ATA DA 3ª REUNIÃO DO COMITÊ DE SAÚDE

A Coordenação do Comitê Executivo Distrital de Saúde tem a honra em convidar o(a) ilustre parceiro(a) para o próximo encontro, no dia 13-9-2011, 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.

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 treze dias do mês de setembro 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 – PROSUS; 2) Dr. Aldi Roldão – Subsecretário de Política sobre Drogas - SUBAD/SEJUS; 3) Dra. Alessandra Marqueto – Advogada - Comissão de Judicialização/ SES-DF; 4) Dra. Alessandra Vanessa – AGU/CONJUR; 5) Dr. Alexandre Lyra de Aragão Lisboa – Diretor Geral – Hospital de Apoio; 6) Dr. Augusto César Farias Costa – Gerente de Saúde Mental/SES-DF 7) Dr. Celestino Chupel – Defensoria Pública do DF; 8) Dr. Edson Chaves – Procuradoria Geral do DF; 9) Dra. Fernanda Nogueira – Fundação Hemocentro de Brasília; 10) Dr. Fernando José Longo Filho – Procuradoria Geral do DF/PROMAI; 11) Dr. Ivan Castelli – Subsecretário de Atenção a Saúde/SES-DF; 12) Dr. Iran – Presidente CRM; 13) Dra. Isabella Karen A. Simões – DPU; 14) Dr. Jairo Bisol; 15) Dra. Lucimar R. Coser Cannon - Médica - Comissão de Judicialização/SES-DF; 16) Dra. Lucinéia – SES/DF; 17) Dr. Luiz Cláudio Modesto – Médico Neurocirurgião/HBDF; 18) Dra. Maria Aparecida Gonçalves Vieira

– Assistente Social/Hospital de Apoio de Brasília; 19) Dra. Maria Célia Delduque – Pesquisadora/FIOCRUZ; 20) Dr. Mauro Noleto – Consultoria Jurídica/GDF; 21) Dr. Moacyr Rey – Promotor/MPDFT; 22) Dra. Mônica Reis – Diretora de Regulação/SES-DF; 23) Dr. Paulo Fernando Andrade – Diretor de Assistência Farmacêutica/SES-DF; 24) Dra. Patrícia Paim – AJL/SES/DF; 25) Dr. Ramiro Nóbrega Sant'Ana – Defensor; 26) Dra. Rosana Coccoli – Médica Neurocirurgiã/HBDF; 27) Dr. Roselle Bugarin Steenhouwer – Diretora Geral - Hospital Regional da Asa Sul; 28) Dra. Silvia Badim Marques – FIOCRUZ; 29) Dra. Tânia Maria Naya Marchewka – Procuradora de Justiça; 30) Dr. Victor Mendonça Neiva – Advogado - Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF. Pauta da reunião: 1 – Ampla divulgação das iniciativas da SES/DF, em prol da melhoria dos serviços de cuidados da saúde; 2 – Ampla divulgação das metas a serem alcançadas a curto, médio e logo prazos; 3 – 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). 4 – 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; 5 – Atendimento a pacientes usuários de drogas. Internação compulsória; 6 – Atendimento aos cuidados da saúde. Enfoque saúde baseada em evidências; 7 – Definição dos nomes a serem indicados para a composição do Comitê, junto ao TJDFT; 8 – Analisar Recomendação CNJ 36, de 12-7-2011; Sugestões da Defensoria Pública/DF: 9 – Cirurgias cardíacas no Instituto Cardiológico do DF - ICDF. Especialmente as cirurgias em recém-nascidos; 10 – Ressonância Magnética e Cintilografia; 11 – Radioterapia. Início dos trabalhos. Dra. Maria Célia sugere a inversão de itens da pauta para que temas não enfrentados na última reunião sejam tratados pelo Comitê. Dr. Donizeti informa a todos que Dr. Augusto solicitou a abordagem do tema "Saúde Mental – usuário de drogas" (item 5) no início da reunião, pois tem outro compromisso marcado. O Coordenador lembra que qualquer sugestão pode ser apresentada pelos participantes. O objetivo do Comitê, ressalta, é a convergência. Destaca encontros preliminares realizados com diversos setores (Regulação, Secretário de Saúde, Diretor do Hospital de Base, OAB, CRM, Neurocirurgiões, Fundação Hemocentro, etc.). Agradece a presença de todos. No quinto tema da pauta - Atendimento a pacientes usuários de drogas, reporta-se aos inúmeros pedidos de internação compulsória deduzidos em demandas judiciais, à excepcionalidade da medida e à falta de instituições para acolhimento dos dependentes químicos. A partir daí, aventa a possibilidade do Comitê tentar estabelecer um procedimento para tratar da questão. Conclama Dr. Augusto, profundo conhecedor do assunto, para dar seu relato. Dr. Augusto – Pede licença ao Coordenador e ao Comitê para fazer pequena retrospectiva da Política Nacional de Saúde Mental. Explica que a Política Nacional de Saúde Mental Brasileira era pautada exclusivamente na internação, ou seja, a internação psiquiátrica como um fim em si. Adverte que atividades de promoção e reinserção social praticamente não existiam. O Ministério da Saúde, até o ano de 2004, alerta, gastava 80% (oitenta por cento) do orçamento da saúde mental com internação e 20% (vinte por cento) com procedimentos extra-hospitalares. Em 1996, o sistema foi revertido e, a partir daí, o gasto com os procedimentos hospitalares passou a ficar cada vez maior. Hoje, as internações psiquiátricas absorvem 20% (vinte por cento) do orçamento. Até 1985, explica, o Brasil construiu um "parque manicomial" de 100.000 (cem mil) leitos psiquiátricos. A partir da reforma psiquiátrica, que culminou na edição da Lei n. 10.216, em 6 de abril de 2001, esse "parque manicomial" foi progressivamente desativado. Apesar disso, relata, há ainda no Brasil 34.000 (trinta e quatro mil) leitos hospitalares de psiquiatria, voltados para emergência psiquiátrica, mas a maioria deles, para pacientes que perderam a reinserção social, os vínculos familiares etc. Com a homologação da Lei n. 10.216, acrescenta, a internação psiquiátrica passou a ser vista como o último procedimento a ser adotado. Alude a outros procedimentos, baseados na atenção territorial, na articulação com a rede de saúde da família, com a rede de saúde básica, e aos leitos de atenção integral (média complexidade). Com a explosão do narcotráfico, ressalta, essa Política ganhou um "ingrediente", não contabilizado, mas que de certa forma pegou a estrutura de surpresa, o CRACK, substância acessível por qualquer pessoa (dimensão e massificação do uso da droga).

Todo o sistema de saúde, acresce, passou a buscar alternativas e a sair de uma visão de assistência à saúde mental, tradicionalmente vocacionada aos grandes transtornos mentais (Esquizofrenia, Transtorno Bipolar etc.), para outra demanda, decorrente do uso da droga, o que levou, em 2002, o Ministério da Saúde a editar a Portaria n. 336 que cria 5 (cinco) tipos de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (Tipos 1, 2 e 3), relacionados à cobertura populacional de 70.000 habitantes (CAPS 2) e 30.000 habitantes em diante (CAPS 3). Com mais de 200.000 habitantes, o CAPS de Infância e Adolescência, e, ainda, o CAPSad (para usuários de álcool e drogas). Salienta que toda a concepção de modelo de assistência psiquiátrica foi concebida em torno de uma rede. Nesse sentir, não saiu de uma "visão hospitalocêntrica" para uma "visão CAPScêntrica" - CAPS como serviço mais importante, como outrora fora o hospital psiquiátrico. A política hoje está centrada na concepção de rede, trabalhada há mais de duas décadas. O Ministério da Saúde, relata, vem formulando uma política, mediante a qual, além dos CAPS já relacionados, conta com os CAPSad e com os CAPS 3, estes mais complexos (24 horas). Ainda, dispõe das Casas de Atendimento Transitório ou Unidades Residenciais (URPPs: Tipo 1 – usuário fica 60 dias; Tipo 2 – 90 dias). À guisa de exemplo, diz que usuário de droga (rua) é atendido em "consultório de rua", encaminhado para o Hospital Geral, onde, numa enfermaria de desintoxicação, passa em média 7 (sete) dias. Depois disso, uma equipe de assistência avalia o percurso que paciente deve tomar a partir de então - se deve ser encaminhado para uma unidade de CAPSad ou se deve ser transferido para uma Unidade Residencial Terapêutica (padrão 1 ou padrão 2). Acaso necessite se afastar da "célula de uso" (familiar ou na rua), destaca, recebe uma residência transitória, na qual passa a ter acesso à assistência médica e à reinserção social (estudos, esporte, trabalho e geração de renda). Nesse quadro, várias "políticas" são oferecidas, numa perspectiva de um "projeto de vida", mais ampla do que a saúde. A saúde, no seu entender, enquanto "setor" do Poder Público, não consegue responder a todas as demandas, mormente a questão do uso de drogas. Conclui que não há uma solução simples, exatamente porque o problema é muito complexo. Na internação compulsória, adverte, há uma tentativa de simplificação de toda uma complexidade. Não por outro motivo, diz que o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) reprova a internação, em razão da sua superficialidade. A internação, arremata, significa reduzir uma questão complexa e multifatorial a um eixo - internação compulsória, a exemplo do que fizeram as Prefeituras do Rio de Janeiro e de São Paulo. Nesses Estados, não foram disponibilizados conjunto de equipamentos, profissionais e projeto terapêutico (suporte social). Atualmente, alude à pressão exercida pela Mídia. Verificada também no Parlamento brasileiro, para que o Executivo libere recursos para as instituições e financiamento do SUS. No âmbito local, o GDF criou um Comitê para enfrentamento do CRACK, álcool e outras drogas, cuja coordenação incumbe ao Dr. Aldi Roldão, Subsecretário de Políticas de Combate às Drogas da Secretaria de Justiça. Nenhum Estado Brasileiro está preparado para a internação compulsória. A bem ver, noticia, há uma tentativa de ocultamento, a exemplo do que já aconteceu ao longo da História. Denominado por Foucault de "grande enclausuramento". As pessoas portadoras de doenças mentais foram "sequestradas" em recintos fechados, surgindo daí os hospitais psiquiátricos. É impossível, acredita, promover a internação compulsória da "avalanche" de pessoas que necessitam de tratamento, mesmo porque, conclui, isso representaria preparar uma geração inteira dentro de manicômios, voltados para droga e outras substâncias. Lembra que a dependência química representa "circuito" antigo, na antologia da espécie humana, ativado não apenas com o uso do CRACK ("circuito ilícito") ou do álcool, mas também pelos compradores compulsivos, a exemplo dos praticantes de exercícios em academia (circuito lícito). A questão, salienta, é bastante complexa, razão por que não pode ser reduzida ao eixo da internação compulsória. Por fim, informa que desde que assumiu a Gerência de Saúde Mental, em 21 de janeiro, enfrenta sérias dificuldades, pois necessita de 50 (cinquenta) psiquiatras para fazer frente a 1.000 (mil) horas de déficit de profissionais na rede de saúde do DF. Dr. Celestino pede a palavra para fazer uma indagação. O Defensor Público diz ter acompanhado na Vara da Infância os problemas noticiados por Dr. Augusto, ao se deparar com adolescentes que se envolviam com drogas, acabavam normalmente internados e, posteriormente, ingressavam nos presí-

