

PALESTRA
DIRETRIZES CLÍNICAS COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO QUALIFICADA
E HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA MÉDICA
Sessão Plenária ocorrida em 26/06/2018

PALESTRANTE

ACAD. DRA. ELISA DE CARVALHO – Médica Pediatra da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, atuando nas áreas de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas; Mestre (1999) e Doutora (2005) em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília – UnB.

ACAD. DR. MARCUS VINÍCIUS RAMOS – Eu tenho uma alegria muito grande de convidar a nossa palestrante de hoje, Dra. Elisa de Carvalho, para abrir a nossa Sessão Plenária. Ela faz parte da nossa Academia; é graduada, Mestre e Doutora pela Universidade de Brasília; é professora; é médica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; tem uma atividade muito importante no Hospital da Criança de Brasília; e vai falar conosco hoje sobre “Diretrizes Clínicas como Instrumento de Gestão Qualificada e Humanização da Prática Médica”.

ACAD. DRA. ELISA DE CARVALHO – Boa noite a todos! Inicialmente, gostaríamos de agradecer ao Dr. Marcus Vinícius a oportunidade de estarmos aqui hoje conversando sobre as “Diretrizes Clínicas como Instrumento de Gestão Qualificada e Humanização na Prática Médica”, que é um tema muito atual e importante. Nessa apresentação, teremos como objetivos: definir porque essas Diretrizes foram elaboradas, como elas foram construídas, como os temas foram escolhidos, por que nós escolhemos esse caminho, e, ao final, citaremos também outras ferramentas de gestão que nós estamos usando. Então, a primeira pergunta é: Por que nós estamos aqui hoje falando sobre Diretrizes? Na verdade, essa história começou há mais de 50 anos, quando foi inaugurado o Hospital Distrital de Brasília – HDB, como anteriormente era chamado o Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, coincidindo com o início de Brasília. O 7º andar do Hospital foi destinado à Unidade de Pediatria e, desde essa época, já havia uma preocupação com o Ensino, não apenas com a Assistência. Aqui temos uma foto histórica da turma dos Médicos Residentes e o Dr. Oscar Mendes Moren, pioneiro, abrindo a Assistência e o Ensino. Alguns marcos históricos ocorreram nessas décadas que se passaram. Na década de 70, houve a mudança do nome do Hospital Distrital para Hospital de Base, já significando o início da hierarquização do Sistema Único de Saúde – SUS. Depois, na década de 80, a Pediatria foi a pioneira em ser “terciarizada”, sendo, então, fechado o Pronto-Socorro Pediátrico. Nesta época, nós éramos Residentes dos Serviços e vivenciamos isso. Foram criadas as Especialidades Pediátricas e outros Serviços de Apoio Assistencial e nós formamos uma das primeiras turmas que fizeram as especialidades. De modo condizente com essa nova proposta, foi extinta a Residência Médica de Pediatria e iniciado um treinamento nas Especialidades Pediátricas. Mas, a superpopulação, que víamos fora da cidade, nós começamos a vivenciar no HBDF, pois dos dez andares de internação do Hospital de Base, a Pediatria tinha apenas um, para todas as especialidades, para a Unidade Semi-Intensiva, para a Classe Escolar, para Diária Expectorial e etc. Ele estava “ficando pequeno” e nós tínhamos que sobreviver de alguma forma. Em razão disso, na década

de 90, por um esforço maior de todos que estavam como Gestores, começou a haver uma fragmentação na Linha de Cuidado com a Criança, porque no 7º andar não cabia tudo. Nós, da Gastroenterologia, fomos para o Hospital Materno-Infantil de Brasília – HMIB, os adolescentes para o ADOLESCENTRO. Contudo, nós não podíamos aceitar isso porque a criança era uma só. Então, nós que estávamos lá nessa época, dissemos: *"Não. Nós acreditamos em um Serviço Público de qualidade e temos que manter essa integralidade da assistência!"*. E, assim, nasceu o sonho chamado Hospital da Criança de Brasília – HCB. Não é que nós não gostávamos do Hospital de Base e queríamos sair de lá, é que um andar não mais comportava toda a assistência pediátrica. Mas, o que precisa ficar muito claro aqui é que nós não abrimos uma estrada, nós continuamos caminhos que foram trilhados pelo Dr. Oscar Moren e pelo Dr. Jair Evangelista e essa história tem que ser mantida e tem que ser contada.

Este semestre, felizmente, depois de muitas dificuldades, nós tivemos algumas boas notícias e, uma delas, foi a Acreditação pela ONA. Outra foi a abertura do Bloco II do Hospital da Criança, cuja inauguração está marcada para o dia 4 de julho, e a mudança da Pediatria do Hospital de Base, que não fecha, mas será transferida para um lugar mais adequado. Nós queremos fazer um corredor histórico contando toda essa história e aqui, Dr. Moren e Dr. Jair, está o Manual do Corpo Clínico, que tem os nomes dos senhores. Ainda não é a forma final e não está encadernado, mas é o número 1 e é um histórico. Então, queremos contar, para que todos saibam, que se trata de uma transferência, e não de uma invenção nossa, o que nós estamos vivendo. O HCB não é uma nova história, mas a continuidade de mais de meio século de história. E ele, além de efetividade e inovação no modelo de gestão, vem com a missão da integralidade na assistência; faz um elo entre a Ciência, a Tecnologia, a Arte e o Humanismo; traz soluções, mas também desafios para nós que estávamos em cargos de Chefia, em Dermatologia, em Pediatria. Eu *"brinco"* com o Dr. Moren e com o Dr. Jair que sou a terceira na linha de sucessão, pois continuei na Pediatria. Lá na frente, pude constatar que é diferente gerir um hospital, ter toda a responsabilidade financeira. Então, nós tínhamos que somar à equipe, pessoas importantes, com experiência na Gestão Pública como os Drs. Renilson Rehem e Gilson Andrade e a Enfermeira Érica Bommer, que é a Diretora de Qualidade, a qual tem nos ajudado muito. De forma que, hoje em dia, nós já aprendemos um pouco sobre essa gestão, que tem ações relacionadas à Sociedade, para garantir a satisfação do usuário, a credibilidade do Hospital, o cumprimento de metas e os processos internos; que a Lei da Assistência Multiprofissional zela muito pela Qualidade e Segurança do Paciente; que é relacionada à Estrutura e à Tecnologia, não só na Assistência, mas também na Pesquisa e no Custo; que nós temos que fazer uma Medicina viável, ou seja, não podemos querer custos que não cabem no orçamento do Hospital.

Também neste semestre o HCB esteve muito focado na Qualidade e Segurança do Paciente. E há um ponto interessante: nós, às vezes, não fazemos tanto a reflexão de que a Medicina costumava ser simples, inefetiva e relativamente segura. À medida que ela ficou mais complexa, ficou mais efetiva, mas, potencialmente, mais perigosa. Eu não sei se os senhores já leram o risco de quando se anda de avião, se anda de carro, escala-se uma montanha e adentra-se a um hospital. O maior risco é entrar num hospital. E isso é uma coisa que nós não pensamos. Mas, há uma quantidade de situações que nos expõe a riscos se o Serviço não estiver olhando pela Qualidade.

