



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

**COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO
PARTICIPATIVA**

PRESIDENTE: AURÉLIO NOMURA

TIPO DA REUNIÃO: AUDIÊNCIA PÚBLICA
LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo
DATA: 13/09/2019

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Manifestação fora do microfone

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Bom dia a todos, peço desculpas pelo atraso Declaro abertos os trabalhos da 12ª audiência pública da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa que realizamos no ano de 2019.

Informo que esta reunião está sendo transmitida pelo portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço www.saopaulo.sp.leg.br, *link* auditórios *on-line*.

A íntegra da transcrição desta audiência pública está disponível ao público em geral no mesmo endereço, *link* audiências públicas, registro escrito.

Esta audiência pública tem por objetivo discutir o PL 665/2018, de minha autoria, que “dispõe sobre a adoção de Programa de Prevenção à Sepse e de protocolo de diagnóstico e tratamento por hospitais, clínicas e unidades de saúde, públicos e privados, que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS, no Município de São Paulo, e dá outras providências”.

Foram convidados para a audiência a Secretaria Municipal de Saúde, as coordenadorias de atenção à saúde: de Atenção Básica, de Regulação, de Vigilância. Também todas as coordenadorias regionais, estendendo-se por todas as supervisões regionais e unidades básicas, autarquia hospitalar municipal, incluindo as diretorias de todos os hospitais municipais e as diretorias dos hospitais estaduais localizados na Capital, nos Ambulatório Médico de Especialidades – AMEs –, e nos Centros de Referência para o Idoso e também da Mulher, além de diversos conselhos de classe, associações da área de saúde.

Gostaria de convidar para compor a Mesa: Dr. Reinaldo Salomão; Dr. Luciano Cesar Azevedo; Dra. Adriele Silva; e Dr. Paulo Rogério Soares.

Gostaria de informar que as inscrições para o pronunciamento estão abertas junto à secretaria da comissão. Gostaria também de deixar consignadas as presenças: do Dr. Sérgio Reis, Presidente do Colégio Brasileiro de Enfermagem e Emergência; a Sra. Gláucia Fernandes, da Associação Paulista de Estudos de Controle de Infecção Hospitalar; Dr. Jorge Carlos Machado Cury, do Conselho Regional de Medicina e representando também a APM; da Associação Brasileira de Medicina Intensiva Brasileira, representada pela Dra. Flavia Ribeiro Machado; e da Sociedade Brasileira de Pediatria de São Paulo, representada pelo Dr. Hugo

Lins Pessoa. Também se encontra presente a Sra. Tânia de Oliveira Ortega, representante do Conselho Federal de Enfermagem.

Passarei a palavra ao Dr. Reinaldo Salomão para falar a respeito da carga da sepsia e o porquê da mortalidade tão alta. Por favor, tem a palavra.

O SR. REINALDO SOLOMÃO - Bom dia a todos uma satisfação enorme estarmos hoje, nesta audiência pública. Agradecemos ao Vereador e a toda sua equipe por esta iniciativa.

Nestes próximos 10, 15 minutos, eu vou tentar ilustrar para vocês a relevância deste tema de hoje abordando o aspecto de porquê a mortalidade na sepse é tão alta.

Antes de tudo, o que é esse negócio que estamos falando hoje? O que é sepse? Toda palavra tem uma origem e, no caso, essa origem vem do grego e significa podridão, putrefação. Mas nós sabemos que, na verdade, quando o indivíduo tem sepse, ele tem uma infecção e todo o nosso organismo reage à presença dessa infecção. Do ponto de vista médico, é muito importante entendermos que essa reação, essa manifestação que o nosso organismo tem diante da infecção, acaba aparecendo na presença de um mau funcionamento que, no termo técnico falamos de disfunção, dos órgãos em resposta a essa infecção.

Como vivemos com o pecado original, ainda aprendemos que esse mau funcionamento, que essa disfunção orgânica que acontece em nosso organismo, vem da própria resposta que montamos quando temos uma infecção.

Então, na sepse o que acontece? Nós temos uma infecção e essa infecção leva ao mau funcionamento de nossos órgãos, e esse mau funcionamento de nossos órgãos leva a um risco extremamente alto de vida. Esse é o nosso problema de hoje. E isso assombra a humanidade há muito tempo. No passado, por exemplo, todo mundo já ouviu falar da peste. Na Idade Média, dizimou um terço da população da Europa. Do que os indivíduos morriam? Do quadro séptico relacionado à sepse. Mas, aí, vocês podem imaginar que isso é coisa do passado. Não. Hoje, as estimativas são muito trágicas. Estima-se que cerca 27, 26, 30 milhões de pessoas adoecem todos os anos, e um percentual extremamente elevado morre. Uma

dessas estimativas, por exemplo, diz que aproximadamente 5 milhões de mortes por ano ocorrem devido à sepse, no mundo.

Mas, olhem a relevância de eventos como este, de políticas públicas nacionais e da ciência brasileira também. Porque esse dado que projeta mortes no mundo, na verdade, vem apenas desses países que estão aqui em cinza nesse dia positivo. E os dados do Brasil? Então, Dra. Flávia e Dr. Luciano aqui presentes, toda a equipe do ILAS, conduzem um estudo que é esse estudo Spread, que originou toda essa iniciativa, avalia a incidência e a mortalidade de sepse nas diversas UTIs brasileiras e nos mostra dados extremamente alarmantes e interessantes. Cerca de um terço dos nossos leitos estão ocupados por pacientes com sepse. E, destes leitos, desses pacientes nós vamos ter uma mortalidade de 55%. Ora, voltem para a casa e imaginem dizendo para os familiares que: “Nossa, hoje tivemos uma reunião, falamos de uma doença, de uma síndrome em que em um em cada dois indivíduos morrem”. Todo mundo vai achar: “Nossa, o que é isso? Chegou o ebola no Brasil? O que está acontecendo?” É a sepse, extremamente comum e com mortalidade inaceitavelmente alta em nosso país. E a pergunta é: por que a mortalidade é tão alta? Para isso, eu vou contar a história de dois pacientes, bem rapidinho, para ilustrar o que acontece. Aqui, por exemplo, é um paciente está jovem, hígida e tem uma infecção de garganta, evolui com pneumonia e em poucas horas começa a ter o coração não funcionando direito, e isso se segue de dificuldade respiratória. O pulmão fica todo encharcado de líquido e essa paciente tem um choque séptico. Outras vezes, a sepse vai acometer indivíduos que já estão doentes. Por exemplo, nesta situação, nós temos uma pessoa que já tem lesão de pele pela doença que ela tem. A bactéria aproveita essa quebra de barreira, penetra nesse organismo e lá vai a mesma história de novo: frequência cardíaca alta, dificuldade para respirar, pressão baixa, choque e um risco elevadíssimo de morrer de choque séptico. Então, por que nossos doentes com sepse morrem? Nossos doentes morrem porque eles têm infecção e porque eles têm esse mau funcionamento, essa disfunção dos órgãos secundária à infecção. E, no quadro mais grave, tem o quadro do choque.

Aqui, este quadro é aparentemente é difícil, mas é fácil de entendermos. Qual é a relevância de cada disfunção na mortalidade desses pacientes? Isso aqui, todos os doentes começam vivos. No eixo XY, todos os doentes começam vivos e, à medida em que eles vão morrendo, a curva vai abaixando. Aquela primeira linha preta é um indivíduo que tem infecção, mas todos os órgãos funcionam bem. Praticamente, todo mundo sobrevive. No momento em que, na linha azul, tem um órgão que não funciona, você vê que a sobrevida vai abaixando. No verde, dois órgãos não funcionam, a sobrevida abaixa mais ainda. Ou seja, nós temos de interromper esse processo de acumular disfunção nesses pacientes.

E uma questão intrigante: por que, no Brasil, particularmente a mortalidade é tão inaceitavelmente alta? Ela é no mundo e no Brasil é mais alta ainda. Olha esse dado. Esse é um dado antigo já, mas de vários países que relavam mortalidade, casos clínicos de doentes com sepse, e vemos aqui, destacado, que o Brasil tem uma das maiores mortalidades entre esses países. E é interessante porque, mesmo esses outros países, eles foram declinando a mortalidade de sepse ao longo dos anos, coisa que, em nosso país, como observamos aqui, mantivemos sempre essa mortalidade ao redor de 50%. Então, qual é esse desafio? Por que isso acontece em nosso país? E por essa iniciativas como esta são importantes para mudar essa realidade? Uma das dificuldades, por exemplo, veja esse trabalho aqui, ele avaliou o tempo que o doente leva para chegar do pronto-socorro à UTI. Quanto mais horas ele leva, maior é a mortalidade desses pacientes. Aqui, mesmo ele chegando na UTI, voltando para o estudo Spread, que já mencionamos, conforme os recursos que essa UTI tem, e estamos falando de recursos bem simples, em termos de terapia intensiva, nós vemos que quanto mais altos esses recursos, ou seja, a disponibilidade de oferecer um tratamento adequado, menor a mortalidade.