dios, em decorrência da falta de um atendimento específico. Conta que a Defensoria trabalha com casos muito graves. Cita caso de mãe agredida pelo filho de 16 (dezesseis) anos. Relata que as demandas judiciais, concernentes à internação compulsória, têm aumentado gradativamente e têm sido precedidas de encaminhamento aos CAPS. "Qual a solução emergencial para o problema?" Questiona o Defensor. Dr. Augusto aventa "caminho transitório": "internação curta" num Hospital Geral para desintoxicação, onde um grupo multiprofissional da saúde mental (regulador) avaliaria a "clientela" que volta para o CAPS. Ultrapassado o período de desintoxicação, a equipe multiprofissional reguladora avaliaria a capacidade do usuário de responder a uma abordagem que envolva a família e, ainda, o contingente a ser encaminhado para Unidade Terapêutica. Dr. Aldi Roldão defende que o Comitê convoque dois outros atores – SAMU e Corpo de Bombeiros. Explica que o usuário, antes de ser atendido pela equipe de saúde, precisa ser contido. Tal contenção, informa, embora seja incumbência do SAMU, não tem sido feita por falta de estrutura e treinamento. Nesse particular, Dr. Donizeti sugere que reunião seja convocada com a presença dos parceiros indicados e o tema seja enfrentado em fórum específico. Dra Maria Célia pergunta quantos CAPSad existem. Dr. Augusto responde que há 6 (seis), dentre os quais, um voltado para a criança e o adolescente em situação de droga e violência. Noticia a abertura de mais um até o final do ano em Taguatinga (para a infância e adolescência) e outro em Itapuã. No total, serão 8 CAPS, sinaliza. O plano diretor, frisa, prevê 12 (doze) CAPS de drogas e 12 (doze) CAPS para a infância e adolescência. Lembra a necessidade e importância das enfermarias de desintoxicação dos Hospitais Gerais, para acolhimento de crianças, adolescentes e adultos, com profissionais treinados em pediatria e clínica médica. Dra. Maria Célia alude a caso de usuário de drogas que no CAPSad ouviu apenas palestra. Pergunta ao Dr. Augusto se ele confirma a assertiva. Segundo Dr. Augusto, aquele que chega ao CAPSad é acolhido, mediante uma "conversa" e avaliado para encaminhamento. A palestra constitui uma das atividades do CAPSad. Explica que maior da parte das mães deseja que os filhos sejam internados de imediato, porque veem na internação a única forma de solução do problema. Reporta-se a campanha do Ministério Público, dirigida ao esclarecimento da população acerca do uso da droga. A pesquisadora pergunta ainda se o Gerente de Saúde Mental conta com estatísticas pertinentes aos usuários, réus primários, que ingressaram no crime (ex. furto, homicídios etc.). Dr. Augusto acena negativamente. Conta tão somente, justifica, com dados relativos aos usuários de drogas no CAPS (9% - CRACK; 40% - álcool misturado com qualquer outra substância; 47% - álcool puro; 4% - outras drogas/ voláteis, êxtase, LSD etc.). De sua parte, Dra. Isabela pergunta: "dentre os usuários que entram no CAPS, quantos obtêm êxito no tratamento?" Dr. Augusto informa que o número é desalentador. De 10 (dez) usuários, 3 (três) aderem ao tratamento e conseguem sair e 3 (três) aderem e tem comportamento reincidente. De outro lado, 4 (quatro) não desejam receber tratamento. A estatística, adverte, é mundial. O melhor centro de tratamento do mundo, arremata, vai apresentar esta estatística. Dr. Victor – reporta-se a evento realizado na OAB com a participação da SES-DF, no qual fora apresentado um projeto para estruturação da rede de saúde mental. Todavia, acrescenta, hoje foi apresentado o problema da insuficiência de psiquiatras. Efetivamente, questiona, "tal deficiência compromete o projeto apresentado?" "Existem alternativas viáveis para enfrentamento do problema, mediante a participação de profissionais de outras áreas?" Complementa Dr. Victor. Ainda, faz alusão à denúncia relacionada a casos de tortura verificados nas internações compulsórias, mais precisamente na instituição "Mansão Vida" (GO). Pergunta sobre a procedência da informação. Nesse particular, Dr. Augusto passa a palavra para o Dr. Aldi. O Subsecretário esclarece que a apuração da denúncia noticiada pelo Dr. Victor compete ao Conselho de Políticas sobre Drogas do Distrito Federal. Segundo relata, até janeiro deste ano, no Distrito Federal, havia 8 (oito) comunidades terapêuticas registradas no Conselho. Por outro lado, nenhuma das clínicas particulares estava registrada. Acrescenta que a Secretaria tem desenvolvido um trabalho de mapeamento e credenciamento das instituições. Consoante informações do Subsecretário, na região do Distrito Federal e entorno, havia 83 (oitenta e três) instituições na área de recuperação de dependentes químicos. Ressalta que Conselho desconhece a denúncia. Todavia, lamenta, foram registradas 3 (três) denúncias de maus tratos. Uma