O Hospital da Criança vem com soluções, mas também com desafios: Transplantes de Medula Óssea, de Rim, de Fígado. Nós estamos trabalhando com Terciarismo e Doenças de Alta Complexidade. Então, como buscar a Qualidade e a Segurança? A primeira coisa é ter um Corpo Clínico que garanta uma boa Assistência, em todas as especialidades que nós consideramos matrizes e em todas as especialidades complementares que asseguram a execução das três Linhas de Cuidado: a Clínica, a

Onco-Hematológica e a Cirúrgica. Para tanto, precisamos de pessoas em quantidade, mas também de qualidade. A qualificação da equipe é muito importante. Além de todas as especialidades registradas no Conselho Regional de Medicina, é imprescindível que tenhamos um número grande de Mestres e Doutores para garantir não só a Assistência, mas também o Ensino, e, ainda, nos permitir dar um "passinho maior" que é o fortalecimento da Pesquisa. Outro aspecto, são os Processos Seletivos voltados para garantir a Carteira de Serviços, a necessidade do Hospital. O que é a Carteira de Serviços? Por exemplo, dentro da Gastroenterologia, nós iremos atender o quê? Todas as Patologias da Gastroenterologia serão referência para algumas, ou algumas delas serão mais fortes. Outro exemplo: eu preciso de um Neurologista que tenha experiência em Potencial Evocado e, não apenas, em Neuroclínica.

Agora eu vou relacionar rapidamente, para que os senhores tenham uma ideia, quais são as nossas Carteiras de Serviço. A Alergia tem todos esses ambulatórios, além de fazer alguns procedimentos, como Prick Test, vacina e infusão de Imunoglobulina. Isso tornou-se numa enorme facilidade porque anteriormente nós internávamos as crianças para tal. Hoje, com o Hospital-Dia, diminuiu-se a hospitalização e a falta à escola, e obteve-se melhoria do conforto familiar. A Cardiologia, usando os ambulatórios e os procedimentos que ela faz, também foi um grande avanço porque nós estamos colocando lá no Bloco 1 o que sentíamos falta no Hospital de Base. Estamos fazendo os Laboratórios de Provas Funcionais, da Endocrinologia, da Gastroenterologia, da Hepatologia, da Genética, da Nefrologia, além dos procedimentos, as biópsias, a Espirometria. A Neurocirurgia. A Neurologia, com os procedimentos da Toxina Botulínica. A Pneumologia, a Reumatologia, a Cirurgia. Esse Corpo Clínico e essa Carteira de Serviços conferem uma produtividade que resulta numa média de 300 consultas médicas por dia, a qual é uma boa média para o número de médicos que nós dispomos. E, ainda, temos a considerar que se trata de um Serviço de Alta Complexidade porque uma coisa é atender uma criança com uma Infecção Urinária, outra coisa é atender uma criança com Insuficiência Renal, com Imunodeficiência Cirrótica, etc. Em razão disso, o tempo da consulta é mais demorado, mas, mesmo assim, nós temos que garantir uma produtividade. Em de abril de 2018 foi feita uma estatística, a qual demonstrou que nos últimos doze meses realizou-se um total de 74.611 consultas, das quais 50% foram oriundas de quatro especialidades: Onco-Hematologia, Gastro-Hepatologia, Neurologia e Endocrinologia. Então, estamos dando esse início para os senhores entenderem o contexto da necessidade de elaboração das Diretrizes. O Corpo Clínico é preparado, a produtividade é alta, mas nós não podemos apenas olhar para dentro do Hospital, temos que olhar para fora também. Quem é que está querendo entrar no Hospital? A nossa demanda reprimida de 2017 era de 31.548 pacientes. Então, isso se configura em um desafio, pois o Hospital não pode ser bom para poucos. Nós precisamos permitir que crianças que necessitam entrem no Hospital. Outro fato, já conhecido por muitos, é que ao longo das últimas décadas houve uma diminuição das Doenças Infecciosas e um aumento das Doenças Crônico-Degenerativas. Isso traz o quê? Uma mudança do Perfil Epidemiológico também em Pediatria, com Doenças Crônicas e, cada vez mais, crianças menores com doenças graves, que exigem Tecnologia Avançada. Por exemplo, anteriormente era raro o diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal em uma criança pequena. Essa aqui é uma criança de dois meses que fechou o diagnóstico de Doença de Crohn, o que cada vez mais tem se tornado frequente. Qual é o desafio que isso nos traz? Nós aumentamos as entradas no Hospital, mas diminuimos as saídas. Quando nós admitimos uma criança com Cirrose, nós não damos alta para ela, ela é transferida para os adultos. Quando admitimos uma criança com Lúpus, ela também não recebe alta, ela é transferida depois. Isso cria o que nós chamamos de "efeito velcro": a criança entra, mas não sai. Então, nós temos uma produtividade no Hospital, um

número grande de consultas, mas, ainda assim, temos crianças na fila de espera e precisamos esvaziar o Hospital. O que o Hospital faz com as crianças que entram e não podem sair? Isso que nós sofremos é decorrente do gargalo do SUS, pela insuficiência de oferta que denominamos de vazios assistenciais da complexidade ambulatorial, resultando em vínculo dos pacientes com os especialistas. Como resumimos essa situação? Hoje em dia há uma crescente especialização da Assistência Médica, um incremento da Incorporação Tecnológica, um modelo exemplar de médico no Hospital, o que gera uma Medicina de alto custo, exigindo uma mudança no modelo de gestão para resolver esses problemas. Assim, a Gestão de um Sistema, de um Serviço de Saúde, atualmente, deve ser fundamentada em recursos e opiniões e a decisão deve ser Baseada em Evidências. A Gestão de Condições Agudas deve fluir para uma Gestão de Condições Crônicas, a Gestão de Meios para uma Gestão de Fins. Isso é Gestão Clínica. A partir daí, é que surgem as Diretrizes Clínicas.