Então, nós deixamos de fazer a pergunta “por que a mortalidade é tão alta?” e nós passamos a pensar agora: “De verdade, essa mortalidade é alta. Eu entendo porquê, e eu entendo que essa situação é extremamente dramática. E nós podemos mudar? É possível enfrentar essa realidade?” Sim. Primeiro, informar para vocês que aquelas duas pacientes

sobreviveram, e sobreviveram em hospital público e sobreviveram porque aqueles jovens médicos e toda a equipe multiprofissional fizeram exatamente o que deveria ser feito. E também é possível mudar essa realidade como esta, dias como este, que estamos celebrando, no sentido de trazer para a nossa população o desafio de combater a sepse e por atitudes que o Dr. Luciano vai mencionar logo a seguir.

Muito obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Obrigado, Dr. Reinaldo Solomão.

E esqueci de mencionar, até por um erro da presidência, o Dr. Reinaldo é Professor da Unifesp e membro do ILAS.

Passo a palavra ao Dr. Luciano César Azevedo, que é o Presidente do Instituto Latino-Americano de Sepse.

O SR. LUCIANO CÉSAR PONTES DE AZEVEDO - Muito bom dia a todos.

Eu gostaria, em nome do Instituto Latino-Americano de Sepse, agradecer ao Vereador Aurélio Nomura e a toda a sua equipe, pelo interesse, pela disponibilidade de trazer este tema que, para nós, é tão caro, à discussão. Eu acho que isso é extremamente vantajoso para nós e que isso vai ser um divisor de águas na nossa luta de trazer à sepse como prioridade de saúde pública em nosso país.

Então, mais uma vez, muito obrigado ao Vereador, a todo o seu gabinete e a todos que estão presentes aqui e os que estão nos assistindo pela TV Câmara São Paulo. Para nós, em nome do ILAS, é realmente um prazer estar aqui discutindo este tema que, desde 2004, já é a nossa luta praticamente diária.

Então, o Reinaldo muito bem já mencionou para vocês a questão do fardo, da carga que é a sepse, enquanto problema de saúde pública em nosso país.

O que eu vou mostrar é fundamentalmente o que nós, do Instituto Latino-Americano de Sepse, achamos que são os motivos pelos quais essa carga, esse fardo é tão significativo, e o que o ILAS tem feito para tentar combater exatamente esse problema desde a sua fundação, em 2004.

Então, a verdade, e não sendo nenhuma pretensão de nossa parte, mas a verdade é que o combate à sepse, no Brasil, passa claramente pela história do ILAS e por isso é que vocês vão ver que estamos vinculando muito essa apresentação às atividades que o ILAS desenvolve em nosso país e também na América Latina.

Então, o Reinaldo já mencionou. A carga da sepse é extremamente significativa. A cada três 3 segundos um paciente falece de sepse mundialmente. E a sepse é uma condição democrática, se podemos falar isso. Ela afeta pessoas desconhecidas e pessoas extremamente conhecidas, como vocês estão vendo nesse *slide* aqui. Então, muitas dessas pessoas faleceram por sepse ou tiveram a sepse e felizmente se recuperaram. Um dos nossos grandes problemas é que, apesar de todas essas pessoas terem tido uma sepse e muitas das vezes que foi noticiado na imprensa que essas pessoas estavam doentes, não se falou que essas pessoas tinham sepse. Foi falado que elas tinham pneumonia, qualquer outro tipo de infecção, mas o termo sepse, ou mesmo o termo septicemia, que era o termo antigo que não utilizamos mais, ele não foi usado para descrever a condição clínica dessas pessoas.

Então, claramente, se não conseguimos nomear a doença, de não conseguirmos nomear a condição, temos um problema de entendimento a partir dessa abordagem inicial, digamos assim. E vocês vão ver que um dos principais motivos pelos quais nós achamos que existe essa dificuldade de tratamento da sepse em nosso país é uma questão de conscientização ou uma questão de conhecimento, de percepção do público leigo e também dos profissionais de saúde a respeito desse problema.

Então, em 2002, a equipe fundadora do Instituto Latino-Americano de Sepse fez um estudo epidemiológico que identificou exatamente aquilo que o Reinaldo comentou: temos uma alta mortalidade de sepse em nosso país, por volta de 50, 55, 60% a depender da gravidade. E, com isso, se viu que havia uma oportunidade de tentar melhorar esse problema no Brasil e essa oportunidade foi exatamente a fundação do Instituto Latino-Americano de Sepse, que tem a missão que vocês estão lendo no *slide*.

Então, como o ILAS, Instituto Latino-Americano de Sepse cumpre a sua missão. A

gente baseia as nossas atividades em três pilares. Um pilar de iniciativa de melhoria da qualidade, então, a gente ajuda instituições de saúde, a gente ajuda hospitais a melhorarem os seus números de tratamento dos seus pacientes com sepse, então, eu vou mostrar mais para frente o ILAS já treinou mais de 150 hospitais no Brasil para melhorar os seus números, melhorar os seus indicadores de tratamento e consequentemente aumentar a prevenção e reduzir a mortalidade. O ILAS tem um pilar de entendimento do problema. O Reinaldo já mostrou o estudo *spread*, a gente realiza estudos epidemiológicos para identificar exatamente a carga da sepse nos diversos cenários, no cenário de terapia intensiva, no cenário de pronto-socorro, no cenário pediátrico. O ILAS acabou de conduzir o chamado estudo *spread* pediátrico e no cenário de UTIs neonatais. Então, a gente está conduzindo. A gente quer ter o entendimento. Para você combater um problema, você precisa conhecê-lo e a partir daí gerar as iniciativas de ataque dessa condição tão grave.

O outro ponto que já comentei com vocês é a questão do aumentar a percepção. O conhecimento a respeito do problema, a respeito da sepse. Então nós temos iniciativa para profissionais de saúde e para público leigo. A iniciativa para público leigo é claramente esta. Uma dela é esta: o Dia Mundial de Combate à Sepse, 13 de setembro. Dessa forma, a gente tenta aumentar a percepção dessas pessoas a respeito dos problemas de saúde tão grave.

Rapidamente demonstrando a vocês as iniciativas que o ILAS realiza. Temos iniciativa de melhoria da qualidade, nós treinamos hospitais em todos esses locais que vocês estão vendo no nosso País. Essas iniciativas de melhoria da qualidade já foram realizadas em mais de 150 hospitais no nosso País. Fizemos essas atividades e publicamos estudos que demonstram a eficácia dessas atividades, por exemplo, em uma rede de hospitais em São Paulo demonstramos que quando você implanta algoritmos para identificação, quando se implanta as chamadas *guide lines* de tratamento do paciente de identificação e tratamento do paciente com sepse, você consegue reduzir no gráfico em barra significativamente o risco desses pacientes morrerem ao longo do tempo que essa campanha está sendo implementado. Então, a gente tem as mais diversas publicações. O nosso objetivo é exatamente demonstrar

que essas iniciativas de melhoria da qualidade podem ser feitas nos hospitais dos senhores e das senhoras que nos assistem aqui presencialmente e também de quem está assistindo pela *TV Câmara*. Então, o ILAS é capaz de ajudar os hospitais do nosso serviço de consultoria a reduzir significativamente a mortalidade e melhorar a evolução desses pacientes com sepse.

A gente tem uma parceria muito grande com o Ministério da Saúde. Esse é um exemplo de um programa que nós estamos desenvolvendo junto ao Programa de Assistência de Desenvolvimento Institucional dos hospitais do SUS. Este é vinculado ao Hospital Sírio-Libanês onde nós vamos treinar, este ano e em 2020, 60 unidade de pronto-atendimento, 60 UPAs para prevenir e tratar esse pacientes com sepse e consequentemente melhorar a evolução clínica dessas pessoas.

Todas essas iniciativas de melhoria da qualidade de vida que o ILAS desenvolve tem por propósito reduzir essa carga, esse fardo tão significativo. A sepse afeta 30% das nossas UTIs e é responsável por 55% das mortes, como vocês viram na apresentação do Reinaldo. Imaginem os custos do ponto de vista de saúde pública que é uma patologia, uma condição como essa é capaz de gerar. Então, realmente é um problema de saúde bastante significativo.

Os estudos epidemiológicos, eu já comentei. Realizamos estudos os mais vastos para compreender, ter uma noção exatamente do fardo dessa carga e, a partir daí, realizar iniciativas de prevenção e tratamento da sepse. Mas o mais importante, principalmente em um dia como o de hoje, o dia 13 de setembro, Dia Mundial de Combate à Sepse, é aumentar exatamente o conhecimento das pessoas a respeito dessa condição. O Dia Mundial da Sepse foi iniciado em 2012 e desde 2012 o ILAS atua junto com a entidade mundial, a Global Sepsis Alliance, Aliança Global da Sepse, nas iniciativas do dia mundial.

Como parte dessas iniciativas, em 2014, fizemos uma pesquisa - como uma pesquisa eleitoral, efetivamente, uma pesquisa que ouviu mais de 2100 brasileiros em 140 municípios distribuídos igualmente de acordo com as características do País e nós vimos que o conhecimento do público leigo a respeito da sepse no Brasil é de apenas 7%. Quando

—
você compara, por exemplo, com o conhecimento de outros países, Estados Unidos e Alemanha, você vê que a nossa população não conhece o que é essa sepse e a partir de não conhecer essa condição não consegue identificar a necessidade de procurar o serviço de saúde mais rapidamente. A gente acredita que essa falta de conhecimento é um dos motivos pelos quais as pessoas chegam tarde aos hospitais e têm um risco maior de morrer por conta disso.