delas, explica, mais precisamente tortura e cárcere privado, chegou ao Conselho via Rede Globo, no dia 18 de julho (no Paranoá). Malgrado exista um clamor por internação, defende, é preciso que as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito aos direitos humanos. Isto, acrescenta, na questão de habitabilidade, na questão da preservação da saúde, assim como na questão do respeito a sua identidade sexual. Noticia o lançamento de Edital para credenciamento de instituições, de acordo com o Plano Distrital de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, no dia 1º-9-2011. Nenhuma instituição, revela, até o momento alcançou as condições legais mínimas para credenciamento (Lei n. 8.666/93), à guisa de estatuto constituído, razão social, cronograma de atividades e plano de trabalho. Diz que não há no Estado, tampouco na Sociedade Civil, mínimas condições éticas de adotar a internação. Informa que Dr. Augusto recebe, no CAPSad, de 2 (dois) a 3 (três) pedidos de internação em "comunidade terapêutica". Os pacientes, acrescenta, são acolhidos "filantropicamente". Contudo, as instituições não estão suficientemente adequadas para firmar convênio com o Distrito Federal. Dr. Augusto acrescenta que, a despeito do abrandamento dos critérios, com a supressão da RDC 101 e adoção da RDC 29 , ambas da ANVISA, ainda assim as instituições não atendem às exigências. Inclusive, fiscalização realizada pela Subsecretaria da Vigilância da Saúde revelou as condições de muitas das instituições (baratas, comida exposta, banheiros inviáveis etc.). Dr. Augusto, em resposta ao questionamento do Dr. Victor, confirma que o reduzido número de psiquiatras na SES-DF afeta o projeto para estruturação da rede de saúde mental. Esclarece que não é possível conferir assistência em saúde mental sem o psiquiatra, pois algumas funções, exclusivamente médicas, não podem ser delegadas a outros profissionais de saúde. Dr Aldi complementa as considerações do Gerente de Saúde Mental, ao dizer que o psiquiatra, lamentavelmente, é especialista em "extinção" no mundo inteiro, porquanto a quantidade de psiquiatras que se formam anualmente no Brasil não supre a demanda. A atenção psicossocial, acredita o Subsecretário, minimiza a falta de médicos psiquiatras, ao contrário do que prega a Associação Brasileira de Psiquiatria, tanto que há um movimento da Associação e do próprio CFM de dificultar ação psicossocial na área. Dra. Isabela indaga acerca das medidas a serem adotadas para resolver o problema. Dr. Donizeti lembra a sugestão feita anteriormente (reunião com os demais parceiros). Necessidade de tratar da questão, estabelecer procedimentos, travar debates sobre o Plano Diretor de Saúde Mental. Nesse ponto, Dr. Jairo pede a palavra para reflexão. Entende que reforma psiquiátrica está inserida na reforma sanitária. Pondera: "Vivemos num país que não tem vontade política de fazer uma reforma sanitária." A ampliação do número de leitos de internação pode, no seu entender, representar o retrocesso do ponto de vista da definição da política na área de saúde mental. Os agentes que tratam do tema devem separar aquilo que é "definição de política" da "execução de política". Assevera: "leito de internação foi ferramenta de lucratividade em prol das ofensas máximas à dignidade humana neste País." Em Brasília, arremata, falta toda a implantação da reforma psiquiátrica. Dr. Donizeti, em aparte, questiona se é possível marcar a reunião para próxima terça-feira (20-9-2011), às 14h00. Ao ensejo, pede ao Dr. Aldi que indique os participantes. Dr. Victor e Dr. Augusto acenam positivamente. Dr. Celestino, no tema que toca a reunião marcada para a terça-feira, questiona Dr. Augusto se há enfermarias aptas a acolher os casos graves para desintoxicação. Dr. Augusto responde negativamente. Dr. Celestino pergunta o que deve ser feito. Dr. Augusto salienta que não existe local apropriado para receber casos indicados por Dr. Celestino. É preciso treinar equipe de pediatria, conclui. Dr. Donizeti acrescenta que, em pesquisa realizada, constatou que os Hospitais da rede não apresentam condições de receber os pacientes. Dr. Augusto – explica que não existe protocolo de enfermaria pronto para criação de enfermarias de pediatria e clínica médica. Esclarece que existe protocolo de desintoxicação (ex. HRAS, para crianças de até 12 anos, conforme ECA – Dra. Roselle). Alude à necessidade de identificar os Hospitais da rede com capacidade para desintoxicação de adulto. Todavia, lamenta, não há espaço, nem enfermaria reservada. Dra. Mônica pergunta se as crianças não serão assistidas. Dr. Augusto diz que casos agudos, a exemplo de criança que aparece no Hospital com um quadro de desintoxicação aguda, receberão atendimento. Todavia, não num segundo momento, pois não há "encadeamento". A equipe, salienta, não está treinada. O quadro é resultado de 12 (doze) anos de

desassistência, explica. Dr. Ramiro, em aparte, pede que seja apresentado um fluxograma na reunião marcada para terça-feira, indicativo dos procedimentos a serem tomados nos casos mais graves. O Gerente de Saúde Mental reporta-se ao grupo de trabalho formado com a AJL (Comissão de Judicialização) e a Defensoria Pública com vistas à criação de um Protocolo. Ainda, a um trabalho da Promotoria de Infância e Juventude no mesmo sentido. Dr. Ramiro solicita dados do CAPSad. Dr. Donizeti pede ao Dr. Aldi que transmita os dados aos representantes da Defensoria Pública. Dra. Aparecida (assistente de saúde Hospital de Apoio de Brasília) – sugere seja convidada, para a reunião de terça-feira (20-9-2011), representante da Secretaria de Desenvolvimento Social, por entender que a questão não é apenas de saúde. Dr. Augusto, de igual modo, considera importante a integração com as demais Secretarias envolvidas. Dr. Donizeti agradece a presença do Dr. Augusto e pede ao Dr. Ivan, na qualidade de representante do Secretário (Dr. Rafael), que esclareça alguns pontos divergentes, pois algumas iniciativas apresentadas nas reuniões precedentes vão de encontro às solicitações dos médicos (Neurocirurgiões, Diretores dos Hospitais etc.). O Coordenador salienta a questão da efetividade das soluções, vale dizer, o que pode ser feito de imediato. No seu entender, ao conhecer a realidade de cada qual, podemos encontrar soluções. Destaca empenho do Subsecretário no processo. Cita exemplos dos medicamentos e leitos de UTI. Dr. Ivan, ao principiar sua explanação, entrega ao Ministério Público, na pessoa dos Promotores de Justiça Jairo Bisol e Moacyr Rey, ao Dr. Donizeti e aos demais presentes, documento solicitado, pertinente ao quantitativo de leitos de UTI contratados na iniciativa privada, bem assim cronograma de ativação e construção de leitos. Lembra que a Secretaria apresentava gasto estimado em 70 (setenta) milhões com a rede privada. Para este ano, comemora, a estimativa é de 35 (trinta e cinco) a 36 (trinta e seis) milhões, graças ao processo de reestruturação da rede pública, na área de terapia intensiva. Em janeiro, relata, a Secretaria contava com 1.900 (mil e novecentos) leitos (diárias/mês). Houve uma redução, acrescenta, para 1.050 (mil e cinquenta). Alude ao plano de reestruturação da rede, na iniciativa privada, até julho de 2012. Diz que, em 51 (cinquenta e um) anos de Governo, foram criados 222 (duzentos e vinte e dois). Destes, prossegue, até janeiro, 8 (oito) estavam inativos. A redução do número de leitos contratados, de 70 (setenta) milhões para 36 (trinta e seis) milhões, deve-se ativação dos 8 (oito) leitos e à criação de 5 (cinco) leitos de Unidades de Cuidados Intermediários no HRAS, completa o Subsecretário. Reporta-se à criação de mais de 30 (trinta) leitos para crônicos no Hospital de Santa Maria. Ainda, até dezembro deste ano, aos 76 (setenta e seis) novos leitos de intensiva programados (cronograma entregue aos presentes). Além disso, completa, foi aprovado para julho de 2012 mais 60 (sessenta) leitos novos, dentro do HBDF, os quais contemplarão três áreas críticas (Pediatria, Neurocirurgia, Pós-operatório e Unidade Coronariana). Avalizaram a planta do projeto, a qual está em fase atual de detalhamento, conta, para depois seguir para o procedimento licitatório, o Coordenador da UTI, o Chefe da UTI e, ainda, o Coordenador e o Chefe da Neurocirurgia. Todavia, lamenta, o quadro delineado não resolve o problema ("gargalo") da Neurocirurgia no HBDF. O problema, em parte, foi resolvido, mas não o da Neurocirurgia. Além dos leitos assinalados, existe a proposta de tirar pacientes crônicos, em ventilação mecânica, há vários anos internados em leitos de UTI, a um custo estimado em R$ 3.056,12 (três mil cinquenta e seis reais e doze centavos), por dia. Diz que muitos dos doentes crônicos não conhecem suas residências, a exemplo das crianças, que nascem com insuficiência respiratória e paralisia cerebral. Ocupam leitos por cinco, às vezes, seis anos. Nesse particular, destaca o projeto "home care", o qual foi submetido à apreciação do Conselho de Saúde e aprovado por unanimidade. Seguirá para licitação, conclui. São mais 40 (quarenta) vagas na rede. Ao final, o Distrito Federal vai ganhar 200 (duzentas) vagas, em 18 (dezoito) meses. Todo este avanço, salienta, foi alcançado graças ao apoio do Ministério Público, Defensoria Pública, Juízes das Varas de Fazenda, Servidores da SES/DF, Procuradoria do DF e OAB. O Subsecretário passa a discorrer sobre as propostas para o problema da Neurocirurgia: 1ª) Criação de um grupo, constituído por neurocirurgiões e ortopedistas, para realização de procedimentos cirúrgicos de coluna no Hospital do Paranoá. Explica que 2 (dois) leitos de UTI foram criados no Hospital do Paranoá para re-