Aqui nós anotamos as Diretrizes que já foram publicadas. São doze. Nós fizemos dois cadernos e os senhores, se quiserem, podem olhar. Depois eu vou explicar como elas ajudam nesse contexto de gestão e o porquê da elaboração dos dois cadernos. Quando falamos em Diretriz Clínica, antes de entrarmos nesse contexto de estar ajudando o Hospital da Criança, nós imaginávamos um Protocolo. É uma Hepatite Autoimune? Então, nós vamos tratar com esse e esse remédio, nós vamos fazer essa e essa medicação. Mas, há um outro conceito para Diretriz Clínica. Primeiro, ela tem que ter objetivos definidos; segundo, equipes responsáveis e protocolos; e terceiro, critérios de elegibilidade. O que entra e o que fica na Diretriz? Quais os exames que ela precisa? Um ponto que não pode ser esquecido é a estratificação de riscos assim como as metas terapêuticas, as metas do paciente e a reavaliação contínua. Nas Metas do Paciente há inovação, com muitos pontos altos apontados pela ONA, no Caderno do HCB e no Caderno do Paciente. Por que isso? Porque numa condição aguda, se uma criança está com Pneumonia, ela é internada, uma veia é puncionada e um antibiótico é iniciado. Numa condição crônica, se não houver a família, a criança não será tratada. Referimos à família como um elo da Equipe, por se tratar de criança. Não conseguiremos controlar um diabético sem a presença da família e se a criança ou o adolescente não fizer o que precisa ser feito. Não se consegue emagrecer uma criança obesa se não tiver atividades em casa, se não houver mudança de hábitos de vida. Sem isso, nada adiantará prescrevermos medicação. Em condições crônicas, o paciente deixa de ser passivo; ele tem que ser ativo, tem que fazer parte da equipe. Esse é o objetivo do Caderno do Paciente, porque ele tem metas a cumprir. Então, por exemplo, dentro da Diretriz da Obesidade, que foi uma das que fizemos e denominamos SPO – Sobre peso e Obesidade, antes da criança ir ao Gastrenterologista, ela ia à Endocrinologia, à Nutrição, à Hepatologia, e terminava em dois anos pesando a mesma coisa desde sempre. É necessário ter compromisso: *"Eu quero participar, então, eu vou fazer!"*. O Caderno do Paciente tem temas educativos; é como se fosse um passaporte para marcação de consultas; faz a interação paciente/família. E o caderno do HCB define o fluxo de chegada, os exames que são necessários, os critérios de inclusão e exclusão e um cronograma de acompanhamento. Nesse caderno estão anexos os protocolos, como nós conhecíamos antigamente: qual exame iremos pedir, qual medicamento administraremos, quando procederemos uma biópsia, quando estará indicada a cirurgia, critérios de elegibilidade, equipes responsáveis, etc. Vamos dar um exemplo de um caso de sobrepeso e obesidade. O objetivo, resumindo, é ser eficaz. Há uma equipe de referência de Gastroenterologia e de Endocrinologia e o Serviço Complementar essencial para essa criança. São elegíveis as crianças que tem essas comorbidades porque o Hospital da Criança é um Hospital Terciário. Então, aquela criança que tem obesidade, mas não tem Diabetes, não é hipertensa, não tem esteatose, torna-se contrarreferenciada para acesso e não fica ocupando uma vaga de

uma criança que realmente precisa, de uma criança terciária. Dessa forma, vamos filtrando aquelas consultas que, entre aspas, são desnecessárias, e permitindo que quem realmente precisa seja admitido no Hospital. São os critérios de exclusão, que são aqueles que não preenchem os critérios de elegibilidade, e os maiores de 8 anos. Como funciona? A criança chega na Triagem, são feitos anamnese, exame físico e exames complementares e, então, nós definimos o prazo de um mês para retornar com os exames necessários para classificar o risco. E aí, ela é classificada como risco 1, risco 2 ou risco 3. Cada tipo de risco vai depender, por exemplo, se ela já tem Diabetes, se tem Hipertensão ou se tem Hipertensão e Disfunção Ventricular, ou seja, a Classificação de Risco é feita de acordo com a gravidade. A partir daí, é feito o Acolhimento por todas as equipes. Exemplificando: Risco 1 é aquela criança que não tem comorbidade. Risco 2 é a que tem Esteatose Hepática e Hipertensão. No risco 3 ela já tem Esteato-Hepatite e Disfunção Ventricular. Dependendo do grau de risco é programado o número de consultas que a criança terá, com a Psicologia, com a Nutrição e com o médico, e, com isso, nós fazemos um cálculo do que é necessário em termos de equipe para lhe dar assistência. A criança tem essas consultas e seis meses depois é feita a reclassificação do risco. Temos que avaliar as metas terapêuticas que nós definimos, que é o que queremos para a equipe médica, e as metas para os pacientes, que é o que ele tem que fazer para que as metas terapêuticas sejam alcançadas. Não iremos conseguir a meta terapêutica se o paciente não fizer o “*dever de casa*”. Então, no tocante às metas terapêuticas, no caso do risco 2, por exemplo, nós temos que controlar a Hipertensão e reduzir a Dislipidemia, a Circunferência Abdominal, a Esteatose, as Acantoses Nigrícas e a Resistência à Insulina. Mas o paciente tem que ter frequência ao Programa, tem que diminuir o tempo de tela, incorporar a atividade física regular, diminuir a circunferência abdominal. Nos Anexos do Caderno, para exemplificar, nós definimos se ele tem Esteatose Hepática e se é esteatose simples ou se tem também enzima hepática elevada. Estabelecemos o algoritmo do que o paciente precisa fazer em termos de exame, quando vai ser indicada a biópsia, se vamos usar ou não a medicação. Se vamos usar, nós consideramos: mecanismo de ação, indicação, contraindicação, posologia, etc. Isso é um exemplo. É dessa forma que se regula o fluxo de entrada, o número de consultas, as metas e o fluxo de saída. Se o paciente diminui de risco 2 para risco 1, ele é transferido para outra referência, e, assim, por diante. Ou se o paciente não está cumprindo as metas terapêuticas, as Metas do Paciente, nós conversamos com a família sobre se ele realmente quer continuar no Hospital ou não, porque no caso da obesidade crítica há a possibilidade de conseguir reverter.

Outro exemplo é a Diretriz de Doença Inflamatória Intestinal: temos os sintomas subjetivos e a solicitação de exames de primeira linha, de sangue, de fezes e de imagem. Se os exames de primeira linha são sugestivos de Doença Inflamatória, são solicitados, então, os exames de segunda linha e, dependendo do resultado, o paciente é classificado como portador de Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa ou Colite Ulcerativa Atípica. Isso está no Caderno dos Anexos. O que nós levamos em consideração para o diagnóstico de Doença de Crohn e de Colite Ulcerativa? Tanto achados endoscópicos macroscópicos quanto histológicos. Aqui nós vemos um abscesso de cripta, e, nesse outro slide, um granuloma na biópsia. Definido isso, se nós não conseguimos classificar nem como Doença de Crohn, nem como Retocolite, estamos diante de uma Colite Ulcerativa Atípica, que é uma nova classificação. Mas, não basta apenas definir que o paciente tem Doença de Crohn, Colite Ulcerativa ou Colite Ulcerativa Atípica, temos que pontuar, estabelecer prioridade e usar os índices que são validados. Nós usamos o PUCAI para Colite Ulcerativa e o PCDAI para Doença de Crohn. Com isso, estratificamos o risco e estabelecemos o número de consultas, as metas terapêuticas e as metas do paciente. O paciente é acolhido, é feita a

ambientação e ele recebe o Caderno. Quando ele retorna, nós indagamos sobre o número de evacuações que teve, se esqueceu de tomar medicamentos, se está feliz na escola. Nós não queremos apenas saber se ele teve diarreia com sangue, nos interessa saber se ele está indo bem na escola, se está contente com a família, como ele está do ponto de vista da integralidade. Para isso, a equipe conta não só com Gastroenterologista, mas também com Nutricionista, Psicólogo, na tentativa de se conseguir melhorias do ponto de vista geral e de qualidade de vida. As Diretrizes Clínicas são elaboradas dessa forma, saindo da tensão da prescrição centrada na doença para uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, com atendimentos profissionais e individuais e atividades em grupo. Não são dirigidas apenas para as necessidades biológicas, médicas, mas também para as educacionais, psicológicas, sociais, etc. A pessoa e a família deixam de ser paciente e passam a ser um agente com um autocuidado apoiado. Resumindo, saem de um cuidado profissional e passam para o interprofissional, onde fazemos algumas parcerias.