A gente comparou nessa mesma pesquisa o conhecimento a respeito de infarto do coração e a gente viu que 98% da população brasileira já tinha ouvido falar essa palavra infarto do coração e só 7% já tinha ouvido falar de sepse. Vocês imaginam, então, que todo mundo quando tem uma dor no peito ou mesmo qualquer sintoma que lembre a possibilidade de ter um infarto já se alerta e já procura o hospital. Já na sepse isso é mais difícil porque as pessoas não reconhecem a importância do problema e a necessidade de procurar no serviço de saúde rapidamente. Quando a gente perguntou para as pessoas que já tinham ouvido falar do que era sepse, do que elas achavam que era em uma resposta estimulada, alguns responderam corretamente, outro responderam que era uma banda de rock, ou seja, mesmo as pessoas que achavam que conheciam a sepse não tinha muita certeza do que a gente estava falando.

Realmente a percepção e o reconhecimento do público leigo no Brasil a respeito dessa condição é extremamente significativo e, a partir daí, traçamos estratégias de combate a essa ausência de percepção. Então, divulgação maciça na mídia, a presença de o *site* do Dia Mundial de Combate à Sepse, as nossas atividades de divulgação. A mídia, como eu comentei, os eventos que nós fazemos hoje ao mesmo que estamos falando aqui em centenas de hospitais brasileiros estão acontecendo eventos para os profissionais de saúde e para o público leigo para exatamente tentar melhorar a conscientização a respeito desse problema, a respeito da sepse.

A nossa página do Dia Mundial da Sepse e no Instituto Latino-Americano de Sepse, no *Facebook*, a gente usa bastante as mídias sociais para maximizar e para massificar as nossas iniciativas de aumento do conhecimento a respeito da doença e as nossas atividades e

o nosso *site*, do Instituto Latino-Americano de Sepse e a nossa possibilidade de interação com vocês aqui hoje para possibilitar a transformação de sepsis enquanto necessidade de política de saúde pública.

Esse é o trabalho que o ILAS fez mostrando que também - veja os números - os próprios profissionais de saúde que trabalham em Terapia Intensiva e que trabalham no pronto-socorro não conhecem bem do que trata a sepsis. Então, você imagina qual é o cenário brasileiro: uma população que não conhece a doença e que demora em procurar o serviço de saúde. Quando ela chega ao serviço de saúde, principalmente ao serviço público, com todas as limitações que nós temos, ela é atendida muitas vezes por profissionais de uma equipe que não conhecem também a respeito da sepsis, ou seja, atrasa na chegada ao hospital, atrasa no diagnóstico e, muitas vezes, atrasa no acesso ao leito de terapia intensiva. Então, todo esse acúmulo de atrasos faz com que significativamente o risco desses pacientes morrerem aumenta e é responsável parcialmente pelos números que o Reinaldo mostrou brilhantemente na sua apresentação.

Para tentar melhorar esse cenário inclusive entre os profissionais saúde, o ILAS recorreu a parcerias. Temos parceria com o Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de enfermagem de São Paulo, Associação de Medicina Intensiva Brasileira que gerou um (ininteligível) com Associação Médica Brasileira que gerou um sem-número de publicações que ajudam exatamente a melhorar a percepção dos Profissionais de Saúde a respeito do problema. Como anúncio especial, hoje, o ILAS está lançando a nossa iniciativa Educacional para Profissionais de Saúde de educação a distância. Se vocês entrarem no *site* do Instituto Latino-Americano de Sepse, temos as nossas atividades de ensino a distância e que podem ser acessadas por profissionais de saúde de qualquer parte do Brasil e, obviamente, de qualquer lugar do mundo, como mais uma tentativa de melhorar a percepção.

Também para profissionais saúde o ILAS realiza um fórum internacional de sepsis há 15, 16 anos. Este aqui é um exemplo de um evento para 600, 700 pessoas onde a gente também discute esse problema também do ponto de vista científico, epidemiológico e tenta

achar alternativas para combater essa questão.

Para finalizar, dois comentários rápidos, ainda bem que iniciativas como esta vêm se somar a uma maré que a gente acredita que esteja mudando em relação à percepção da importância da sepse como prioridade de saúde pública. Em 2017, como vocês estão vendo no slide, da Organização Mundial da Saúde lançou essa recomendação que instavam os países membros da OMS a terem políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento da sepse nos seus cenários nacionais.

Em outros países também já aconteceu. Depois da morte daquele garoto – que está no slide – Rory Staunton, que foi uma morte por uma sepse não diagnosticada e não identificada, o Estado de Nova York realizou uma iniciativa que obrigou os hospitais, por força de lei, a terem políticas de protocolos de prevenção, identificação e tratamento da sepse nesse cenário, algo semelhante ao que nós que estamos discutindo aqui na nossa iniciativa.

Mais uma vez, em nome do ILAS, agradeço muito a disponibilidade de vocês e o interesse na nossa causa. A gente espera que nós possamos trabalhar juntos para realmente melhorar a questão da sepse e torná-la a prioridade de saúde pública que ativamente ela é, mas que ainda não foi identificada. Muito obrigado pela atenção. (Palmas).

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Quero agradecer mais uma vez o Dr. Luciano. O ILAS tem nos ajudado e nos ajudou a montar esse projeto. Além de criarmos o Dia Municipal da discussão da sepse, também está incluída dentro do projeto. Quem sabe ano que vem, quando estivermos comemorando, a gente já tenha transformado esses dois projetos em lei e já esteja em andamento dentro da Prefeitura de São Paulo e em todos os hospitais na rede pública municipal de saúde.

Gostaria de chamar a Sra. Adrielle Silva, triatleta, sobrevivente da sepse.

A SRA. ADRIELE SILVA - Bom dia a todos. Sou Adrielle, sou uma sobrevivente da sepse. Eu fui convidada pelo ILAS mais uma vez para estar junto nessa campanha.

Vim contar um pouquinho sobre a minha história. Hoje eu tenho 32 anos e eu tive a sepse em 2012, eu estava com 25 anos. Na época eu trabalhava, eu trabalhei por 11 anos em

uma empresa metalúrgica e com 25 anos eu estava cursando o último semestre da Faculdade de Engenharia de Produção quando eu tive a sepse. Minha sepse foi em Outubro, dia 30 de outubro, eu dei entrada no hospital por conta de um cálculo renal. Então eu fui ao hospital com cólica renal até então comum, era uma manhã. Nessa primeira entrada no hospital eu fiz exames clínicos de sangue e de urina e nesses exames eu não tinha infecção alguma. Então eu apenas fui medicada com analgésico e recebi alta e retornei para casa.

Durante o dia eu comecei a piorar, eu comecei a vomitar, comecei a ter delírios. Então, no final desse dia eu retornei para o hospital já com um quadro muito mais grave do que da manhã. Nessa segunda entrada no hospital, a equipe que me atendeu no pronto-socorro solicitou novos exames, realizei de novo exame de sangue e de urina, também foi solicitado em um exame de ultrassom. Então, eu colhi sangue e urina por volta das 9 horas da noite, meus resultados ficaram prontos, porém esses resultados não chegaram até a mim e nem até a minha mãe, que no caso era minha acompanhante, então, para nós, o que eu ainda tinha era um cálculo renal, nada mais do que isso.

Eu já tive outros casos de cálculo e, então, até o meu conhecimento de pessoa leiga, aquele procedimento estava sendo normal. Então, eu passei a noite no pronto-socorro. Mesmo com os resultados do exame, os médicos que estavam responsáveis não prescreveram antibiótico para mim e eu só fiquei tomando soro e analgésicos e eu passei a noite no pronto-socorro. Na madrugada, eu lembro que eu tive muita febre já, eu não urinava apesar de todos os líquidos que eu estavam sendo colocados em mim. Na manhã seguinte só que eu fui realizar o exame de ultrassom para ver onde a pedra estava localizada. Essa pedra estava entupindo o canal da urina, porém eu ainda ia tirar essa pedra só na tarde do segundo dia e continuei ali no pronto-socorro. Meu quadro já estava evoluindo, eu ainda estava sem antibiótico e eu fui encaminhada a um departamento para fazer o procedimento do cateter para ajudar a tirar pedra. Já era o final da tarde do segundo dia e foram trocar o turno na enfermagem, uma enfermeira foi me visitar no quarto e essa enfermeira só dela abrir a porta do meu quarto e olhar para mim ela já deduziu que eu estava com a sepse. Ela já correu para

chamar a equipe da UTI para me socorrer e, na verdade, eu só me lembro de mais desse momento.

Então, a equipe da UTI já foi me entubando. Nesse momento eu já estava com insuficiência respiratória pulmonar, cardíaca, hepática, porém até esse momento eu ainda estava sem antibiótico, nenhum médico tinha dado antibiótico para mim. Eu fui poder tomar antibiótico só na UTI. Porém, quando eu dei entrada na UTI, meu quadro da sepse já estava bastante complexo. Eu já estava praticamente entrando em óbito mesmo. Então na UTI, desse segundo dia para frente meu quadro piorou cada vez mais, e foi tudo muito rápido e muito complexo. A infecção que eu tive foi uma pielonefrite, infecção do rim. Só que essa infecção veio a se espalhar para outros órgãos também e gerou todo o choque séptico.