ceber pacientes do pós-operatório de "Trauma Raqui-medular". Em razão da grande demanda, realça, o HBDF teria dificuldade de atendimento. A transferência de três ortopedistas com especialização, do Hospital de Santa Maria para o Hospital do Paranoá, já foi efetuada e publicada no DODF (dia 9 de setembro). Para cobri-los em Santa Maria, serão disponibilizadas mais 40 (quarenta) horas a três outros ortopedistas, arremata. 2ª) HFA – Em reunião realizada com o Brigadeiro, documentada, narra, soube que o Hospital conta com 9 (nove) anestesistas, que cobrem a Obstetrícia, a Ortopedia e a Cirurgia Geral. Logo, sobrariam poucos horários para os pacientes da SES/DF, conclui. Dos 20 (vinte) leitos daquele Hospital, conta, 90% (noventa por cento) estão ocupados. No convênio, o HFA cederia 40 (quarenta) horas por semana de Centro Cirúrgico, para atendimento da Urologia, Cirurgia Geral, Câmara Hiperbárica etc., a um custo estimado de um milhão de reais por mês. Contudo, adverte, parte dos pacientes seria indicação do Hospital das Forças Armadas. 3ª) HUB – Na parceria, destaca, a SES/DF deve ceder 5 (cinco) profissionais da Neurocirurgia. Conta com 4 (quatro) salas de Anestesia por semana e 6 (seis) leitos de UTI para receber pacientes do pós-operatório, prossegue. Atualmente, apresentam condições de fazer cirurgias de nervos periféricos, de pequeno porte. Resume que a contribuição do HUB gira em torno de 16 (dezesseis) cirurgias no mês, de pequeno porte. Alude a tentativas de negociação para ampliar a proposta. 4ª) Anestesistas – conta que, no último concurso, a SES/DF nomeou 44 (quarenta e quatro) anestesistas, dos quais, 19 (dezenove) entregaram documentos e apenas 14 (catorze) assumiram. Destes, por força de um TAC, a SES/DF encaminhou 10 (dez) para Hospital de Santa Maria. Nesse ponto, o Subsecretário, em aparte, adentra a questão dos leitos para o pós-operatório. Sugere que sejam utilizados 20 (vinte) leitos da Pediatria do Hospital Santa Maria, desativados à falta de pediatras para assumir a internação. Ainda, o Subsecretário diz ter reservado 12 (doze) leitos para acolhimento dos pacientes usuários de drogas (desintoxicação na fase aguda). Reporta-se a documento encaminhado por Dr. Bisol e Dra. Cláudia, respeitante à Neurocirurgia, com o qual manifesta sua concordância, mas ressalva as iniciativas e propostas da SES/DF – a) "home care"; b) transferência de pacientes crônicos; c) verificação, por meio de uma Comissão de Neurocirurgiões intensivistas, dos Hospitais contratados da iniciativa privada que apresentem condições e estrutura, à guisa de número de plantonistas, Tomografia, "meio diagnóstico", médicos intensivistas com titulação, para acolher pacientes do pós-operatório de Neurocirurgia do HBDF, com vistas à ampliação do número de leitos contratados até o percentual de 25% (vinte e cinco por cento) e, por fim, d) a destinação de um profissional da Neurocirurgia para acompanhamento dos pacientes do pós-operatório internados nos Hospitais contratados. Prossegue ao voltar ao problema da quantidade de Anestesistas, sugerindo, mais uma vez, a contratação temporária de profissionais. Nesse particular, faz pequena explanação sobre os rendimentos do medido anestesista, a saber: 1) médico com titulação simples + 40 (quarenta) horas + sem a percepção de GMOV (Gratificação de Movimentação) – salário de R$ 9.783,00 (nove mil setecentos e oitenta e três reais); 2) Salário inicial + gratificação de anestesista + GMOV – salário de R$ 10.561,00 (dez mil quinhentos e sessenta e um reais); 3) médico trabalha no Plano Piloto ¬+ duas especialidades (ex. anestesia e clínica ou anestesia e cirurgia) - salário seria de R$ 10.950,00 (dez mil novecentos e cinquenta reais). Acaso a proposta seja contratar temporariamente médicos anestesistas, a exemplo do Hospital de Santa Maria, no contrato precário, o salário é de R$ 14.200,00 (catorze mil e duzentos reais). Esclarece que o cálculo dos custos, que a SES/DF imaginava (R$ 14.200,00 x n. de médicos necessários), na verdade, é a diferença do que seria pago para R$ 14.200,00 (7 anestesistas por mês), o que resultaria no montante de R$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) a mais. A equipe de Neurocirurgia, relata, pondera que as condições de trabalho são extremamente precárias, em razão da falta de investimentos. Relaciona algumas demandas: arco cirúrgico, ativação de 6 (seis) salas de Neurocirurgia, contratos de manutenção etc. Foram adquiridos 3 (três) arcos cirúrgicos, justifica, dos quais, 2 (dois) serão destinados exclusivamente para o HBDF para as cirurgias. Além disso, estão sendo comprados 15 (quinze) carrinhos de anestesia, para as 16 (dezesseis) salas (recursos já estão disponíveis) Ainda, serão trocados os 15 (quinze) focos cirúrgicos (fase atual de adesão e ata). Quanto ao neuro-endoscópio, acrescenta, Dr. Silvério está contestando o equipamento fornecido pela

empresa vencedora da licitação, pois o material não é compatível com o pedido. O doppler transcraniano, justifica, está com o Dr. Silvério para fazer a especificação. Como se vê, finaliza, todas as solicitações estão em andamento. Considera o assunto esgotado, do ponto de vista de alternativas. Dr. Jairo – reputa o tema proposto bastante complexo e que envolve vários níveis de análise, pois toca no ponto de "gargalo" - leitos de UTI para o pós-operatório de Neurocirurgia. Narra que o Ministério Público já foi vítima de negociação pretérita, em relação à qual assume pessoalmente a responsabilidade. Na ocasião, explica, a SES/DF sinalizava a necessidade de "privatizar temporariamente" para a recuperação dos leitos de UTI, para, em momento posterior, voltar a reconstruir os leitos públicos. Entende que a efetivação do SUS é, no fundo, uma "briga de foice". Alude, nesse ponto, ao embate entre a iniciativa privada e o modelo público de gestão. O Brasil, arremata, não consegue consolidar nenhuma das respostas, embora a Constituição Federal tenha consolidado. Malgrado o modelo de gestão seja publico, os Governos que se sucederam não consolidaram o modelo de gestão pública. A bem ver, o Governo Federal não consolidou sequer um modelo de gestão, conclui. Considera a análise detalhada efetuada pelo Subsecretário correta. Por detrás da falta de anestesistas, acredita que o Estado, ou se submete à cartelização do ramo da anestesia, ou paga 750 (setecentos e cinquenta) mil pelos profissionais. No seu entender, é uma vergonha para nos brasileiros. Defende alteração de parte do processo de ensino. Levanta a necessidade de definição de uma carreira. Acredita não ser possível "fazer saúde pública" sem um modelo de gestão. Esta, sinaliza, foi a grande polêmica da última Conferência Nacional de Saúde. Todo processo de privatização, acrescenta, representa a destruição do sonho de um sistema público de saúde. No seu entender, não há como se fazer um sistema público de saúde, atravessando a iniciativa privada no setor de serviço. Na verdade, adverte, não há dinheiro que arque com o sistema universal privado de saúde ou que "compre serviço" da iniciativa privada. Em Brasília, lembra, é sabido que os mega contratos resultam em escândalos como o de "Pandora". Diz que precisa ter mais confiança no atual Governo e que deseja ver vontade política de fazer saúde sem privatizar. Apreensivo, o Promotor de Justiça reporta-se à alienação de área de Hospital no Gama para construção de um Shopping Center no local. Há na população uma profunda desconfiança em relação aos meios ligados à saúde, acentua. Já quanto aos leitos de UTI, considera elogiável o trabalho da SES/DF. O "gargalo" toca questão delicada demais - leitos de pós-operatório. Acredita que Hospitais não admitirão acolher apenas o pós-operatório. Ainda, que isto gera um processo geral de privatização do próprio procedimento. Lembra que Dra. Fabíola enfrentou esta dificuldade com a questão da UTI. Entende que a privatização deve ser feita com justificação muito bem fundamentada e a sua temporariedade garantida. Confidencia que guarda profundas angústias em relação ao processo de privatização, pois destrói o sonho do Brasil de dispor de um sistema público de saúde. A privatização deve acontecer apenas sobre o setor produtivo (bens, insumos, medicamentos, equipamentos etc.). Diz que o Ministério Público constatou certa irreversibilidade desses procedimentos. Defende o exaurimento de todas as possibilidades. Depois, o enfrentamento do gargalo pontual e temporário. Salienta que esse combate deve vir apenas como expressão mínima de uma solução imediata, para um projeto maior de solução das raízes do problema. Por fim, indaga o que a SES/DF propõe fazer em relação ao modelo de gestão. Dr. Ivan, após explanação do Promotor de Justiça, diz não ter algumas respostas, a exemplo do Hospital do Gama, mas, lembra que a SES/DF gastava 70 (setenta) milhões e reduziu os gastos para 36 (trinta e seis) milhões. Conta com a possibilidade de aumento do montante assinalado, caso seja resolvido o problema dos pacientes neurocirúrgicos. O Subsecretário acredita ter apresentado um projeto exequível de ampliação de leitos. Pede confiança do Ministério Público e convida qualquer presente a sugerir alternativas. Defende a construção de uma decisão compartilhada entre os diversos atores, e que sua concretização seja acompanhada. Em curto prazo, não vislumbra alternativas distintas das apresentadas. Dr. Victor – diz guardar sentimento de desapontamento, pois, desde maio, discussões sobre o assunto foram travadas, mas nada de concreto foi visto. Dr. Iran complementa que Dr. Ivan é o único que avançou ou está com boas intenções de avançar. Dr. Victor acredita ser viável a construção de