Aqui é um grupo de pacientes com Esteatose-Obesidade, na Cozinha Experimental do Curso de Gastronomia do UniCEUB, com o objetivo de incentivá-los a aprender e a fazer receitas. Ao invés de ser voltado para o indivíduo, é voltado para a população porque na grande maioria das crianças obesas a família também o é, os pais também são. Assim, nós trazemos o pai e a mãe e as medidas antropométricas e incluímos nas reuniões de grupo e nas atividades físicas, e também na Gastronomia. Saímos de ações curativas para uma atenção integral. Temos também uma parceria para que esses pacientes recebam orientações de Educador Físico. A partir daí, precisamos reavaliar e quantificar. Nós achamos que há uma melhora qualitativa, mas é imprescindível quantificar. Os alunos do PIC, Programa de Iniciação Científica do Hospital da Criança, já estão avaliando as Diretrizes e as Pesquisas Clínicas estão sendo publicadas nos Anais do Hospital. Já temos dois Anais dos primeiros PICs. Há uma Pesquisa sobre efetividade no tratamento, mostrando que esta é diretamente proporcional à frequência dos pacientes ao Programa, mostrando que quem tinha 20% ou mais de falta não tinha efetividade, mas quem comparecia tinha efetividade. Ou seja, a efetividade depende da adesão ao tratamento, de modo que começamos a ver nas redes sociais o antes e o depois de pacientes da SPO. Sabemos que não é fácil mudar hábitos de vida, não é fácil para nós, nem para ninguém. Mas, o sujeito, de paciente reativo, tem que ser proativo e a família tem que entender que ela faz parte da equipe, que tem corresponsabilidade, devendo ter compromisso, presença e contribuir para que as metas do paciente sejam cumpridas.

Aqui vemos uma reunião de lançamento das Diretrizes para os pais. Foi dada uma aula, explicando o que é a doença e eles receberam os Cadernos. Um detalhe importante, quando nós atendemos essas crianças, é a constatação de que a Doença Inflamatória Intestinal realmente tem sido um desafio, vez que esses pacientes, muito pequenos, às vezes têm um comportamento depressivo e cada vez mais necessitam de imunobiológicos, de cirurgias bem agressivas. Isso nos comove, mas nos alegamos quando eles trazem o Caderno e com a carinha feliz dizem: *"Depois que o tratamento foi iniciado, eu melhorei bastante."* *"Quando eu fiquei muito doente, não conseguia comer nada, tinha dor de barriga e fazia cocô com sangue, mas, depois que comecei o meu tratamento no HCB, nunca mais eu tive nada disso."* As Diretrizes são construídas dessa forma porque, para atuarem como instrumentos de gestão, faz-se necessário obedecer a alguns critérios. Elas padronizam as condutas, têm os critérios diagnósticos, algoritmos de tratamento, orientam equipes multiprofissionais e abrangem a estratificação de risco; incorporam tecnologia, mas com avaliação do custo da assistência; organizam o fluxo interno de pacientes e o relacionamento com a rede de saúde; e qualificam a atenção à saúde. Resumindo: têm função educacional, de comunicação e gerencial e atuam na Assistência, no Ensino e na Pesquisa. Já foram

construídas doze e, se os senhores quiserem ver, estão aqui, mas elas também estão disponíveis no site do Hospital. Por que nós, então, as construímos? Porque nós tínhamos que organizar o fluxo, estabelecer quem permanece no Hospital e dar alta para os pacientes com a contrarreferência, pois, se não damos alta, novos pacientes não podem ser admitidos. Essas Diretrizes estão ajudando muito pela forma como foram construídas, elegendo temas com maior prevalência, alto custo ou gravidade, e já estão todas em fase de implantação. Aqui foram os lançamentos das Diretrizes de Gastroenterologia, com auditório cheio. É importante fazer as Diretrizes e os seus lançamentos porque promovem a interlocução com outros Serviços, inclusive algumas foram construídas com a colaboração de outros médicos que são referências no Brasil, como, por exemplo, a Dra. Cristina, de Porto Alegre, e o Dr. Paulo Bittencourt, de Belo Horizonte, que são referência nos temas; Dra. Gilda, da Hepatologia, e Dra. Maraci, de Doença Inflamatória Intestinal, que foram coautoras das Diretrizes de Gastroenterologia. Aqui vemos as equipes da Alergia e da Pneumologia, aqui as da Neurologia e da Reumatologia, mostrando a importância da interlocução com outros Serviços. Pensando na integralidade e na qualidade de vida é que essas crianças são avaliadas. Por exemplo, quando admitimos um paciente com essas lesões, nós interrogamos: o que é isso? No final era uma Vasculite, mas que tinha um cólon totalmente alterado, com biópsia compatível com Colite Ulcerativa, e a biópsia hepática com lesão em casca de cebola, já *cirrotizando*. Trata-se, portanto de uma Colite Ulcerativa com Colangite Esclerosante. Estamos diante de uma criança altamente comprometida e não podemos nos ater apenas à Colite, mas pensar nela como um todo e na sua qualidade de vida. Vemos que ela tem impacto negativo em todas as dimensões: física, emocional, social, escolar, psicossocial e total. Em todos esses pacientes das Diretrizes de Doença Inflamatória nós avaliamos a qualidade de vida e usamos o *PedsQL*, que é um questionário já validado no Brasil, onde a nota máxima de qualidade é 100.

E aqui, comparando a Doença de Crohn com a Colite Ulcerativa: a Doença de Crohn, por ser da boca ao ânus e gerar mais fístula e mais estenose, compromete mais do que a Colite Ulcerativa que é mais de mucosa e restrita ao cólon. Contudo, quando comparamos com o grupo controle, formado por crianças de uma escola, da mesma faixa etária, evidenciamos que a diferença de qualidade de vida foi estatisticamente significativa em todas as dimensões: física, emocional, social, escolar, psicossocial e total. Dessa forma, precisamos ter ações que melhorem a qualidade de vida e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento. Essa é a importância da integralidade. A mudança está no fato de que, anteriormente, nós internávamos essas crianças para administrar imunobiológico e hoje dispomos da UTE, a qual faz a medicação-dia. Aqui cada poltrona tem uma telinha, a criança tem um fone e escolhe o programa que quer assistir. Não é uma questão apenas de conforto, estamos reduzindo a hospitalização e, com isso, a ausência à escola é minimizada, a dinâmica familiar é melhorada e a falta dos pais ao trabalho também é diminuída. Sabemos que a criança com doença crônica é um problema no dia-a-dia, é um estresse para a dinâmica familiar. Com essas medidas, há um impacto positivo na qualidade de vida e na adesão ao tratamento e isso ficou demonstrado nessa publicação sobre Hepatite Autoimune, que fizemos na principal revista mundial de Gastropediatria e Nutrição. Um ponto muito importante, além dessa interlocução de Serviços, são as fichas dos pacientes com os dados organizados. Como dissemos, é Assistência, Ensino para o Residente e Pesquisa, contribuindo ainda para a realização de Estudos Multicêntricos, como o que nós publicamos este mês – maior série na Literatura envolvendo criança com Hepatite Autoimune, em parceria com a Dra. Gilda, de São Paulo, e com vários outros Centros e Serviços de Referência no Brasil.