Na primeira noite na UTI eu ainda estava acordada. Costumo até brincar, o meu quadro era tão grave que na minha primeira noite na UTI um padre foi me visitar, então, assim foi uma das últimas lembranças que eu tive acordada. Então, eu não tinha ideia do porquê eu estava ali, eu só lembro que era por causa da pedra.

O momento que eu vi o padre, eu falei: “Poxa, acho que eu vou morrer!” Porque até onde eu sabia um padre, um pastor no hospital são nesses casos de extrema necessidade. A partir disso eu fui induzida ao coma para o meu tratamento. No quinto dia de internação meus pés estavam totalmente necrosado já. Por conta do choque é muito comum que os pacientes fiquem sem circulação nas extremidades no corpo todo e, normalmente, as extremidades são as mais afetadas. No quinto dia meus pés já estavam necrosados, algumas pontas dos dedos da mão também necrosaram e, no período da internação, alguns pontos no cérebro também necrosaram.

Eu fiquei 20 dias em coma. No 20º dia de coma, foi quando eu fui acordada para ser avisada da operação dos pés e fui operada dia 20 de novembro. Fiquei 53 dias na UTI, então na hora em que me acordaram, na verdade, eu não tinha ideia se eu estava no coma, mas eu sabia que meu quadro era extremamente grave pelas condições do ambiente, pois eu estava em uma sala fechada, então eu percebi que aquela situação era bastante complexa.

A partir daquele dia, os médicos me levaram para cirurgia e fizeram a operação dos pés; porém, a infecção ainda estava muito alta e, depois do dia da operação, eu ainda fiquei 30 dias dentro da UTI tentando me recuperar da infecção. A bactéria que eu tive era bastante desconhecida, então demoraram muito tempo para achar o medicamento que conseguisse combater-la. E todo esse tempo eu tive muitas complicações, tive algumas paradas cardiorrespiratórias; fiz inúmeras transfusões de sangue, hemodiálises, entre tantas outras coisas que aconteceram.

Recebi alta da UTI no dia 18 de dezembro. Só que, depois da infecção, a segunda coisa mais grave que me aconteceu foi a parte respiratória, porque meus pulmões ficaram muito debilitados; praticamente todo o tempo em que estive internada, os meus pulmões funcionavam menos que 5% da capacidade deles, então o todo tempo eu fiquei com respirador mecânico.

O meu corpo demorou muito para se restabelecer e conseguir respirar sozinho e, por eu ter ficado muito desacordada, também não tenho grandes lembranças, mas a parte respiratória foi a mais difícil para mim, por todas as sensações que eu experimentei. E acabei saindo do hospital no dia 04 de janeiro de 2013.

Como foi após minha saída do hospital? Por eu ficar muito tempo na cama e por tudo o que aconteceu, saí do hospital completamente sem movimentação de todos os músculos do corpo, inclusive não conseguia comer, então eu tive que fazer todas as terapias. Por isso, saí do hospital precisando de ajuda para tomar banho, fazer todas as atividades que normalmente uma pessoa faz sozinha.

Enfim, foi muito complexo vivenciar aquilo. E costumo dizer que durante a minha internação eu nem fiquei tão preocupada, porque eu não sabia o que estava me acontecendo; mas, como eu fiquei internada 64 dias, quem sofreu demais foi minha família, porque eles presenciaram tudo o que eu passei. Então, com certeza, não é só o paciente com sepse que fica debilitado, mas toda a família toda. Por isso, não somos só nós que precisamos de ajuda, até porque caso o paciente sobreviva ele precisa de uma ajuda fora do hospital.

E posso dizer que, em poucos casos, a família ajuda. Graças a Deus, eu tive esse apoio da minha família, mas poucas pessoas têm esse apoio quando saem do hospital, mas eu tive esse apoio e pude fazer todas as minhas terapias.

Mesmo saindo do hospital tão debilitada, a minha recuperação foi rápida e logo procurei os esportes porque, já que meu corpo precisava voltar à ativa, eu sabia que o esporte poderia me ajudar com isso. Então foi uma ferramenta que eu achei na minha reabilitação que me ajudou 100%.

Hoje eu sou uma atleta de alto rendimento e posso dizer sim que eu sou feliz nessa nova carreira que eu construí, mas também procuro falar que nem tudo é fácil. Hoje vocês estão me vendo aqui, mas infelizmente não são todos os sobreviventes que podem estar numa condição como a minha. Como vocês sabem, as condições no nosso País não é uma das mais favoráveis para uma recuperação. Quando sai do hospital, simplesmente a pessoa vai embora, assim: “Vai com Deus, e se vira”; é mais ou menos assim.

A sepse traz muitas consequências, muitas sequelas, para as pessoas, como as amputações. No início, eu não me preocupava com as amputações, porque eu sabia que aquilo ali era uma coisa motora, eu uso as pernas para andar, então eu sabia que as próteses poderiam resolver meu problema de locomoção; mas a minha maior preocupação foi a parte psicológica e a parte fisiológica, se eu ficaria com alguma sequela em outros órgãos.

Eu tive sequelas no cérebro. Quando eu saí do hospital, as sequelas cerebrais se recuperaram, porém, eu não tenho uma garantia até hoje de que realmente eu tenho isso 100% recuperado; então, como paciente, todo dia a gente fica pensando: “Qual é o dia em que vai aparecer mais uma sequela?” Pode não ser na alta, mas durante os anos que vão passar pode haver outras sequelas. A minha maior preocupação era essa, de ter outros problemas nos órgãos, problemas psicológicos também, que eu não estou isenta de ter esses problemas.

Tudo o que eu faço hoje é em função do que me aconteceu, em função da doença, em função das amputações. Eu me transformei numa atleta, numa paratleta, mas não é fácil ter escolhido essa carreira e, mesmo que eu continuasse na minha antiga carreira, não seria a

mesma realidade, porque não é uma realidade do Brasil ter pessoas com deficiência para trabalhar na sua empresa.

Esse foi um dos motivos pelos quais eu que eu preferi sair da empresa onde eu trabalhava, porque eu sabia que a empresa não atenderia mais as minhas necessidades, eu não teria qualidade de vida ali dentro, talvez não teria respeito lá dentro, com a gente já não tem na rua. Por isso comecei do zero novamente, porque fui procurar algo bom para mim.

Grande parte dos das pessoas que sobreviveram tem como sequela a amputação dos membros, dos inferiores e superiores; e não sei se vocês têm ideia, mas as próteses custam muito caro, e a gente precisa da prótese para o resto da nossa vida. Uma das coisas que mais me incomoda todo dia é o seguinte: “Será que vou ter condições de ter uma prótese de qualidade até quando ficar velhinha?” Sinceramente, não. Se eu comprar duas próteses para mim, elas custam R\$ 80.000,00, e próteses básicas. Então, agradeço até porque só perdi os pés, não perdi as mãos, porque as próteses para as mãos e braços custam R\$ 250.000,00. Eu não consigo imaginar como seria isso.

Convidei muitas pessoas que tiveram sepse para vir aqui hoje, muitos quiseram vir participar; porém, essas pessoas não têm condições de sair da sua casa, porque elas dependem de alguém para trazê-las, dependem de um transporte mais confortável. Então por mais que desejem estar aqui, essas pessoas não têm condições.

É claro que todo o pessoal da área da saúde fica muito feliz quando o paciente sai do hospital, tem alta, mas não é simplesmente ir embora para casa, porque a pior parte talvez não seja nem no hospital, mas será pós-hospital.

A gente é muito pobre de informação de diversas áreas, então uma das razões de eu estar que hoje é poder transmitir um pouco do conhecimento que eu tenho, que tive e que ainda estou tendo, porque é muito conteúdo para a gente aprender e poder transmitir.

Toda vez que alguém me para na rua, e isso acontece umas cinco vezes por dia, pelo menos, eu faço questão de explicar o que eu tive, porque realmente as pessoas não têm noção do que acontece quando chega ao hospital. Isso é muito comum acontecer, por isso

faço questão de explicar para as pessoas o que me aconteceu para elas estarem alertas. Caso elas tenham que ir para o hospital, ou até mesmo para transmitirem essa mensagem, porque o que a gente precisa é disso, é essa troca de informações e de conscientização.

Obrigada. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Obrigada. O seu depoimento foi extremamente emocionante, importante. O Dr. Reinaldo, o Dr. Luciano, já havia mencionado a necessidade de divulgação da sepse; nós precisamos divulgar e precisamos acrescentar o pós-tratamento, depois de deixar o hospital, como continuidade do atendimento. Isso é extremamente importante, acho que nós devemos fazer as correções neste projeto de lei.

Quero cumprimentar pela sua coragem, pela sua bravura, pela sua tenacidade.

Parabéns!

Tem a palavra o Dr. Paulo Rogério Soares, Diretor de Pronto-Socorro do Incor da USP.

O SR. PAULO ROGÉRIO SOARES - Bom dia a todos. Eu gostaria de agradecer o convite para estar aqui hoje.