solução, mas reputa imperiosa a formalização de uma solução emergencial, desde que sejam traçadas metas e cronogramas. Aponta pequena divergência na proposta apresentada pelo Subsecretário, em relação àquela apresentada em maio, mais precisamente, no tocante à separação entre o procedimento cirúrgico e o pós-operatório (médico que faz o procedimento deveria cuidar do pós-operatório). Dr. Ivan explica que a decisão do contrato temporário foi discutida na reunião realizada no dia 28-5-2011, na qual estava presente o Dr. Bisol. Na oportunidade, justifica, o consenso foi de que seria preciso consultar o Dr. Moacyr e a Dra. Cláudia. Em seguida, no dia 1º-6-2011, o Dr. Bisol sairia de férias. Uma reunião foi marcada para o dia 12-6-2011, porque o promotor estaria de passagem por Brasília. De lá pra cá, adverte, a SES/DF avançou nas hipóteses de melhoria, mas a definição não aconteceu. De fato, o ideal é que o neurocirurgião que realizou o procedimento cirúrgico cuide do paciente no pós-operatório. Todavia, outro neurocirurgião, responsável pelo pós-operatório na UTI, fará o acompanhamento, mediante interlocução com o primeiro profissional. Acaso seja necessária nova intervenção cirúrgica, os Hospitais do pós-operatório estarão abertos para que o mesmo neurocirurgião faça o procedimento. Mas, adverte, isto não é comum, porquanto o percentual de "reoperação" chega a menos de 10% (dez por cento). Nesse ponto, Dra. Rosana e Dr. Luiz Cláudio pedem a palavra. Dra. Rosana principia seu relato, ao dizer que ambos são neurocirurgiões, mas não da Chefia. Esta, explica, compete atualmente ao Dr. Arlindo. A Coordenadoria, por sua vez, está a cargo do Dr. Carlos Silvério. Diz que representam a grande maioria dos neurocirurgiões do HBDF, do total de 32 (trinta e dois) neurocirurgiões. Segundo relata, há três meses o Dr. Arlindo assumiu a Chefia e, nesse meio tempo, acabou esfriando o movimento deflagrado em agosto do ano passado, para solicitação de melhoria das condições de atendimento da população, ocasião em que apresentaram a primeira documentação, a qual já foi amplamente divulgada. De agosto de 2010 a maio deste ano, acrescenta, em meio à transição de governo e diante de uma série de situações, não viu nenhum tipo de medida ser tomada. A OAB e o CRM acompanhavam o problema. No seu entender, o problema é de gerenciamento, pois a Chefia do Dr. Silvério é considerada pela maioria dos médicos como ineficaz. Por estarem na linha de frente, entende que a posição dos neurocirurgiões deve ser ouvida. Alude a abaixo-assinado, mediante o qual 99% da equipe indicou nome para assumir a Chefia, mas não atendido. Os profissionais que exercem suas atividades no HBDF almejam a melhoria das condições de atendimento à população. No tocante aos equipamentos relacionados pelo Subsecretário, narra que, em nenhum momento, o arco cirúrgico foi apresentado para a equipe da Neurocirurgia - Coluna. Conta que o foco cirúrgico está extremamente ruim. Faz menção a uma reunião com o Sr. Deputado Wasny de Roure sobre o problema. Salienta que a lista de reivindicações foi entregue ao Sr. Secretário. A Neurocirurgia, de fato, é problemática, porque apenas o HBDF atua. O HUB, como é sabido, apesar da alta complexidade, não consegue agir, assim como o HFA. Não compreende como Hospitais, a exemplo do HFA e HUB, apesar da alta complexidade, aceitam fazer apenas nervos periféricos e cirurgias mais simples. Sugere que investimentos sejam feitos nestes Hospitais. Caso contrário, que a alta complexidade seja retirada dos estabelecimentos. Considera temerário conferir alta complexidade para o Hospital do Paranoá. No seu sentir, se alta complexidade não pode ser feita no HFA, à falta de anestesista, ou no HUB, porque falta tudo, estes Hospitais devem perdê-la. Ainda, como o HUB conta com 4 (quatro) salas para cirurgias por semana, não necessitam de mais 5 (cinco) médicos. Cita casos de pacientes que chegam à Neurocirurgia do HBDF e aguardam três meses o procedimento cirúrgico, tempo suficiente para contaminação por bactérias. Faz alusão às condições precárias de atendimento no pronto-socorro, ao alto risco de contaminação, e às complicações (trombose, pneumonia, infecção urinária etc.). Diz que fisioterapeutas, menor tempo de permanência no pronto-socorro e condições de higiene no pronto-socorro e nas enfermarias diminuiriam tempo de internação na UTI. Em aparte, Dra. Adriana questiona se o fluxo da neurocirurgia mudou. Dra. Rosana responde que a pergunta será objeto de enfrentamento. Participante pede visão "macro" do problema. Dra. Maria Célia e Dra. Silvia defendem que o Comitê representa "espaço de liberdade". Dr. Donizeti lembra o objetivo precípuo do Comitê -

apresentar problemas e traçar soluções. Em reunião, Dr. Donizeti solicitou soluções a curto, médio e longo prazo, revela Dra. Rosana. Diz que o magistrado recebeu imediatamente as propostas de soluções. Reputa necessária solução diferenciada para a Neurocirurgia do HBDF, pois o Hospital cobre área de 5 (cinco) milhões de pessoas. A Neurocirurgia do HBDF ainda é a da década de 50. Exemplifica: a enfermaria é apertadíssima; há um banheiro para mais de 6 (seis) pacientes; macas acumuladas etc. O Hospital, defende, precisa de mais leitos ou uma enfermaria ampla. Adverte que não teve acesso ao projeto apresentado pelo Subsecretário (planta). Diz que o HBDF precisa de vagas no Hospital de Apoio para que o paciente de coluna seja encaminhado à reabilitação o mais rápido possível. Na realidade, fundamenta, o paciente chega cheio de escaras, infectado e com quadro praticamente irreversível. Após conversa com o Dr. Rafael, em maio, o Secretário acenou que, em 45 (quarenta e cinco) dias, o HBDF contaria com a Escopia. Todavia, lamenta, o prazo passou e ela não chegou. Posteriormente, foi prometido que seria retirada de um Hospital que não usa com frequência e transferida para o Hospital de Base. Contudo, soube ter ido, na realidade, para Taguatinga. Noticia que a maioria dos pacientes da Neurocirurgia necessita de um bom clínico perto, razão pela qual podem se dirigir para qualquer Hospital da rede pública. O HBDF não comporta a demanda de pacientes. Muitos dos que estão na enfermaria atualmente, destaca, não precisavam estar lá. Portanto, conclui, o HBDF necessita de clínicos, além de fisioterapeutas. Ao tirar os pacientes da enfermaria, "roda a UTI", informa. Dra. Adriana diz que o pós-operatório é feito no próprio Hospital de Base. No entanto, acredita que pacientes podem imediatamente sair do HBDF. Dra. Mônica formula questionamento: "Quando ocorre a Judicialização, no 5ª, 6º, ou 10º DPO, os médicos solicitam UTI com 'suporte neuro'?" Ainda, "porque os pacientes que recebem alta da UTI não seguem para outros leitos, nem mesmo no HBDF?" Dra. Rosana responde que o problema guarda correlação com as Chefias e Comissões. Em momento, algum, adverte, a equipe foi chamada para a tomada de decisões. Dra. Rosana diz ser praticamente a única médica que estabelece contato com a Dra. Elza para dizer que paciente não precisa de UTI. Falta logística e dinâmica, arremata. Frisa que manter um paciente no pronto-socorro, por falta de centro cirúrgico, com rebaixamento do nível de consciência, sem fisioterapia, aumenta os riscos de desenvolvimento de pneumonia. Dr. Alexandre informa que o Hospital de Apoio tem procurado mais rapidamente "rodar leitos". Dr. Luiz Claudio – a Neurocirurgia, informa, é importante e obrigatória para o Distrito Federal. Várias doenças são tratadas na Neurocirurgia (AVC, tumor, trauma raqui-medular, compressão de medula, lesão cerebral - isquêmica, hemorrágica, traumática, infecciosa, anencefalia etc.). A diferença é que as doenças da Neurocirurgia são de alta complexidade. Isto significa que o neurocirurgião, no ato cirúrgico, não é suficiente. A Neurocirurgia reclama reabilitação pré e pós-operatório, aparelhos e remédios adequados, no tempo adequado. Argumenta que a criação de 500 (quinhentos) leitos de UTI ou de enfermaria não vai melhorar a qualidade do Centro Cirúrgico. Noticia que há uma década observa os problemas relatados. Os médicos, prossegue, não contam com estrutura adequada, não fazem os exames necessários, operam com instrumentos levados de casa, o que pode acarretar complicações no pós-operatório, cuja responsabilidade recai sobre os mesmos médicos. A Neurocirurgia funciona muito bem nos Hospitais que contem com fisioterapeuta, fono, vaga etc. Resume: "é o conjunto". No seu entender, a Neurocirurgia não padece de vaga em UTI, mas de uma coordenação adequada. O problema é tão complexo, fundamenta, que demanda participação ativa dos Neurocirurgiões na tomada de decisões. Dr. Victor questiona se, com a melhora na situação da enfermaria e reabilitação, o leito de UTI, em tese, não seria mais necessário. Dr. Luiz Cláudio sinaliza redução substancial do numero de leitos de UTI. Acrescenta que existe dificuldade na coordenação de quais vão ser os programas de Neurocirurgia, pois todos são feitos à revelia dos médicos neurocirurgiões. Noticia que continuam usando hemostático de baixa qualidade. Alude à falta de produtos e insumos básicos (ex. seringas e luvas) e, ainda, à aquisição de produtos não mais utilizados (ex. agulhas de radiofrequência), a pedido do Coordenador. Levanta indagação: "Como vamos organizar a Neurocirurgia se o Neurocirurgião não tem voz ativa?" Entende que Chefe da Neuroci-