Esse foi um outro Trabalho que nós publicamos em 2014, envolvendo crianças que chegavam para a endoscopia, onde as que tinham estenoses esofágicas mais graves eram as que tinham ingerido soda cáustica. À época perguntamos: *"Isso ainda é um problema em Brasília?"* Fizemos, então, uma avaliação do uso de produtos sanitários nos domicílios e constatamos que as pessoas têm soda cáustica em casa, que ainda fazem sabão. Mas, o mais grave é que guardam embaixo da pia, aquela com *"cortininha"*. Se observarmos no Supermercado as prateleiras de produtos de limpeza e as de iogurte e margarina, veremos que as embalagens têm muitas vezes a mesma cor, são do mesmo material e são fáceis de abrir. Então, a mãe reutiliza uma dessas embalagens, de margarina ou de leite *Ninho*, para acondicionar o resto de soda cáustica que ela usou para fazer o sabão, e a criança, com fácil acesso ao produto, acaba por ingeri-lo. A partir daí, elegemos esse tema e criamos a Diretriz de Ingestão de Soda Cáustica e de Corrosivos, com objetivo educacional.

A Diretriz de Corpo Estranho já tem um outro objetivo, que é orientar quem está no acesso, quando tem que enviar para nós e o que tem que fazer do ponto de vista terapêutico. No tocante a corpo estranho, o principal desafio são as baterias. Se a criança engolir uma moeda e ela está no estômago, pode ficar ali até quatro semanas, que ela irá sair, a não ser que seja uma moeda muito grande, a qual pode ficar impactada, por exemplo, na válvula ileocecal. Agora, se for uma bateria, se estiver no esôfago, em duas horas ela pode perfurá-lo e precisa ser retirada o mais rápido possível, não sendo necessários jejum e nem anestesia, porque a bateria não faz apenas compressão, mas também provoca descargas química e elétrica e queima de diversas formas.

Essas últimas Diretrizes, a 11ª e a 12ª, são um pouco diferentes, pois têm essa outra função: educar quem está nos Prontos-Socorros para que saibam o que fazer e quando encaminhar.

Bom, concluímos a parte das Diretrizes – porque foram feitas, como foram feitas, quais foram os critérios de elegibilidade dos temas.

Agora, em cinco minutos, só como curiosidade, mostraremos para os senhores quais são as outras Ferramentas de Gestão que nós estamos utilizando. Relatamos aqui que a nós tínhamos um problema: uma demanda reprimida de trinta e uma mil crianças na fila de espera por uma consulta no HCB, o Hospital precisando abrir as portas e essas consultas gerenciadas pelo Complexo Regulador. Só para a Gastroenterologia, havia 2.739 crianças na fila. Questionamos: *"Será que essas crianças são todas graves, que precisam do HCB? Ou será que há crianças com dor abdominal, com alergia alimentar, com constipação intestinal, as quais podem ser tratadas pelo Pediatra? São todos pacientes para o HCB? Ou será que há criança grave, que não está conseguindo acesso ao Hospital?"* Então, nós utilizamos algumas estratégias, cumprindo meta do Contrato de Gestão, para permitir que crianças graves sejam admitidas sem precisar competir com essas outras. Lançamos mão do Parecer Especializado. Aquela criança que fez o Teste do Pezinho e teve um diagnóstico de um Erro Inato no Metabolismo, de um Hipotireoidismo, precisa ser admitida, senão do que adianta fazer o Teste do Pezinho? Ou a criança que estava internada e precisa de consulta de egresso, ou se nós fizemos um diagnóstico de um Erro Inato no Metabolismo, de uma Doença de Wilson, e precisamos rever a criança ou mesmo confirmar o diagnóstico. E a admissão nos Programas como o da Fibrose Cística? Isso é mais um alerta porque temos que cumprir as regras do Contrato de Gestão, o que é para nós um desafio. Checamos as vagas que foram ofertadas e a vagas que foram preenchidas. Primeiro ponto: o Complexo Regulador não marcou 73 consultas. Segundo ponto: dos marcados, o absenteísmo foi de 32%. O médico está lá, mas o paciente não chega e o Hospital não pode vivenciar isso. Hoje, o HCB, apesar de não ser de sua responsabilidade e sim do Complexo Regulador, está ligando e confirmando cada consulta. Além disso, temos um Núcleo de

Relacionamento do HCB com a rede da Secretaria de Saúde do DF. Novamente perguntamos: *"Todos os que estão na fila precisam estar nela ou não?"* Fizemos, então, um trabalho de *"tratamento da fila"*: olhamos um por um, especialidade por especialidade; checamos diagnósticos, encaminhamentos equivocados, CIDs errados, criança marcada em duplicidade, criança com situação de risco incompleta. A Onco-Hematologia não tem fila porque o paciente precisa estar no Hospital em 24 horas. Todavia, as doenças mais pediátricas, das especialidades mais pediátricas, como a Gastroenterologia, a Pneumologia, a Alergia, podem ter pacientes que não precisam estar ali. Então, nessa *Acessibilidade Qualificada*, primeiro foram definidos os CIDs prioritários terciários. Mas, não é só o CID. Em caso de Alergia Alimentar pode precisar ou não. Dessa forma, daqueles CIDs *mais pediátricos*, nós fizemos uma classificação de risco, na qual o vermelho tem que entrar. Com essa análise da fila, foi feita também a análise da demanda, o controle das inconsistências, a otimização das vagas e a monitorização do paciente até o atendimento. Além de tratarmos a fila, estamos evitando o absenteísmo e aumentando o número de vagas, por vários desses Projetos, com os quais atendemos 8.669 crianças a mais do que estava sendo oferecido. Com essas ações, diminuimos a fila para 25.262 pacientes. Ainda é pouco, mas continuamos trabalhando para melhorar. Existem alguns projetos especiais como o da Fibrose Cística, Campanhas que nós começamos em Brasília e que já tem o selo da Sociedade Brasileira para o diagnóstico precoce da Doença Hepática. Um ponto: quando falamos em Segurança e Qualidade, é a comunicação dentro do Hospital, é a velocidade do processo de comunicação sem ruídos e sem equívocos, evitando o *"telefone-sem-fio"*. Para isso, são utilizadas diversas ferramentas: documentos disponíveis no site, comunicação por e-mail, mídias, pastas, contato pessoal, resposta à Ouvidoria. Outro ponto: a participação ativa dos Coordenadores, com reuniões frequentes. E ainda, se algum assunto exige, contamos com a disposição das pessoas em vir até em reunião à noite, sem hora para acabar. Esse último semestre foi um desafio, porque teve tudo o que os senhores viram na mídia, a implantação do MV, a Acreditação da ONA e agora a preparação do Bloco II. Para a Acreditação da ONA, trouxemos a Equipe da Qualidade para participar. Diante disso, temos um índice de satisfação dos familiares, que geralmente está acima de 97%. Todas essas ações garantem uma Assistência Multiprofissional de excelência, mas atuam em várias outras dessas *"caixinhas"* aqui, com reflexo na sociedade, processos internos, estrutura, tecnologia e finanças. E, nessa linha do tempo, nós ficamos numa alegria contida e agora falamos *"que o grito está quase saindo da garganta"* porque o HCB está praticamente pronto e com os novos serviços que estão propostos com o Bloco II. Finalizando, queremos enfatizar aqui quanto a receber o resultado do sonho de médicos e da sociedade em parceria com o governo. Só que sonhar é fácil, o duro é acreditar, trabalhar e construir o sonho. É o que temos feito.