O que trouxe de contribuição é com relação à nossa experiência, com relação ao protocolo, o Projeto Sepse, uma doença que é claramente conhecida por nós, médicos, há muito tempo; e, na medida em que o Ministério da Saúde resolveu, em 2012, criar um projeto para tentar uniformizar a forma de encarar os pacientes, o nosso hospital foi convidado.

Embora seja um hospital de cardiologia; portanto, a nossa atuação é muito mais as com as doenças cardiológicas, a sepse é uma doença que acomete todos os pacientes, em várias situações, Então, quando o nosso carro foi convidado, tentou se começar a fazer esse projeto no pronto-socorro, porque se entendia que nas UTIs já existia algo mais ou menos estruturado.

Isso foi em 2012 e até que a gente conseguisse colocar esse protocolo em andamento levou mais ou menos dois anos, até porque existe uma resistência dos médicos a achar que estão fazendo bem o seu papel. E, cada vez mais, quando a gente vai checar essas

informações, a gente acaba vendo que sempre dá para fazer melhor. Então, isso levou mais ou menos dois anos.

Só para vocês terem uma ideia, a primeira atividade foi fazer um diagnóstico de como a gente estava tratando a sepse no nosso serviço; e, para a nossa surpresa, a gente fazia o diagnóstico com 59% dos pacientes já em situação de choque, que já é uma condição mais avançada. O tempo de diagnóstico é de mais ou menos 26 horas e o tempo da primeira dose do antibiótico é de 3,8 horas. Então realmente nós estávamos fora do que se objetiva hoje como a forma ideal de se cuidar; e uma mortalidade em torno de 61%. Então foi instituído esse protocolo.

O nosso serviço de pronto-socorro tem uma triagem. Os pacientes podem chegar com sintomas sugestivos de sepse desde o início; e, às vezes, ele é internado e fica no setor onde a gente ainda não conseguiu transferir os doentes para outras unidades; e a sepse pode aparecer depois, nesse período.

Nesse protocolo, temos pacotes de três e seis horas, que são as medidas que devem ser tomadas pelo paciente, para que se consiga resolver o mais rápido possível e se diagnosticar os pacientes; e esses pacotes respeitam as medidas que devem ser tomadas e em que tempo elas devem ser tomadas para que a coisa seja feita de uma forma mais eficiente.

A gente já tem um sistema de triagem e quando isso foi instituído foram adicionadas duas estruturas novas, que foi colocar a temperatura dentro dos outros parâmetros que já eram analisados. São parâmetros básicos de atendimento que a enfermeira consegue fazer. E se a enfermeira achar que aquele paciente pode estar em sepse, já é uma mudança grande nesse reconhecimento, que é a coisa mais importante é reconhecer. A partir do momento em que você, consegue agir de forma mais efetiva.

O nosso Desafio foi, além do reconhecimento, a administração da primeira dose de antibiótico no maior tempo possível, e o nosso objetivo é que isso seja feito na primeira hora após o reconhecimento. Para isso, a gente acabou esbarrando em alguns problemas

estruturais do hospital. Por exemplo, a gente não tinha os antibióticos disponíveis no setor de emergência: eles ficavam numa farmácia e a gente tinha que fazer a prescrição, as pessoas da enfermagem tinham que buscar o antibiótico.

Isso tudo leva um tempo. Dentro de um serviço muito movimentado, às vezes esse tempo é muito longo. Então, a gente tinha que prescrever, para ter a liberação do antibiótico e depois da administração.

Isso tudo parece muito simples, mas no dia a dia acaba ficando complicado. Vocês viram que a média é de 3,8 horas para isso acontecer.

Uma das decisões que foram tomadas foi a criação do kit sepse. A gente tem um cadastrado de emergência no pronto-socorro, com os antibióticos que a gente precisa usar numa situação; a gente tem antibióticos para praticamente todas as condições, porque obviamente que o antibiótico será dado de acordo com o entendimento médico: Se o foco é pulmonar, se o foco é urinário, se o paciente tem uma infecção de origem hospitalar e recebeu alta recentemente; suspeita de uma infecção de ferida operatória, etc. Então os antibióticos são variados de acordo com isso.

Portanto, a gente tem nessa caixinha os antibióticos que são usados e, à medida em que a gente usa, rapidamente a enfermagem já repõe, para que sempre ela esteja pronta para ser utilizada.

Outra coisa que também tem um papel importante foi o médico carimbar na prescrição do paciente, com esse carinho vermelho, o protocolo sepse, para que todo mundo tivesse uma atenção especial a isso e pudesse tomar as medidas o mais rápido possível.

Então nosso objetivo era administrar a primeira dose do antibiótico ainda dentro da primeira hora. E para isso, então, tinha que ser prescrito. A enfermagem não poderia simplesmente adequar o horário do antibiótico nos horários de rotina – aquilo tinha que ser feito o mais rápido possível. E o ideal é colher as culturas referentes à infecção antes do antibiótico. Então isso tudo tem que ser feita de uma forma muito rápida. A gente, claro, que não deixa de dar um antibiótico se vai ter um atraso na coleta de cultura; mas o ideal é que isso tudo seja

feito e que o antibiótico possa ser dado ainda na primeira hora.

Um sistema de checagem de todos esses tempos é matéria importante, porque a gente institui esses protocolos. A gente precisa que esses protocolos sejam avaliados para saber se eles estão sendo feitos da forma correta. E também uma forma de manutenção das equipes relacionadas, sempre estimuladas a fazer isso.

Aqui vocês veem: foi um ano em que se comemorou o Dia da Sepse. Foram feitas reuniões, palestras, distribuição de brindes pelo hospital, questionários para os funcionários, médicos, para saber se tem noção da sepse. Isso dentro do hospital, num ambiente em que, teoricamente, as pessoas deveriam ter todas as informações muito já na cabeça.

Com isso, eu quero mostrar para vocês que nós tivemos uma evolução muito satisfatória com relação a isso. Vocês veem nesse gráfico que o tempo inicial da dose do primeiro antibiótico dá 13,8 horas, e nós passamos para uma e até menos de uma hora. E tivemos uma redução significativa da mortalidade dos nossos pacientes em função dessa ação. E, agora, o nosso projeto é ampliar isso dentro das outras unidades do hospital. Esse é projeto para este ano e próximo ano.

Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Muito obrigado, Dr. Paulo. Parabéns.

Eu gostaria de franquear a palavra à plateia. Nós temos as inscrições.

Representando a Secretaria, temos o Sr. Adalberto Kiochi Aguemí, assessor técnico. Gostaria de convidá-lo para participar da Mesa. E gostaria também de convidar o Dr. Ivomar Gomes Duarte também para participar da Mesa. Por favor.

O SR. PAULO – Aliás, se o senhor me permite a palavra, Vereador, uma coisa que eu esqueci durante a minha apresentação, e já tomei bronca por causa disso, é que o Instituto Latino-Americano está assinando um termo de cooperação com a Autarquia Hospitalar Municipal. Então 11 hospitais da Prefeitura Municipal de São Paulo já vão fazer as nossas atividades de combate à sepse. E o Ivo Maia é o nosso ponto focal na Autarquia. Então vamos ter já esses exemplos, como o exemplo bem sucedido do Incor, dentro dos hospitais públicos

da cidade de São Paulo.

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Ótimo. Muito obrigado.

Vamos passar a para ao Dr. Ivomar Gomes Duarte.

O SR. IVOMAR GOMES DUARTE – Bom dia a todos, a todas.

Desculpe, eu não trouxe nenhum PowerPoint, nada que me ajude na fala, então vou falar de memória.

Pelo que a gente viu do Dr. Reinaldo, a septicemia é dramática sob o aspecto epidemiológico: morre 50% das pessoas. Aí quando você está diante de uma pessoa vítima da septicemia, como é o caso até da Dália, é mais dramático ainda, sob o aspecto pessoal.

Eu vejo colegas dos hospitais, diretores de hospitais, colegas que trabalham há muitos anos nos hospitais. A septicemia também é dramática sob o aspecto administrativo e sob o aspecto de gerenciamento do hospital. É cruel o aumento da utilização dos leitos, o gasto de insumos. O aspecto humano não se fala, já que é o principal aspecto a ser lamentado. Mas também a quantidade de gastos e insumos, da dramaticidade da gestão hospitalar, principalmente nesses momentos.

Eu poderia falar sobre a questão da sepse, fazer uma lista enorme de mazelas, mas eu vou falar rapidamente de como a gente vem tratando a questão da sepse, desde a montagem da Autarquia.

Com a montagem da Autarquia Hospitalar Municipal, os hospitais que participaram da Rede Sentinela – Hospital Tatuapé, Jabaquara, Alípio e Campos Limpo, os grandes hospitais –, todos eles já tinham algum trabalho na linha de sepse. E os outros hospitais também trabalhavam na linha de sepse.

A Dirce Shimomoto, como diria o Neymar, é nossa “parça” nisso tudo. Ainda a Dirce estava na Autarquia, antes de ela ser abduzida para cá. O pessoal do ILAS fez uma aproximação conosco. A Flávia e a Jose têm insistido. Começamos um projeto em três hospitais. Hoje, são os hospitais onde estão andando: Campo Limpo, Pirituba e o Alípio. E está saindo assinatura de um convênio – a Dra. Magali Proença, Superintendente da Autarquia

deve ter entrado em contato com vocês; você até furou a minha fala – com o ILAS, para que implantemos, nos 16 hospitais em que a Autarquia tem a gestão, três este ano, que são esses três que já estão em andamento, e, no próximo semestre, começariam mais quatro.