rurgia deve criar Protocolo para UTI, juntamente com os demais membros da equipe. Hoje, lamenta, a Neurocirurgia vive uma "revolução" de cima para baixo, que muito angustia os profissionais. O Chefe, destaca, apesar de extremamente agradável, inteligente, participativo, no sentido do diálogo comum, não participa os médicos dos programas e das decisões. A resolução do problema da Neurocirurgia, que não é o único problema de saúde do Distrito Federal, passa necessariamente pelos neurocirurgiões, na opinião do Dr. Luiz Cláudio. Dra. Rosana, em aparte, diz que os neurocirurgiões formaram uma equipe extremamente coesa. O Ministério Público, a SES e o Dr. Donizeti tiveram acesso a todos os levantamentos, sugestões e soluções apresentados. Dr. Luiz Cláudio informa que, no HBDF, ocorre um óbito a cada 20 (vinte) pacientes operados; externamente, apenas um paciente vem a óbito, a cada 100 (cem). Dra. Roselle indaga se algo mudou na gestão atual. Dr. Luiz Cláudio diz que o problema é muito antigo. Dra. Rosana informa que há atualmente, no HBDF, 20 (vinte) pacientes de coluna, crânio e tumor, internados, porque não há condições de alta. Além disso, mais de 20 (vinte) pacientes estão internados no pronto-socorro. Dr. Iran – as reclamações dos Neurocirurgiões no CRM começaram em setembro de 2010, noticia. Dra. Rosana diz que há documentação ainda mais antiga. Dr. Victor alude a reuniões realizadas na gestão da Dra. Fabíola. Dr. Donizeti – o Coordenador salienta que não há como "construir uma saúde pública" sem passar pelos servidores que cuidam da saúde. Diz saber que a angústia vivenciada por esses profissionais realmente é muito grande. Defende a construção de saída imediata para o problema, centrado, notadamente, na falta de comunicação entre os envolvidos. Os canais de comunicação precisam ser abertos, defende o Coordenador. A Secretaria, adverte, não tem solução para tudo. O problema apenas ganhou mais evidência na atual gestão, com a Judicialização, mas é antigo. O problema passa inclusive, arremata, pelo profissional que pede UTI sem necessidade. O profissional precisa ter condições de trabalho, mas deve ser cobrado também. Sabe que o Dr. Ivan não desconhece os problemas. Em resposta, o Dr. Ivan diz que não vai se envolver no componente político, pois acredita não ser o fórum adequado. Quanto à aquisição de equipamentos sem a oitiva dos profissionais, mais precisamente quanto ao arco cirúrgico, ressalva que, por ocasião do procedimento licitatório, 5 (cinco) Neurocirurgiões estavam presentes, os quais disseram que o equipamento atendia às reivindicações. Em relação aos materiais, apresenta proposta. Compromete-se a disponibilizar todos os materiais listados por Dra. Rosana, desde que o Comitê formalize um TAC (MPDFT, Ministério Público de Contas etc.), via do qual os preços sejam cotados e a SES seja dispensada do processo licitatório, que demora 6 (seis) meses, no mínimo. Dr. Moacyr – argumenta que nenhum dos atores pode transigir com legalidade. No seu entender, existe uma clara diferença entre intenção e a medida efetiva, a qual demanda um tempo. A discussão, complementa, vem de longo tempo, mas a solução é complexa e também demanda tempo. A despeito disso, entende que as soluções emergenciais são necessárias e, por isso, o Ministério Público abre algumas exceções. Primeiro ponto: O MPDFT é favorável à descentralização da Neurocirurgia. As medidas a serem concretizadas no Hospital do Paranoá e no HUB, em princípio, atendem o desiderato do Ministério Público. O problema da falta de estrutura é geral, adverte. Em sua opinião, se os Hospitais não podem atuar na alta complexidade, que seja permitido atuarem na baixa complexidade como ponto inicial. Se não o fazem, apesar de terem declarado oficialmente que fariam, porque não têm estrutura, daí as coisas começam a andar. Sobre a questão individual do profissional, sabe que alguns neurocirurgiões deixam pacientes, que poderiam estar em casa, internados, por conta da facilidade de fiscalização e monitoramento. Ainda, cirurgias desmarcadas e remarcadas de acordo com a conveniência dos médicos, não só por neurocirurgiões e anestesistas, mas por profissionais de todas as especialidades, salienta. As justificativas são plausíveis, a exemplo da falta de algum insumo. Nesse aspecto, defende que as reivindicações dos médicos devem ser vistas com bons olhos. A SES deve fornecer os insumos necessários e medicamentos. Aqui, assevera, o MP pode ser o viabilizador e o intermediário, para levar as demandas para a SES e exigir que sejam feitas. Volta ao ponto "legalidade" e acentua: "TAC com preço superior ao devido é impraticável; ninguém vai fazer." Mas, aponta o que pode ser feito imediatamente. Por esse

motivo, conta, pediu ao Dr. Ivan cronograma de criação de leitos de UTI, porque a idéia, de fato, é celebrar o TAC. O ministério Público, ressalta, conhece a intenção da SES - reestruturar o sistema público. Para tanto, acredita que o Comitê deve chegar a uma "opção mínima", viável e que não ofenda a legalidade, nem a economicidade e que atenda o problema dos pacientes, de forma emergencial. A reestruturação, adverte, não é apenas física, mas também de mentalidade do profissional, de produtividade. No tocante aos anestesistas, o Ministério Público, de igual modo, posiciona-se favoravelmente em relação à contratação temporária, desde que aliada a um cronograma para implementação da carreira. O MP não ignora, destaca, que alguns anestesistas desmarcam cirurgias para atender nos Hospitais privados. Assevera a legalidade e o trâmite a ser seguido naquilo que for feito. Não é possível "pular etapas", frisa o Promotor de Justiça. Se existe um processo licitatório, acrescenta, os parceiros envolvidos devem buscar caminhos para agilizar o procedimento. No seu entender, há a imperiosa necessidade de separar o "emergencial" do "estruturante". Dentro do "estruturante", não apenas o físico, mas o "profissional". Dentro do "emergencial", por sua vez, fazer todos os "filtros" para encontrar a solução. Diz que a SES pode não ter progredido na efetivação da medida, mas houve progressão naquilo que já é consenso. Afirma que, para a SES/DF, seria muito mais fácil privatizar a saúde no Distrito Federal. No entanto, os gastos seriam elevados e a Secretaria cobrada, sem olvidar que a iniciativa privada não guarda tal vocação, pois objetiva precipuamente o lucro, dispõe. Reporta-se a tópico específico da pauta – Cardiologia/ICDF. O instituto, pondera, não comportará a demanda, especialmente ao se considerar que o HBDF há anos deixou de realizar procedimentos cirúrgicos, a despeito do Diretor do Hospital ser cardiologista. Muito provavelmente, sinaliza, não vai existir leito privado, nem mesmo para quem tem plano de saúde. Sobre o cronograma apresentado pelo Subsecretário, o Comitê deve construir consensualmente uma alternativa emergencial para o problema, mas dentro da legalidade. Dr. Jairo, ao complementar as considerações do colega Promotor, ressalta ter ficado impressionado com a sinceridade do desafio proposto pelo Subsecretário. Admite que, na posição de fiscal da lei, por vezes, o MP esquece que a angústia maior é do gestor, pois lida com legislação que emperra as aquisições. Sugere a criação de um Comitê para avaliação das dificuldades verificadas na legislação e, se for o caso, a formulação de denúncias. A bem ver, explica, a própria lei prevê a compra em caráter emergencial, o que tem dado azo ao superfaturamento. Dr. Victor – OAB concorda que a solução não passa pela privatização. Propõe que o Comitê seja estruturado com um cronograma mais curto e, ainda, que um documento seja formalizado. A seu sentir, o Comitê não pode pairar sobre as indefinições. As decisões precisam ser tomadas, mesmo porque, não tomá-las também representa uma decisão e esta tem sido a mais danosa delas, diga-se de passagem. Dr. Ivan acredita que Comitê, por onde passam Juízes da Fazenda Pública, Ministério Público, Procuradoria, Defensoria Pública, CRM, OAB, Diretores de Hospitais etc., pode assumir responsabilidades. Dr. Jairo – acredita que medicamentos podem ser comprados a preços mais baratos com a iniciativa do Comitê. Conclui ao dizer que o Ministério Público está aberto ao diálogo. Dra. Isabela suscita pontos pendentes na reunião: a contratação dos anestesistas, temporariamente, e a aquisição dos materiais. Dr. Donizeti entende que vai mais além. Lembra a questão da ampliação dos leitos com a rede contratada e os leitos disponibilizados nos Hospitais de Santa Maria e Paranoá. Para Dra. Adriana, o problema é de gerenciamento. No seu entender, retirar pacientes da enfermaria repercute diretamente na contratação de leitos de UTI - acelerar o fluxo de pacientes (alguns chegam a ficar 15 dias na espera por uma vaga na neurocirurgia). Certamente, afirma, a contratação será despicienda. Dr. Donizeti coloca as demais possibilidades apresentadas ("home care", cirurgias coluna no Hospital do Paranoá e contratação dos médicos anestesistas). Após debates travados, considera patente a necessidade da contratação temporária, aliada à concomitante deflagração de processo seletivo, inclusive para outras especialidades. Dr. Victor lembra a questão dos insumos, da fisioterapia e da enfermagem. Dr. Ivan explica que, para a enfermagem, todos os concursados já foram convocados. Dr. Moacyr, em princípio, vislumbra a contratação como temporária, mas desde que o concurso seja concomitante. Alude a estudo do TCDF (2007), segundo o qual não existe carência