Aqui vemos as visitas ao Bloco I, quando estava sendo construído. Aqui nós estamos com capacete no Bloco I e, aqui, já no Bloco II, que agora já pronto. E a boa notícia: o HCB foi acreditado pela ONA e já estamos divulgando o 1º Congresso Brasileiro da Criança com Condições Complexas de Saúde e Tecnologias para o Cuidado e para a Cura, que está sendo programado para os dias 21 a 23 de novembro de 2018. Então, dizemos que esse semestre foi um teste de resistência para nós porque o Hospital está sendo concluído, estamos programando o Congresso e vamos seguindo em frente. Agora leremos para os senhores um trecho de uma carta que foi publicada pela Associação Médica: *"O foco no paciente gerou parceria inovadora entre sociedade e governo no Hospital da Criança. Desde pequenos aprendemos que uma boa história é constituída por dramas, surpresas e inspirações. A história do Hospital da Criança é uma dessas boas histórias que é preciso contar para que se mantenha a capacidade de acreditar no ser humano e na sua vontade de fazer o bem."* E nós contamos essa

história para poder virar as páginas dessa criança diferente. Nós falamos: “*Por que tanta luta?*” Porque achamos que o oposto do amor não é o ódio, mas é a indiferença, é não lutar para reverter situações como essas, sabendo que as crianças podem escrever as histórias de um modo diferente. Obrigada. Eu procurei ser rápida para não atrapalhar muito a noite dos senhores.

ACAD. DR. MARCUS VINÍCIUS RAMOS – Antes de abrir a palavra para o auditório eu gostaria de cumprimentar a Dra. Roseli, a qual está de volta ao nosso convívio. Seja bem-vinda, fez muita falta aqui em nossas reuniões. Eu gostaria também de parabenizar a Dra. Elisa pela apresentação brilhante, muito emocionante e que merece todo o crédito. Lembrou-me, de certa forma, o início da minha formação lá em Sobradinho, no conceito de Medicina Integral, não é Dr. Maurício? Nós tínhamos um esboço, não com toda essa sofisticação, mas, para além da criança como um paciente, procurávamos conhecer os parentes, visitar as casas, as escolas. Bem, a palavra está aberta para quem quiser fazer uso dela.

PARTICIPAÇÃO DO AUDITÓRIO

Acad. Dr. Laércio Moreira Valença – Quero cumprimentar a Dra. Elisa e dizer que eu não conheço o Hospital da Criança. Estive lá há muitos anos, ainda nos primórdios, e depois não tive mais a oportunidade de voltar. Fiquei encantado com a distinção do trabalho que está sendo realizado no HCB e gostaria de perguntar como estão conseguindo desenvolver esse trabalho de alto nível dentro da realidade brasileira, das limitações financeiras das nossas instituições? Eu sei que há a parceria da Secretaria de Saúde e de uma outra Entidade. Como é a participação financeira de cada Entidade envolvida?

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – O Hospital da Criança é gerido por uma Organização Social – OS, o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada – ICIPE, que recebe uma verba mensal, com a qual tem que cumprir metas, qualitativas e quantitativas. Se ele não cumpre as metas, é descontado um percentual desse recurso. Mas, nós temos que cumprir as metas para garantir a Assistência e o objetivo é “*fazer mais com menos*”. Algumas vezes parte desse dinheiro é até devolvido porque as reuniões do Colegiado são bem duras, a exigência é muito grande. Chegamos a dizer: “Se for fraco, não permanece!” Às vezes, nós reclamamos quanto à desorganização, mas ao mesmo tempo achamos que Brasília tem um bom Serviço Público, apesar de todas as dificuldades pelas quais passamos. Contudo, para fazer o *Terciarismo* faltava muita coisa. Estávamos no Serviço, mas não tínhamos todas as informações gerenciais, consciência do gasto. Lá no HCB, nós temos! Por exemplo, quando prescrevíamos uma Anfotericina no Hospital de Base nós não tínhamos noção do custo e hoje, no Hospital da Criança, para prescrevermos temos que justificar muito bem, saber qual o custo do tratamento do paciente. Esse é um amadurecimento que a Equipe tem que ter. Somos menos ingênuos atualmente. Construimos sonhando, mas sabemos que a realidade é dura e as auditorias são mais duras ainda porque dentro do Conselho Administrativo, e o Dr. Jair pode confirmar isso aqui, as pessoas que assinam pela verba são todas voluntárias. Estão colocando nomes e CPFs lá como voluntários, não ganham nada por isso. Sabemos que, se esse recurso público não for bem utilizado, alguém será penalizado. Então, tem que haver prestação de contas mesmo porque somos

submetidos a auditorias do Tribunal de Contas e da SES, por meio da Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão. O próprio Hospital faz auditoria interna para não correr risco, além de contratar auditorias externas. Tudo é feito de forma muito correta para que nenhuma das pessoas que estão contribuindo para que o HCB dê certo corra o risco de ser penalizada. Os Órgãos Fiscalizadores buscaram encontrar alguma coisa que desabonasse o Hospital, mas não encontraram. Se tivessem encontrado, já o tinham fechado. Questionaram como foram feitas as licitações, porém do ponto de vista de desvios não foi encontrado nada. Até hoje, tudo isso que aconteceu com o Hospital, de certa forma, tem um lado positivo: nos dá tranquilidade. Trabalhar na SES é mais fácil porque não temos preocupação com custos. Com esse modelo de gestão, porém, temos que ser efetivos, temos que ser eficazes, e sabemos quanto gastamos. "*Tudo é na ponta do lápis.*" Agora, por exemplo, estamos calculando quantos médicos são necessários para fazer funcionar o Bloco II.

Acad. Dra. Ísis Maria Quezado Magalhães – Eu gostaria de complementar um pouquinho, Dr. Laércio! Eu penso que a forma de organização, o zelo pela coisa pública, a consciência de que é necessário produzir mais com menos e de que não pode haver desperdício, presentes nesse grupo inicial de médicos que sonhou com esse hospital, gerou em nossas mentes a necessidade de construir esse modelo de forma profissional, para poder dar certo. E ele não podia dar errado. Por isso, é que trouxemos gestores competentes, pessoas capacitadas, para que não fizéssemos nada amador nessa história. Com essa mentalidade, temos conseguido fazer o melhor. No entanto, como o senhor falou, tem a alta complexidade e às vezes precisamos ter acesso a exames complexos de Genética. Mas, nós encontramos uma saída para isso por meio de Parcerias Técnico-Científicas com outras Instituições e de recursos de uma Pesquisa denominada Pesquisa Translacional, onde nós fazemos a pergunta da pesquisa. Esses recursos de pesquisa são aplicados na Assistência. Na Oncologia, por exemplo, nós conseguimos fazer a classificação das Leucemias com o exame de Biologia Molecular e hoje nós temos certeza de que as crianças que chegam ao HCB são melhor diagnosticadas do que na rede privada. Usamos sempre a tríade: Assistência, Ensino e Pesquisa, que foi uma das estratégias para conseguirmos oferecer meios diagnósticos mais sofisticados e que seriam de custo elevadíssimo dentro do SUS. Isso é interessante e inovador.