O cronograma é assim: neste semestre, no primeiro semestre; no outro semestre, os mais complicados, como o Tatuapé. O Tatuapé já tem um programa por conta do Hospital Sentinela, então não estamos tão preocupados que ele esteja descoberto. O Hospital Tatuapé, hoje, é o hospital mais complexo da Prefeitura. É um hospital complicado. Em alguns dias, é a principal porta da cidade, dado que o HC trabalha com o sistema de porta fechada. Tiveram dias com a Santa Casa com o pronto-socorro fechado; o Hospital São Paulo com o pronto-socorro fechado; Santa Marcelina trabalhando também com porta fechada. O Tatuapé é a grande porta da cidade no atendimento. Então o Tatuapé não entra nessa primeira etapa, entra na segunda etapa.

De qualquer forma, a Dra. Magali está muito empenhada nisso. Transmito ao Vereador Aurélio Nomura os parabéns dela, pela iniciativa. Ela já deve ter disse isso pessoalmente para a Dirce, quando ela esteve lá em reunião.

Apesar de todos os esforços, eu vejo os colegas – o Milton, o Adalberto, o Bóris, etc –, e todo mundo sabe da dificuldade e da falta de concurso nos últimos períodos. Mas, mesmo assim, com o que nós temos, vamos tentar implantar esse protocolo de sepse, que achamos que é muito benéfico para a população.

Era isso. (Palmas)

O SR. ADALBERTO KIOCHI AGUEMI – Bom dia a todos.

Parabéns ao Vereador Aurélio Nomura, pela iniciativa; e, acima de tudo, pela Assessoria, que o senhor obteve para a elaboração desse PL.

Enxergamos que podemos aprimorar alguns aspectos, tendo em vista a execução e a implementação. Vemos que várias leis, às vezes, são muito amplas; e você acaba perdendo um pouco o escopo de execução.

Eu sou ligado, hoje, à atenção básica, mas eu sou médico ginecologista, obstetra

na Maternidade Vila Nova-Cachoeirinha. E entendemos que a questão de processos infecciosos que desencadeiam sepses são importantes, mas o projeto de lei, e a lei, é importante que tenha essa interface de chamar a atenção da comunidade, das pessoas, com relação ao tema, e mesmo aos profissionais que se engajem com relação a essa temática. Então ter parceria com instituições de qualidade, como ILAS, é algo bastante relevante para que tenhamos sucesso nesse tipo de implementação. E eu realmente acho que a Autarquia, estando ligado a esse processo de capacitação, vai fazer com que avance muito esse processo. E realmente nós damos apoio, estaremos juntos, no acompanhamento, na execução da lei, que é um desejo que tenhamos esse tipo de aprovação, tendo em vista as várias falas dos profissionais. É um tema bastante relevante, tanto para os hospitais, para os profissionais e até para a comunidade, para todas as pessoas que, por ventura, passem num pronto-socorro ou numa UTI Neonatal.

Parabéns. Estaremos juntos nessa caminhada no qual podemos aprovar esse PL. E o nosso desejo é que realmente todo mundo tenha uma saúde de qualidade, no sentido de reduzir essas taxas de sepses e suas várias complicações.

Lembrar que realmente é importante, talvez, na PL, desenhar alguma coisa com relação ao que fazer com essas pessoas que têm alguma complicação, como a Adriele. Acho que isso faz parte de uma linha de cuidados integral. Acho que isso é importante quando cuidamos das pessoas.

Isso é o que eu gostaria de dizer, em nome da Secretaria Municipal de Saúde. E parabenizar. Estaremos juntos no acompanhamento e na execução dessa futura lei.

Obrigado. Bom dia a todos. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Obrigado, Adalberto.

Eu gostaria de chamar o Dr. Sérgio Dias Martuchi, do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência.

O SR. SÉRGIO DIAS MARTUCHI – Bom dia a todos.

Na pessoa do nobre Vereador, parabenizo toda a Mesa e todos os colegas,

médicos e enfermeiros, representantes do Corem e do Cofen. E venho trazer a realidade da urgência e emergência, através do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência, que é uma associação de classe de enfermagem sem fins lucrativos que tem por objetivo formar e informar todos os profissionais dessa área em todos os temas de urgência e emergência, sejam clínicos e traumáticos.

Eu trabalho do GRAU, que é o Grupo de Resgate e Atenção às Urgências, junto com o Corpo de Bombeiros, e milito também junto ao Cofen e ao Corem nas comissões de urgência e emergência desses dois órgãos, onde podemos, de forma parceira com o ILAS, assim como já tivemos juntos em vários momentos com a Dra. Flávia, com o Dr. Luciano, de trazer uma contribuição a todos, e a esse magnífico projeto, de uma inclusão, ou um destaque, em algum momento aqui no texto, que eu marquei e vou passar para vocês, da importância do primeiro contato do profissional que tem o primeiro contato com esse paciente, que, invariavelmente, ou na sua grande maioria das vezes, é a enfermagem. E na condição do enfermeiro, que é o profissional competente dentro da categoria de enfermagem no que tange ao julgamento clínico, à avaliação clínica, ao diagnóstico de enfermagem, de suspeita de risco, é esse profissional que na grande maioria das vezes está atento, ou tem o primeiro contato, e recebe toda essa informação de sinais e sintomas, no caso, aqui, obviamente, relacionados à sepse; dando continuidade, então, acionando a equipe médica, seja em qual nível de atenção for.

Eu ouvi de todos os senhores a contribuição da enfermagem, o quanto é importante, e isso me ajudou na minha fala agora, porque nós percebemos que, desde o pré-hospitalar móvel – no caso, o componente federal, municipal e estadual, que é o SAMU –, através das UPAs, que é o componente fixo pré-hospitalar, também federal, nas portas de entradas dos hospitais, sejam eles secundários, terciários, universitário, nos pacientes internados, principalmente nas clínicas, o enfermeiro, ou a equipe de enfermagem, mas ao comando do enfermeiro, é o que tem o primeiro contato com o paciente, e aquele que pode, dentro do seu conhecimento científico e da sua competência de julgamento clínico, ter o *start*

dessa suspeita para um paciente com o sepse.

Então aqui no texto, sendo mais objetivo, no art. 2º, parágrafo 1º, onde fala das medidas preventivas na atenção básica de saúde no âmbito do SUS, eu sugiro – se for em outro momento, que seja, para quem está criando o texto – de incluir, inclusive, no componente de pré-hospitalar móvel, o SAMU, e a UPA. Mas o Dr. Luciano já comentou sobre as UPAs. Mas eu senti falta do 192. Porque o 192, no componente pré-hospitalar, o SAMU, atende, em sua grande maioria, os pacientes clínicos, ficando o trauma com o Corpo de Bombeiros. Em outra situação, no art. 3º, onde fala que “cada instituição ou unidade de saúde, de acordo com a sua disponibilidade de recursos e capacidade de triagem”, eu sugiro o acréscimo do termo “acolhimento e classificação de risco”, que é um termo público utilizado pelo Ministério que define melhor esse acolhimento e essa avaliação clínica rápida do paciente que chega às portas de entrada. A triagem, para nós, é um termo muito expandido. E a classificação de risco, e o acolhimento, é um termo muito mais diretivo. Através do quê? Do diagnóstico? Não, da suspeita clínica. Inclusive, como o doutor diretor do Incor colocou: que a enfermagem coloca lá: “É suspeita de sepse?”. Então talvez, nesse sentido, chamar a atenção para essas situações, tanto do SAMU, no componente pré-hospitalar móvel, que está na atenção primária; nos hospitais, na classificação de risco pelo profissional enfermeiro. É essa a minha colaboração.

Muito obrigado pelo convite e muito obrigado a todos os senhores. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Vamos incluir no projeto de lei as suas observações e as suas sugestões.

Gostaria de convidar o Dr. Jorge Carlos Cury, do Conselho Federal de Medicina.

O SR. JORGE CARLOS CURY – Bom dia a todos.

Queria, na pessoa do Vereador Aurélio Nomura, cumprimentar toda a Mesa; cumprimentar a paciente Adriele; cumprimentar os colegas do ILAS, Luciano e Flávia.

O meu prazer de estar aqui representando o Conselho Federal de Medicina, e corroborando também a impressão do nosso colega do Cofen, afirmar que nós temos convicção da importância da mobilização de todas as profissões de saúde em relação a esse

tema.

No Conselho Federal, particularmente, nós temos trabalhado um tema muito importante que tem relação com a sepse, que é a segurança do paciente. Tanto que apreciamos muito a proposta feita pelo ILAS de que a detecção precoce da sepse e o seu tratamento seja acrescentado aos seis itens que fazem parte da campanha de segurança do paciente. E é interessante que esses vários pontos se associam – lavagem das mãos, mobilização do paciente, administração dos medicamentos no horário correto. Eu acho que essas coisas se somam.

