaxia e,



por fim, à suspensão das cirurgias eletivas, à falta dos produtos. Sob o enfoque da atenção integral à saúde, alude à visita domiciliar, via da qual identificou 12 (doze) pacientes em situação crítica – não podem sair de casa. Dra. Cláudia, em contraponto, revela que a realidade constatada pelo Ministério Público é diversa da reportada pela Diretora do Hemocentro. 1º) a “profilaxia primária” não representa invenção do Distrito Federal, pois o Brasil adota política de reposição de fator de coagulação; 2) noticia a liberação, a partir de julho, das cirurgias eletivas pelo Ministério da Saúde, com a disponibilização dos fatores de coagulação necessários; 3) afasta escassez do “fator 9” – hemofilia “B”; 4) registros de casos de pacientes da rede pública que não dispõem do fator de coagulação, submetidos inclusive a episódios hemorrágicos graves e 5) aprovação de Protocolo do Ministério da Saúde sem a oitiva democrática dos membros que participaram de sua elaboração. Por fim, sugere que todos os Defensores Públicos participem da reunião designada para o dia 15 de agosto. Nesse particular, Dr. Fernando acredita ser mais importante definir os elementos necessários para a construção de um “canal de comunicação” entre a Defensoria Pública e o Hemocentro. Dr. Ramiro, por força dos horários na Defensoria, acredita ser quase impossível contar com a presença de todos os Defensores na reunião. A par da dificuldade, Dra. Cláudia sugere que os membros conversem entre si sobre a questão. Dr. Donizeti sinaliza que as questões da pauta não tratadas merecerão enfrentamento em futura reunião do Comitê (usuário de drogas, internação compulsória etc.). Dr. Ivan diz, sobre os “hemoderivados”, que, no que depender da Subsecretaria de Atenção aos Cuidados da Saúde, todos os esforços serão empreendidos para amenizar os problemas verificados. Ao final, o Subsecretário, no tocante à Radioterapia, esclarece que a SES/DF não havia firmado contrato para manutenção dos equipamentos, na sua maior parte da marca “Siemens”. Cita exemplo de equipamento do Hospital de Base. Diante da falta de interesse na manutenção do equipamento, por não ter o conjunto de todos os aparelhos, após o vencimento do contrato, a SES/DF, disposta a pagar pelo conserto, solicitou à empresa que fizesse o orçamento. Transcorridos 42 (quarenta e dois) dias sem resposta, o Subsecretário levou a denúncia contra a “Siemens” pessoalmente ao Ministério Público, na pessoa do Dr. Moacyr, justifica o Subsecretário. Noticia a existência de 3 (três) aparelhos de Radioterapia, destes, 2 (dois) no Hospital de Base e 1 (um) no HUB. A somatória de todos os exames, explica Dr. Ivan, dá uma capacidade de 140 (cento e quarenta) pacientes; a necessidade é de 225 (duzentos e vinte e cinco) pacientes. Várias reuniões foram realizadas com o HUB, dentro da área de Oncologia. Foi criado o terceiro turno, de forma a atender 65 (sessenta e cinco) pacientes; no HBDF, de 100 (cem) pacientes passou para 160 (cento e sessenta) atendimentos. O serviço, informa, era complementado pela iniciativa privada, pela Tabela AMB, a qual representa um custo elevado. Com o encerramento, a instituição privada acenou no sentido de não mais prestar o serviço. 40 (quarenta) pacientes deixaram de ser atendidos na iniciativa privada. Depois de quase 8 (oito) meses, comemora, a SES/DF assinou contrato para manutenção dos equipamentos, em 9-8-2011, às 18h. Diz que 150 (cento e cinquenta) pacientes aguardam Radioterapia no HUB. Assevera que o contrato de 40 (quarenta horas) foi declarado inconstitucional pelo Tribunal. Diz o Subsecretário estar tentando a preço de SUS que empresa em Taguatinga preste o serviço. Para tanto, defende que a Procuradoria, MPDFT, Ministério Público de Contas e Defensoria se juntem à SES/DF para tratarem do assunto. Em atenção ao relato do Subsecretário, Dr. Moacyr noticia ter levado reclamação aos representantes da empresa “Siemens”. O acesso à Radioterapia, lembra Dr. Mônica, é regulado, porque o paciente passa antes pela consulta. Logo, os pacientes mencionados estão na fila e seguem ordem de priorização. Contudo, adverte, a SES/DF deixou de agendar, diante da impossibilidade de realizar o tratamento. Dr. Ivan acredita que em 2 (dois) meses, no máximo 3 (três), a situação deve se normalizar, após preocupação externada por Dr. Ramiro. Nada mais havendo a tratar, com os agradecimentos do Coordenador, 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.