Acad. Dr. Jair Evangelista da Rocha – Dr. Laércio, pelo que entendemos, essa sua pergunta seria uma avaliação quantitativa, numérica, dos valores que são gastos, e não de onde vêm. Desde o princípio, quando o ICIPE foi criado para gerir o HCB com o Governo, antes mesmo da celebração desse Convênio, desse Contrato de Gestão, foi feito todo um estudo de referência ótica, como a Dra. Ísis acabou de mencionar, do que seria necessário para o Hospital funcionar nos moldes que o "*Terciarismo*" exigiria para torná-lo um Serviço de Referência como ele é. Hoje nós podemos dizer em números que o custo do Hospital está em torno de 7 milhões e 700 mil reais por mês. Todo esse dinheiro envolve metas a serem atingidas e, se não o são, o recurso é retido e é devolvido à Secretaria de Saúde. Todo procedimento tem um valor, por mais simples que seja: uma consulta, um hemograma. Isso tudo é contabilizado e dentro desse orçamento. Foi feita uma confrontação entre o que o Hospital da Criança e o que um hospital da rede pública gasta por mês. O HCB gasta menos, em torno de 20 a 30% menos. O defeito da gestão de hospital geral de Serviço Público é o problema que a Dra. Elisa citou: no modelo atual, centralizado, não há essa preocupação em quantificar o que se gasta individualmente com cada procedimento. No Hospital da Criança é realizado um estudo prévio e depois são feitos o atendimento e a cobertura de acordo com o que foi planejado.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Um outro ponto importante é que, quando aumentamos a efetividade e a excelência dos serviços, diminuimos o tempo de internação e até evitamos a internação. Por exemplo, no ambulatório de Hepatologia, hoje nós solicitamos e fazemos o que precisa ser feito em termos de exames. Isso gera um custo? Gera, mas nós conseguimos dar um diagnóstico ambulatorial em duas consultas, evitando que aquela criança fique internada por 15 a 20 dias. São vários pontos a serem computados no custo, não é só aquele exame específico, mas o que ele faz. Se temos a tomografia, a cirurgia na hora certa, aumentamos a rotatividade do leito hospitalar, etc. Terminando o Bloco II as metas serão bem mais rígidas porque não adianta o Hospital ter uma alta Taxa de Ocupação, sem que haja saídas. A Taxa de Ocupação Hospitalar – TOH não é um bom indicador se enchemos o Hospital e ficamos 30 dias com os mesmos pacientes. É necessário ter número de saídas para demonstrar efetividade.

Acad. Dr. Etelvino de Souza Trindade – Agradeço a oportunidade e peço desculpas quanto à minha ignorância acerca do Hospital da Criança. Mas, entendi bem essa situação do HCB e o trabalho que ele está realizando, considerando que a Pediatria está caminhando para esses processos crônicos. No entanto, foram citadas circunstâncias emergenciais, para as quais se faz necessário um atendimento rápido, como os casos de ingestão de pilha. Primeira questão: O Hospital tem abertura para essas situações emergenciais ou passa por um crivo anterior? Segunda pergunta: Existe uma regulação, mas o Hospital tem mecanismos de intervenção ou inserção de normas dentro da rede da SES para mandar as crianças para lá de forma que isso se torne mais eficaz? Terceiro questionamento: Entendi também que estão sendo criados indicadores de desfecho no HCB. Eu penso que o grande problema do SUS é político, é como o gestor vê. Ele começa a falar que o hospital atende tantos pacientes e quantos saem curados, porém quantos repetem as mesmas consultas? Dentro desse aspecto dos indicadores, foi mencionado que as crianças melhoram de suas doenças, passando de uma situação mais grave para uma menos grave. Pergunto: Ao se fazer a auditoria, o acompanhamento dessa criança que obteve melhora, ela retorna para outro Serviço ou permanece no Hospital e vai se acumulando cada vez mais pacientes, apesar do problema do absenteísmo que é alto.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – A primeira pergunta, se há um mecanismo de proteção, vamos dizer assim, para quem precisa entrar no Hospital, a resposta é sim. Isso foi até uma “briga” nossa, entre aspas, para criar um Parecer Especializado, porque não podíamos deixar na fila uma criança com suspeita de Lúpus junto com outra com uma dor em membros, que podia se tratar de uma dor de crescimento. Mas isso tudo tem que ser feito de modo bastante correto para que o Hospital não seja acusado de estar burlando a fila. Por exemplo, se há uma criança com suspeita de Lúpus, ela não passa pelo Complexo Regulador e vai direto para o HCB com Parecer Especializado. Dessa forma, nós estamos protegendo, apesar de que no Contrato de Gestão estão estabelecidas regras para a Reumatologia, para a Gastroenterologia, etc. Agora, com o Bloco II, mudarão algumas coisas. E hoje tivemos até uma discussão acerca disso: termos umas vagas de regulação interna para proteger quem precisa, tanto os nossos pacientes quanto os novos que estão entrando. Quanto aos pacientes crônicos, existem alguns que não têm como dar alta, têm que passar no Ambulatório de Transição e serem transferidos para os adultos. No tocante ao controle de melhora, há uma conversa frequente com as equipes e o entendimento de que temos que dar alta. O médico quer dar alta e o paciente não quer receber alta, mas é necessário dar alta. Se o paciente está melhor, temos que dar alta. Mas, não podemos dar alta e

deixar o paciente “solto”. Por isso, nós mapeamos os serviços na SES para os quais podemos fazer a contrarreferência. Todavia, há várias condições... Nós não podemos dar alta, por exemplo, para uma criança que fez transplante de fígado. Ela será transferida para os adultos. Um asmático, que deixou de ser grave e passou a ser leve, pode ter a contrarreferência. Quanto ao absenteísmo, o Hospital agora, além de mandar SMS, está ligando para confirmar as consultas.

Acad. Dra. Ísis Maria Quezado Magalhães – Eu fiquei em dúvida quanto à pergunta sobre emergências. O paciente que é acompanhado no HCB e tem uma intercorrência, não é isso? Isso é importante também. Existem as especialidades que realmente o único lugar de atendimento é o Hospital da Criança. Por exemplo, uma criança admitida na Oncologia, iniciou tratamento e apresenta febre neutropênica, que pode levá-la à morte. Nós não podemos deixar que ela vá para uma Unidade Básica nessa situação. Hoje ela tem atendimento direto no 7º andar do Hospital de Base, onde há plantonistas, o que ocorrerá também com a inauguração do Bloco II do HCB. As crianças graves, que estão dentro desse rol de doenças, que são elegíveis para o HCB, se ocorre demora na entrada, a consequência é grave, no prognóstico e na vida. O acesso se dá por meio do Parecer Especializado. Mas, considerando que há auditoria, tem que haver um encaminhamento no prontuário, de onde veio, quem mandou, tudo devidamente registrado, para não gerar dúvida.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Essa preocupação é muito grande. Outro mecanismo de ingresso é o PI – Parecer Interno. O que é o Parecer Interno? Por exemplo, o paciente dá entrada pela Reumatologia e o médico solicita um Parecer da Gastroenterologia. Mas, o que estava acontecendo no Hospital? O paciente entrava por uma especialidade que era pouco concorrida, como, por exemplo, a Imunologia e depois a mãe pedia encaminhamento para a Neurologia, para a Alergia, para a Psicologia... De repente, o paciente tinha dez médicos, porque ele tinha entrado sem competir com os demais da fila. Por essa razão, foram criadas as regras do PI. Hoje, se o paciente entra para avaliar alguma doença com a Imunologia e for grave ele vai para a Alergia ou para a Pneumologia, mas, se não for, ele vai para a fila que se segue. Dessa forma, nós tentamos usar todas as ferramentas possíveis para proteger a entrada.