de anestesistas, mas falta de produtividade (o mesmo médico da rede pública produz 10 vezes mais na rede privada). Nesse sentir, crê que falta compromisso e cobrança. Concorda com a medida emergencial, desde que atrelada à outra de controle e fiscalização. Defende também a criação de um cronograma para "desafogar" a enfermaria. Ainda, o comprometimento médico (não pedir UTI nos casos em que não seja necessária). Dr. Jairo – como eixo, sinaliza, que o MP aceita a definição, mas pede detalhamento. Dr. Victor – requer a fixação de prazos. Dr. Moacyr – a contratação dos anestesistas já pode ser iniciada. Dr. Donizeti questiona: "Quem define o paciente que sai e entra nos leitos (enfermaria)? Dra. Rosana explica que, na segunda-feira, um grupo de Coluna faz visita a partir das 7h30, concomitantemente com um grupo de Tumor (duas grandes visitas). A média da internação é de 2 (dois) a 3 (três) dias, completa. Defende a ampliação da enfermaria, do pronto-socorro e transferência de algumas especialidades para atendimento em outros hospitais. Dr. Donizeti entende ser dos médicos a responsabilidade pelo (fluxo – alta/UTI, enfermaria e pós-operatório) e não do Subsecretário. Dr. Alexandre – No Hospital de Apoio, existem duas situações, saber: o paciente crônico que prolonga a ocupação no leito de UTI e a reabilitação. Quanto mais rápido o "trauma raqui-medular" for encaminhado para o Hospital de Apoio, conclui, mais rápido também "roda o leito". A questão do fluxo, resume Dr. Donizeti, deve ser tratada com o Diretor do Hospital. Dra. Rosana revela que a equipe da Neurocirurgia pediu que uma enfermeira fizesse uma lista semanal dos materiais que estão acabando e também que convocasse as empresas para manutenção de equipamentos. Dr. Donizeti –Insumos – dependem de comissão técnica + projeto básico. Indaga: "Quem ficaria responsável?" Dr. Ivan responde que o próprio Chefe da Unidade. Dr. Jairo frisa a necessidade de constituição de um Comitê para tratar da questão dos insumos. Dr. Donizeti sinaliza positivamente. Dra. Alessandra, a par da existência de levantamento dos insumos em falta (Dra. Rosana e Dr. Luiz Cláudio), pergunta se o Comitê partirá para dispensa de licitação, prevista em lei para uma situação emergencial, ou se a proposta é seguir outro procedimento. Pondera: "Se há a dispensa, não há necessidade de TAC". A dispensa, arremata, prevista em lei, está à disposição do gestor. Dr. Celestino diz que o desafio deve ser encarado com seriedade, pois, pela primeira vez, desde que as discussões sobre o assunto começaram (há três governos), consegue ver um decréscimo na Judicialização. Nesse sentir, discussões não podem ser travadas sem que os atores assumam responsabilidades, razão por que a proposta do Dr. Ivan deveria ser analisada com mais atenção. Defende a designação de um Comitê para cotar preços, de modo a conferir legitimidade a uma dispensa de licitação para a compra de insumos. Dra. Alessandra esclarece que a pergunta foi feita, não porque apresenta posição contrária a da SES/DF, mas para entender a proposta do Comitê, pois há alternativa na Lei. Dr. Ivan – pondera que o problema da Lei deve ser avaliado em outro contexto. Propõe, para os casos emergenciais, de acordo com a lista apresentada, que os preços sejam cotados (três) para, em seguida, os custos serem levantados. Ainda, que seja formalizado um documento pelo Comitê que legitime a dispensa de licitação. Dr. Jairo lembra a necessidade de enfrentamento do problema estrutural. Dr. Ivan não o descarta, mas considera seu enfrentamento num segundo momento. Considera imprescindível a formulação de um projeto básico para aquisição dos materiais, não necessariamente pelo Coordenador ou Chefe de serviço, mas também pela equipe de médicos. Reputa fundamental que o Comitê o assine. Dr. Ramiro propõe a indicação dos membros do Comitê para começar a compartilhar responsabilidades. Antes, Dr. Donizeti pergunta: "Em quantos dias teremos o projeto básico dos equipamentos/insumos?" Dra. Rosana responde que em 10 (dez) dias apresenta preços. Dr. Donizeti define junto com os parceiros que a Coordenação ou os profissionais apresentam o projeto básico; a SES/DF cota os preços e, ao final, a Comissão avalia. Definição dos membros do Comitê: Procuradoria (Dr. Fernando), CRM (Dr. Iran), Dr. Victor (OAB), Ministério Público (Dr. Moacyr e Dr. Jairo), SES/DF (Dra. Patrícia), Defensoria Pública (Dr. Celestino e Dr. Ramiro) e TJDFT/Coordenação (Dr. Donizeti). Participantes sugerem alguns nomes, pois estes não estavam presentes no momento da indicação: Ministério Público de Contas (Dra. Cláudia), Dra. Isabela (AGU) e Dr. Eudóxio (TRF – 1ª Região). Dr. Moacyr, ao final, sugere o nome da Dra. Tatiana Muniz, assessora do

Procurador Geral. Dr. Donizeti relembra temas que precisavam ser tratados. Nesse ponto, diz que a Defensoria pediu a inserção de temas, em relação aos quais o Dr. Ivan acena que pode adiantar algumas assertivas. Temas: Cirurgias cardíacas no Instituto Cardiológico do DF - ICDF. Especialmente as cirurgias em recém-nascidos; Ressonância Magnética e Cintilografia; Radioterapia. Dr. Ramiro justifica as sugestões: 1º) apenas o ICDF realiza os procedimentos cirúrgicos e conta com número fechado de leitos. Alude a um "embate" entre os casos judicializados e aqueles pacientes que aguardam cirurgia no ICDF. Questiona se existe órgão capacitado para realizar as cirurgias cardíacas. Quanto à ressonância magnética e cintilografia, revela que a demanda é muito grande. Em aparte, Dr. Bisol diz ter notícias de mortes no ICDF, em razão de liminares que deixam para trás pacientes programados para cirurgia. Dr. Celestino salienta que a DP deseja evitar tal situação. Dr. Jairo conclui que o Comitê deve evitar intervenção da Judicialização. Dr. Donizeti – O Coordenador se compromete a fazer um comunicado dirigido a todos os magistrados para transmitir as posições do Comitê. No que se refere à radioterapia, diz que não há notícia da contratação do Anchieta. Dr. Ivan agradece a Defensoria Pública pela parceria. Passa a discorrer sobre os temas. 1º) Medicina Nuclear – Explica que existe apenas um fornecedor no Brasil - o próprio Governo. Uma vez que é fabricado, faz-se necessário o transporte por empresa especializada. Durante muitos anos, o material não foi pago, mesmo sendo do Governo, o que motivou o corte do fornecimento. Ao estabelecer contato com a empresa, a SES/DF descobriu a existência de uma dívida, no passado, em torno de 400 (quatrocentos) mil reais que, num primeiro momento, foi informada no montante de 270 (duzentos e setenta) mil. A SES/DF reconheceu a dívida e promoveu o seu pagamento. Em seguida, a SES/DF descobriu que havia mais 52 (cinquenta e dois) processos de fornecimento de material radioativo, cujo pagamento não havia sido honrado. Os processos encontravam-se, boa parte, no HBDF, mas perdidos, porque a gestão não os guardou. Outra parte na UAG. Graças a uma empresa de São Paulo, a SES/DF conseguiu cópias das Notas Fiscais de todos esses processos e, agora, está fazendo o reconhecimento da dívida (170 mil reais). Sensibilizados com a condução da negociação, iniciaram o fornecimento do material radioativo. Indica o segundo problema: a empresa de transporte também não recebia os valores que lhe eram devidos. Até então, a SES/DF não tinha a informação de que os Governos passados não pagaram as transportadoras. Por isso, a SES/DF elaborou documento para atestar que a dívida será quitada. Desde a segunda-feira da semana passada, todos os equipamentos de medicina nuclear estão funcionando. Reporta-se ao problema do exame de tireóide, porquanto a irradiação requer equipamento específico (dosímetro), o qual custa alguns milhares de reais. No HBDF não há o equipamento, mas a SES/DF já preparou projeto básico para adquiri-lo. Lembra os presentes acerca da "demanda reprimida". Faz menção ao procedimento, denominado, "pet scan", voltado ao rastreamento de tumores e algumas patologias. Explica que o insumo utilizado para o exame se deteriora em 4 (quatro) horas. A SES/DF não detém o equipamento. Reputa necessária a criação de um Protocolo, pois a SES/DF tem custeado o exame que gira em torno de R$ 3.600,00 (três mil e seiscentos reais). Noticia a abertura de licitação para a contratação do exame apenas para os casos de demandas judiciais. 2º) Radioterapia – Informa a existência de dois "parques", um no HBDF e outro no HUB. O primeiro, revela, em pleno funcionamento, tem capacidade para realizar quase 100 (cem) exames. O segundo, por sua vez, faz 40 (quarenta) exames. O HBDF não contava com contrato de manutenção há muito tempo. A SES/DF apresentou enormes dificuldades nesse sentido, razão por que ofertou denuncia no Ministério Público, relativa à empresa que tinha interesse no contrato, mas criava dificuldades para fazer a manutenção. Hoje, a manutenção no equipamento é realizada normalmente. Assim que a SES/DF assinou o contrato de manutenção, adverte, 2 (dois) dias depois o aparelho quebrou. A peça de reposição, que vem da Alemanha, demora mais ou menos 20 (vinte) dias para chegar. Quando chegou, explica, foi testada, mas por ser nova, o equipamento encontra enorme dificuldade para funcionar. A empresa, assevera, diz que é normal. Assim, todos os equipamentos de radioterapia do HBDF estão funcionando. Os equipamentos conferem uma capacidade de 120 (cento e vinte) a 140 (cento e quarenta) procedimentos (pacientes/mês). Só que o fluxo que