Quero parabenizar muito a iniciativa da Câmara na pessoa do Vereador Aurélio. Já comuniquei isso aos outros estados do Conselho Federal, somando força para que essa campanha realmente tome todas as cidades do país. De um lado, é muito interessante o que está acontecendo; de outro lado, é um pouco triste. Vemos os números que ainda estão em torno do nosso país em relação ao resultado do tratamento da sepse. E isso mostra a necessidade de avançarmos muito em relação a esse tema da saúde e em relação a esse detalhamento, vamos dizer, esse refinamento do tratamento de enfermidades tão importantes como a sepse.

Quero parabenizar e dizer que nós vamos procurar reverberar de forma significativa essa atitude que está acontecendo aqui. E vamos dar trabalho para vocês. Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Obrigado, Dr. Joge.

Gostaria de convidar a Tânia Oliveira Ortega, do Conselho Federal de Enfermagem.

A SRA. TÂNIA OLIVEIRA ORTEGA – Bom dia a todos.

Na pessoa do Dr. Nomura, saúdo todos da Mesa; e na pessoa do Manoel Carlos Nery da Silva, presidente do Conselho Federal de Enfermagem, parabenizamos, porque, com certeza, foi iniciativa do ILAS, junto com o Vereador, iniciar a discussão sobre esse tema.

Eu trarei alguns assuntos que certamente serão um pouco polêmicos. Eu trouxe por inscrito, para não me perder. E diante do testemunho da Adrielle, eu gostaria de ter uma permissão para me apresentar.

Eu sou enfermeira da Prefeitura Municipal de São Paulo. Sou colega do Dr. Volmar. Estamos aí numa luta para implantar os Núcleos de Segurança do Paciente em todas as instituições de saúde. Eu, como enfermeira, trabalhei 27 anos numa instituição de grande porte em São Paulo que é de excelência em atendimento. Então estou há quatro anos na Prefeitura de São Paulo. Sou colaboradora do Conselho Federal de Enfermagem, sou membro avaliador da Comissão Nacional de Qualidade do Conselho Federa, que é uma comissão que está rodando todo o país fazendo avaliação da qualidade de assistência da enfermagem nos hospitais. A adesão ao selo é gratuita e voluntária, não tem nenhum fim fiscalizatório. O objetivo é exatamente garantir uma assistência de enfermagem segura, de qualidade e resolutive.

Como pessoa, como mulher, eu sou mãe de uma menina, que hoje é uma mulher de 30 anos, que nasceu com anemia hemolítica, uma doença complexa, que requer um tratamento complexo. Graças a Deus, tivemos condições de cuidar dela num hospital de referência em qualidade aqui em São Paulo. E ela não teve, até os 15 anos, nenhum comprometimento, nenhuma sequela, pois teve um atendimento de excelência. Com 15 anos, no dia de alta, ela teve uma contaminação na corrente sanguínea. Ela ganhou uma bactéria na última medicação que instalaram antes da alta. Minha filha ficou em estado muito grave. Não entrou em sepse. Fizemos uma intervenção rápida. Eu estava no quarto. Eu acredito que, por eu ser enfermeira, foi determinante para eu prestar a melhor assistência a ela. Mas, mesmo assim, minha filha ficou 21 dias na UTI. Em consequência disso, ela teve necrose óssea, ela teve encefalite. Ficou, até então, com essa sequela. Dois anos depois, ela teve que fazer a primeira invenção no quadril. Foi onde ela teve a maior índice de necrose. Cinco anos depois, ela teve que colocar uma prótese de quadril, que teve um grande impacto na qualidade de vida dela. Como a Adriele bem colocou, o nosso sistema de saúde não atende as necessidades dos pacientes crônicos e sequelados. Os peritos do INSS são extremamente desumanos. Enfim, nós estamos realmente vivendo situações muito difíceis.

Faço questão de dar esse testemunho; e discutimos no Cofen, antes de trazermos

a nossa proposta, a nossa contribuição para esse projeto de lei. Eu acho que para todo mundo é claro o que é um protocolo.

O protocolo assistencial é um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho. Como foi citado e proposto no PL ora em discussão, vários hospitais de São Paulo adotam o uso de protocolos assistenciais, inclusive os hospitais públicos. Como acabei de dizer, estamos em franco processo de adesão a esse protocolo e a muitos outros de Acidente Vascular Cerebral – AVC, AM, insuficiência respiratória aguda - estamos perdendo muitos pacientes nos prontos-socorros por insuficiência respiratória aguda – e sepse, dentre outros. Visando a garantir a qualidade da assistência de enfermagem, temos tido um trabalho bem árduo em busca da implantação desses protocolos.

“Em razão de inúmeras situações de emergência atendidas nas unidades de pronto-atendimento, que necessitam atendimento imediato...”. Eu vou trazer para vocês agora o que nós já temos de legislação. Porque nós observamos uma fragilidade nesse projeto de lei. Em termos de formação, eu sou especialista em qualidade, produtividade e resolutividade. Então, nós não podemos todos ficar aqui, pois nosso tempo é muito caro em todos os sentidos, não só financeiro como também de investimento intelectual. Assim, não podemos colocar mais um projeto de lei que não terá aplicabilidade. Então, eu trouxe para os senhores o que nós já temos de legislação com relação aos atendimentos dos pacientes e nós do Conselho Federal, de antemão, já nos colocamos à disposição. Com certeza o nosso colega de saúde do Conselho Federal também vai se colocar à disposição para ajuda-los a discutir esse assunto, se for essa a vontade do Vereador.

“Em razão das inúmeras situações de emergências atendidas nas unidades de pronto atendimento que necessitam de atendimento imediato, o Ministério da Saúde, através da Portaria 10, de janeiro de 2017, redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituições de acolhimento e classificação de risco.” Então, desde 2017 já há uma regularização, e aqui na cidade de São Paulo, bem

como em todos os hospitais que estamos visitando pelo Brasil, a classificação de risco já é uma prática. Nessa classificação de risco, como temos observado, em poucas instituições por que passamos encontramos o profissional médico nessa classificação de risco. A portaria diz que podem ser os dois profissionais – médico e enfermeiro. Com relação à administração, os hospitais têm colocado o profissional enfermeiro.

Nessa classificação, o paciente é classificado como vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Como pode haver leitos nesta plateia, faço questão de explicar. Vermelho é emergência, é toda situação de emergência que chega às instituições de saúde. Nesse caso, o paciente necessita de atendimento imediato, independente de ser sepse, AVC ou qualquer outra doença. Laranja: o paciente necessita de atendimento o mais rápido possível. Na prática, tem demorado no máximo 10 minutos. Amarelo: nesse caso, o paciente necessita de avaliação. O caso não é considerado emergência, e o paciente tem condições de aguardar. Verde e azul: normalmente, esses pacientes têm esperado para ser atendido por até 2 horas.

“A Resolução Cofen 423/12 normatiza a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. Art. 1º- No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. Parágrafo único. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.”

Na Resolução 2077/14 do Conselho Federal de Medicina, é claro que consta que é privativo do profissional médico a classificação das necessidades urgentes e emergentes do paciente, que define seu fluxo em todo o processo de atenção hospitalar.

Diante do exposto, temos que considerar inclusive a nossa Constituição Federal, que, no seu artigo 196, diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei federal 8080, do SUS, preconiza os princípios de universalização, equidade e integralidade. A Lei estadual 10.241, 1999, é conhecida como a Lei dos Direitos dos Pacientes, e devemos prestar bastante atenção em seus artigos, pois poderia fazer cair por terra o projeto de lei aqui proposto. Diz essa lei: “Artigo 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995. Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso; II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; III - não ser identificado ou tratado por: a) números; b) códigos; ou c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso; (...).Artigo 3º - É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público: I - realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde; (...) III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes. Parágrafo único - O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera. Artigo 4º - Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público têm que garantir a todos os pacientes e usuários: I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento para a assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição; e II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior. Parágrafo único - O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde. Artigo 5º - O descumprimento do disposto nesta lei implicará sanções administrativas, civis e penais.” A lei prevê penalidades, eu gostaria que vocês guardassem essa informação. “Parágrafo único - Qualquer pessoa é parte legítima

para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Estadual de Saúde”.

Considerando ainda a RDC Anvisa 36, que institui ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e seus protocolos, dentre eles, Protocolo de Identificação dos Pacientes e Protocolo de Higienização das mãos.

Considerando a RDC 63, de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde”.

Ela trata praticamente dos mesmos assuntos da RDC 36.

E “considerando a Portaria do Ministério da Saúde de 2002, que estabelece os princípios e diretrizes do sistema de urgência e emergência.”

Está lá escrito como são as ações desses serviços.

Eu trouxe todo o texto, mas acho que vai ficar cansativo ler. Caso alguém tenha interesse, depois eu posso passar.

“Diante do exposto, entendemos que é muito nobre a iniciativa do Vereador Nomura em propor melhorias em atendimento dos pacientes com sepse. Porém, existe, em nosso ordenamento jurídico, hierarquia, em cuja Constituição Federal ocupa o ápice da pirâmide. Assim, as legislações infraconstitucionais devem tê-la como norte e respeitá-la para não ter a sua validade questionada. Se isso ocorre, há meios para expurgá-la da legislação.

Qualquer pessoa física ou jurídica, por meio do controle repressivo difuso pode discutir sua inconstitucionalidade de lei municipal que padeça de vícios formais.

A competência do município está delimitada na Constituição Federal. Nesse sentido, apesar de ampla, tem limitações, ou seja, não pode o município legislar em assunto que a Constituição Federal não lhe atribuiu legitimidade.

A jurisprudência também é pacífica acerca do tema. São vários os julgados que dizem que, ainda que o excesso do Poder Legislativo deve ser combatido, não se pode admitir a vigência de leis que confrontam a Constituição Federal e que não estejam harmônicas com as esferas federal e estadual, e, assim, causar instabilidade e insegurança jurídica às

instituições e aos profissionais envolvidos. Nesse caso, principalmente aos profissionais enfermeiros que atuam no serviço de urgência e emergência, acolhimento e classificação de risco.

A proposta de uma lei especificamente para atendimento aos pacientes com sepse em detrimento de outros contraria as legislações e normas vigentes, que preconizam, em todo o território nacional, a prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários de qualquer natureza ou condição de forma universal e igualitária.

Concluindo, já existe ampla legislação para garantir a prestação de assistência segura e com qualidade aos pacientes em situações de emergência. O que tem faltado é fiscalização e determinação para o cumprimento das leis.

Dentre os impeditivos para o cumprimento dos protocolos já implantados, citamos: número inadequado dos profissionais médicos e enfermeiros; treinamento e capacitação da equipe multiprofissional deficitários; falta de leitos nas unidades de urgência e Centro de Tratamento Intensivo. E é sobre isso que o município deve procurar regulamentar, a fim de dar eficiência às normas já existentes e garantir atendimento seguro e de qualidade a todos os usuários em quaisquer situações de emergência”.

Diante do exposto, Vereador, nós nos colocamos à disposição para rediscutir o projeto de lei proposto, inclusive com a assessoria jurídica, se for necessário.

Entendemos a importância da discussão desse assunto, pois nós realmente temos perdido muitos pacientes com sepse e muitos pacientes também com outros problemas, como asma, que acometeu uma jornalista famosa. Atualmente, minha filha está internada para tratar de uma infecção da corrente sanguínea, que foi diagnosticada a tempo e não chegou à sepse. Mas, por uma falha de processo de trabalho e não por garantia dos protocolos já preconizados e de obrigatoriedade de ser assumida, que seria a administração correta dos pacientes. Já foi avaliado o processo de assistência no caso e, realmente, houve uma falha no processo de administração de medicação.

Eu trago isso para refletirmos e não percamos a oportunidade de discutir os

processos de trabalho.

Quando a Adriele deu seu depoimento, ficou claro para mim onde pode ter havido uma falha de processo, que é quase inatingível se não houver uma adesão à luta, inclusive da sociedade, pela melhoria da formação do profissional médico e formação do pessoal enfermeiro. Ao médico, é privativa a conduta após o exame físico, que só pode ser avaliada por outro profissional médico depois do exame físico; há jurisprudência para isso.

Deixo, então, estes pontos para reflexão: quando a Adriele estava somente com um cálculo renal, será que ela teve um atendimento adequado? Será que não houve uma demora no atendimento? Como deve ter sido feita a análise de todo o processo até ela ter chegado à sepse?

Na prática, como enfermeira e mãe, o que eu percebo é que, às vezes, não está tendo a prevenção da sepse, que, muitas vezes, tem sido a consequência de um mal atendimento, de uma má assistência prestada ao paciente, de estarmos trabalhando no caos, de não estarmos trabalhando com profissionais suficientes sequer para avaliar os pacientes. Hoje estamos com uma demanda na saúde pública de todo o País, não só em São Paulo; não há profissionais suficientes até para cumprimento dos horários de medicação prescrita.

Essa é a discussão que deixo para vocês e me coloco à disposição para continuá-la.

Obrigada. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – O.k. Agradeço a posição da senhora.

Eu e o Ivomar gostaríamos de lhe responder. Nós já temos um parecer da assessoria jurídica da Procuradoria da Casa, que traz diversas questões e que conclui pela legalidade e constitucionalidade, defendendo várias questões em relação à ilegalidade e apresentando emendas que afirmam que esse projeto é extremamente legal. Cabe, é claro, ao Conselho Federal de Enfermagem entrar com uma ação cabível, mas eu preciso lembrar que nós temos projetos idênticos, parecidos, em inúmeras áreas aqui da Câmara Municipal e, até hoje, não vi o Conselho se manifestar em nenhum processo desta Casa. Portanto, gostaria que

o Conselho atentasse a todos os projetos desta Casa, porque é a primeira vez que ele vem aqui fazer esses questionamentos. De antemão, afirmo que a Procuradoria da Câmara Municipal já se manifestou por meio de um parecer apresentado na CCJ pela legalidade e pela constitucionalidade.

Passo a palavra ao Dr. Ivomar Gomes Duarte.

O SR. IVOMAR GOMES DUARTE – É só para fazer um esclarecimento. Nos últimos cinco anos – e a Dirce ainda estava conosco – nós implantamos em todas as unidades municipais classificação de risco segundo o Modelo de Manchester. Ainda não está cem por cento azeitado em todas as unidades; nós sabemos que há falta de recursos humanos em alguns hospitais, além da questão de priorizar o enfermeiro da classificação de risco ou alguém que vai para a UTI e, em alguns momentos, não há a classificação de risco. Sabemos disso. Vamos fazendo o que é possível neste momento.

Dentro da classificação de risco – e essa até foi uma conversa com a Flávia – há um Protocolo de Sepsis. Foi feito um algoritmo específico dentro da classificação de risco para o Protocolo de Sepsis. Foi aí que nós começamos a ter uma aproximação até maior com o pessoal do ILAS.

Tânia, nós estamos fechando com eles um termo de compromisso e já vimos com uma parceria de quase três anos. O jurídico da autarquia analisou e em nenhum momento se entende como se estivesse priorizando um paciente em detrimento de outro. Na verdade, na classificação de risco, detectando sinais específicos pelo Modelo de Manchester, esse paciente sai da fila e vai para o Fastrach. O outro que vem trocar o atestado de segunda-feira vai ser verde e vai esperar quatro horas. A prioridade é definida pela classificação de risco, se eu bem entendi a sua dificuldade. Mas o nosso jurídico não viu nenhum óbice.

- Manifestações no recinto.

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Esperem um pouco.

A senhora já falou mais de meia hora e agora lhe cabe fazer observações e depois registrá-las aqui na Comissão por escrito, por gentileza. Seria interessante até fazer a juntada

desse documento aqui na Comissão.

- Manifestação no recinto.

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Então, feitas as observações, eu peço para a senhora protocolar com a assessoria da Comissão e depois fazer as indagações que achar oportunas.

Eu gostaria de chamar o Sr. Maurício Kucharsky, da OS Cejam.

O SR. MAURÍCIO KUCHARSKY – Bom dia a todos da Mesa. Eu fiz questão de vir aqui falar para expor um relato da nossa experiência com o Protocolo de Sepse, que vem corroborar com esse projeto de lei e que eu acho que é muito importante. Aplicamos em um microsistema nas unidades de saúde, UBS, AMA e UPA, juntamente com um hospital municipal da zona Sul, desta forma: com classificação de risco e com critérios simples e muitos objetivos para direcionar e agilizar o processo, levando-se em consideração a nossa realidade, até por conta de exames e como poderíamos proceder. Nessa parceria, fizemos a classificação e agilizamos tanto o antibiótico como a hidratação e a transferência. Percebemos uma evolução no paciente.

Já faz mais de dois anos que estamos com esse projeto, e percebemos que houve uma redução da mortalidade, que já era baixa, porque os estabelecimentos de saúde já têm uma demanda baixa de complexidade, mas o tempo de internação reduziu bastante. Percebemos algo muito importante relativo a custos e efetividade.

Ampliando-se esse projeto e levando-o para todas as regiões, acho que tem tudo para ser benéfico para todos.

Coloco-me à disposição e depois vou entregar aos senhores o protocolo que nós utilizamos, a forma como estamos fazendo esse acompanhamento, que tem sido uma parceria muito boa juntamente com o hospital e com todas as regiões. E é SUS. Isso fazemos questão de falar, pois é qualidade no SUS. Nós da OS Cejam primamos pela qualidade, tanto que temos unidades com certificação de qualidade e fazemos tudo da melhor forma possível.

Muito obrigado pela oportunidade e espero também conseguir contribuir com o

Vereador. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Aurélio Nomura) – Obrigado.

Se fosse possível, Maurício, gostaria de ter em mãos esses documentos.

Como não há mais pessoas inscritas para falar, agradeço novamente ao Dr. Reinaldo, ao Dr. Luciano, à Adriele, ao Dr. Paulo Soares, ao Dr. Jorge Cury, ao Sérgio, à Tânia, ao Dr. Adalberto e a todos os demais presentes.

Acho importante que avancemos com esse projeto, analisando as observações feitas pela Adriele, dentro de uma concepção um pouco mais ampla; acredito que, sobre isso, podemos conversar.

Espero que possamos acelerar esse processo para que ainda este ano votemos esse projeto e o implantemos na cidade de São Paulo.

Estão encerrados os trabalhos.

Muito obrigado a todos. (Palmas)