entra na SES gira em torno de 180 (cento e oitenta) a 200 (duzentos) pacientes. Os Governos passados firmaram contrato com a iniciativa privada, mediante Tabela AMB, mas cortado por falta de pagamento. Para suprir a demanda, até que o HUB disponibilize o segundo equipamento deles, a SES/DF resolveu fazer uma licitação (Tabela SUS), na qual o Hospital Anchieta manifestou interesse. Em seguida, o Hospital que atendia pela Tabela AMB voltou atrás e aceitou fazer nos moldes da Tabela SUS. Os Hospitais, acentua, já foram convidados a apresentar documentos. A capacidade dos Hospitais, conclui, é de 15 (quinze) pacientes/mês e 35 (trinta e cinco) pacientes/mês, o que fica próximo da demanda da SES/DF. Não obstante, existem 300 (trezentos) pacientes na fila de espera, de modo que a normalização vai demorar um pouco. O Subsecretário menciona compromisso firmado com o Ministério Público para que a SES/DF faça o exame internamente com equipamento próprio. Alude a projeto para criação de um CACON, em Taguatinga, e à possibilidade da SES/DF criar o terceiro turno, tanto no HUB, quanto no Hospital de Base. 3º) Ressonância Magnética - A SES/DF conta com dois equipamentos. Há na fila da ressonância nuclear magnética 8.540 (oito mil quinhentas e quarenta) pessoas na espera por exames. O problema, por ora, não pode ser resolvido, lamenta. Algum empecilho administrativo entrava contrato para aluguel de um novo equipamento para o HUB. Licitação foi aberta para aquisição de três equipamentos. Contudo, entre adquirir um equipamento e colocá-lo em funcionamento, leva aproximadamente um ano. Informa a elaboração de projeto para atendimento da rede por "telemedicina", no Hospital de Santa Maria, com recursos do Ministério da Saúde, que será adotado no Brasil todo. No entanto, a implantação do projeto deve demorar 6 (seis) meses. Pela Tabela SUS, o custo do exame fica em torno de R$ 370 (trezentos e setenta) reais. O Subsecretário diz que o ponto fica aberto. 4º) Cirurgias cardíacas no ICDF. Um contrato global, conta, entre a SES/DF e o ICDF, firmado nos governos anteriores, estipulava que o Instituto deveria realizar 74 (setenta e quatro) procedimentos por mês, dentre os quais, 19 (dezenove) para crianças e o restante de adulto. Após estudos realizados sobre o contrato e negociações travadas, o ICDF será obrigado a operar, de fato, 74 (setenta e quatro) pacientes, dos quais, 19 (dezenove) crianças, porque a média era 11 (onze) crianças, sem o acréscimo do valor de remuneração. Esclarece que o HBDF realiza, em média, de 18 (dezoito) a 20 (vinte) cirurgias cardíacas. Não faz mais cirurgias, à falta de UTI para receber o pós-operatório da criança. No projeto apresentado aos presentes, foi contemplado não só reequipamento de outras salas, como também, daqui a 6 (seis) meses, a ativação de 8 (oito) leitos, de modo que passará a 40 (quarenta) cirurgias/mês. A cirurgia cardíaca demanda no Distrito Federal, objeto inclusive de discussão na Câmara Legislativa, 100 (cem) procedimentos cirúrgicos para sanar o problema. Diz ter expectativa de elevar para 120 (cento e vinte) na rede para resolução definitiva da questão. O ICDF ainda não está atuando nesses moldes, porque Secretário não assinou o contrato, haja vista a presença de uma "variável" – se fizessem os procedimentos, ganhavam, mas se ultrapassasse o quantitativo, se negavam a fazer. A margem variável, por lei, deve encontrar previsão no orçamento. Dr. Ivan acredita que, até sexta-feira, o Secretário assine com o orçamento previsto e mande publicar imediatamente. Aponta problema: boa parte dos pacientes encaminhados ao ICDF (crianças) é cardiopata que precisa de cuidados de terapia intensiva específica em cardiologia, mas não necessariamente de cirurgia, gerando, em última análise o problema noticiado pela Defensoria Pública. Dr. Ramiro informa que criança numa situação mais grave é preterida em relação à outra amparada por liminar. Dra. Mônica recorda que o regulador responde por crime de desobediência. Dr. Celestino pergunta se existe órgão para o qual pode dirigir as solicitações de informação formuladas pela Defensoria Pública, pertinentes às Cardiopatias, tratamento médico dispensado e existência de vaga. Dr. Ivan noticia que 10% (dez por cento) dos casos de mortalidade infantil no Distrito Federal são de Cardiopatias. Já a Neonatal gira em torno de 40% (quarenta por cento). A par da situação, a SES/DF empreende esforços para criar uma UTI Neonatal Cardiológica pronta dentro do HRAS (Dra. Roselle), com cardiologistas "horizontalizados", de manha e a tarde, e não com os de plantão. Quanto aos intensivistas neonatais, assevera que, no concurso, passaram 7 (sete) candidatos, dos quais, 5 (cinco) entregaram documentos e apenas 4 (quatro) assumi-

ram. Por isso, a SES/DF não consegue colocar em funcionamento a estrutura. Dra. Mônica – não é porque o neonatologista escuta alguma coisa no coração da criança ao nascer que deve encaminhar para a UTI do ICDF. Daí a importância de discutir um Protocolo para conferir segurança no processo de Judicialização, resume. Dr. Jairo constata que, na Neonatologia, há o mesmo problema verificado na Anestesiologia. É possível também firmar contrato temporário, acena, desde que apresentado um plano de carreira. Dr. Ivan explica que os neonatologistas são diferentes dos anestesistas, pois a classe destes é a mais organizada que existe na área médica. O médico neonatologista estava em extinção, exatamente porque não realiza outro atendimento, que não o hospitalar. A iniciativa privada passou a pagar mais pelo profissional, por força da necessidade. Dr. Donizeti pergunta quantos profissionais são necessários. Dra. Roselle responde que 35 (trinta e cinco) leitos com horas extras e 100 (cem) horas extras por mês, na regra da RDC atual. Dr. Ivan complementa que a SES/DF conta com 10 (dez) leitos para Neonatologia e, no concurso, apenas 8 (oito) foram aprovados. Dr. Ivan noticia a implementação do ponto eletrônico digital com filmadora como medida moralizadora. Ainda, defende que a "contratualização" (gestão sobre o que é feito e sobre o que cada um faz) representa a saída para melhorar o SUS. Dr. Jairo diz que não faz objeção à contratação temporária de neonatologistas. Dr. Donizeti assenta com os participantes a contratação temporária para neonatologistas, aliada também ao processo seletivo. Por fim, agradece a colaboração dos parceiros e confiança nas ações desenvolvidas pela SES/DF. 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.