Acad. Dr. Emmanuel Cícero Dias Cardoso – Quero parabenizar à Dra. Elisa pela apresentação e à toda a equipe do Hospital da Criança, não só a médica, mas também as equipes multidisciplinar e administrativa, por obterem um selo de qualidade certificado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA. É um privilégio para poucos hospitais, públicos, principalmente. No Brasil existem aproximadamente 3 mil hospitais públicos e pouco mais de 40 possuem esse selo em algum nível de certificação, sendo que 10 têm nível de excelência. São três níveis: I, II e III. Adquirir um selo desse significa um trabalho de anos, e, nesse caso, começado pelo Drs. Moren e Jair. Envolve sensibilização, mudança de cultura organizacional, que é o mais trabalhoso. É uma emoção muito grande quando se recebe um selo de certificação desses, porque isso mostra que estão sendo prestados serviços de qualidade e com segurança para o paciente. Mas, por que dentre 3 mil hospitais públicos brasileiros, apenas cerca de 40 têm esse selo de certificação e em nível 1, que é o menor nível? O nível 1, de segurança, é o mínimo que cada hospital deveria ter. É aquele nível, onde todos os Serviços devem estar interligados e têm que cumprir todas as normas e leis. Curiosamente, no Distrito Federal nenhum hospital público é certificado e, se não me falha a memória, existem apenas um ou dois hospitais privados, em algum nível de excelência. Como é que a senhora avalia esse cenário?

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Tivemos muito trabalho, mas foi uma experiência enriquecedora. Pediatra gosta de escrever e de tudo certinho. Por isso, achávamos perfeitos os nossos prontuários: diagnóstico do paciente, se está usando ou não imunobiológico, dias de tratamento, status vacinal e nutricional... A Equipe da Qualidade, porém, vem e aponta o que falta no prontuário, aspectos que nós não enxergamos. Um exemplo é a vacina da Alergia: local de armazenamento e dispensação; modo de transporte e de acondicionamento; temperatura adequada, da geladeira onde é guardada e para transporte, porque é termolábil. Muitos detalhes, todos devidamente registrados, mas foi um crescimento grande. Na verdade, esse foi o primeiro passo, porque agora o Hospital é reavaliado a cada onze meses.

Acad. Dr. Emmanuel Cícero Dias Cardoso – Qual foi o nível de certificação?

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Foi o 1 e o ONA nível 1 já é difícil.

Acad. Dr. Emmanuel Cícero Dias Cardoso – Sim, é difícil.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – É difícil, mas foi um crescimento muito grande porque havia pontos que achávamos estar fazendo certo, no entanto as exigências demonstraram que não.

Acad. Dra. Izelda Maria Carvalho Costa – Parabéns por acreditarem e fazerem. Minha preocupação é apenas com a questão da contrarreferência porque esse é um problema que temos no Hospital Universitário de Brasília – HUB. Quem vai acolher a criança que não é mais nível terciário? Muitas vezes acabamos ficando com elas.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Esse é um desafio! Nós chamamos todos os grupos da rede, especialidade por especialidade; mapeamos; e fizemos parcerias. De repente, uma das pessoas envolvidas entra de Licença Maternidade e ocorre alguma solução de continuidade nesse processo, mas nós continuamos tentando e a criança não deixa de ser atendida.

Acad. Dra. Ísis Maria Quezado Magalhães – Há uma experiência interessante que é a do Ambulatório de Transição do Programa da Anemia Falciforme. O HCB é referência em Anemia Falciforme, desde a Triagem Neonatal, mas os pacientes não precisam ser atendidos lá o tempo todo. Nas crises agudas de dor, eles vão para a rede da SES. Todavia, nós tínhamos uma grande preocupação em relação à transição porque as estruturas de adulto não estavam organizadas. Então, ficávamos feito “*velcro*”, com os “*meninos grandes agarrados a nós*” porque tínhamos medo que ficassem “*soltos*”. Entendemos, porém, que não havia outro jeito: a transferência precisava ser feita, pois recebíamos pacientes novos a cada mês. Em razão disso, decidimos que os pacientes ingressariam no Programa de Transição aos 17 anos, quando fazíamos toda a Revisão de Sistemas, todos os exames e o seu referenciamento para a Unidade de Hematologia de Adultos. Naquele ano, o paciente deveria ter duas consultas com os adultos, após o quê sabíamos que a transferência de fato ocorreu e que ele havia sido acolhido lá. Esse é um dos Programas que está funcionando bem. Agora, aquela criança grande, de 21, 22 anos, com paralisia cerebral, é uma complicação porque o pessoal da Neurologia não quer assumir. É complexo!

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Eu particularmente tenho tido dificuldade na contrarreferência dos “*pequenos*”, mas no Ambulatório de Transição estão em família, então, acontece.

Acad. Dr. Mário Pedro dos Santos – Boa noite! Sou o Dr. Mário Pedro, urologista. Parabéns pela apresentação, foi ótima! A minha preocupação é com a demanda reprimida cirúrgica, pois observei que há um número em torno de 9 mil e nós estamos com dois pacientes da Urologia, com indicação cirúrgica, os quais foram atendidos no HCB e foram orientados a voltar dentro de seis meses. O que está acontecendo? Há alguma maneira de ajudar?

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Atualmente o Hospital da Criança, por não ter retaguarda de leitos de UTI, só realiza cirurgias de pequeno porte, no Bloco I. Mas, esse problema tem data marcada para acabar, com a inauguração do Bloco II em setembro deste ano, quando abrirão as salas do centro cirúrgico, leitos de internação e dez leitos de UTI. Até fevereiro de 2019 serão cinco salas de cirurgia, além das três ambulatoriais, e 38 leitos de UTI. Isso terá um grande impacto para nós da área clínica, mas terá uma repercussão muito maior para a área cirúrgica porque hoje, lá no Hospital de Base, os cirurgiões pediátricos têm apenas duas ou três vagas para operar por semana. No HCB terão cinco salas pela manhã e à tarde, todos os dias. As salas cirúrgicas, inclusive, já são interligadas para viabilizar transplantes inter-vivos; têm cabeamento de rede para o auditório, caso queiramos realizar algum curso com transmissão simultânea, por videoconferência. E, além disso, temos o Laboratório de Pesquisas. O Bloco I, embora com cirurgia de pequeno porte, ajudou muito porque os cirurgiões pediátricos têm operado bastante. As cirurgias de porte maior serão no Bloco II.

Acad. Dra. Alba Mirindiba Bomfim Palmeira – Eu não quero perguntar nada, quero apenas dizer que sou testemunha de tudo isso e, ainda, que o Hospital de Base foi a "*Escolinha do Professor Moren*" e depois do Dr. Jair, onde vi nascer esse sonho. As falas dos senhores me remeteram a um pensamento de Walt Disney: "Se nós podemos sonhar, podemos realizar!" Quando a Dra. Ísis falou: "*nós temos a tríade da Assistência, Ensino e Pesquisa*", me fez lembrar os muitos anos que trabalhei no Hospital de Base com a questão da certificação como Hospital de Ensino. Hospital de Ensino é fundamentado em quatro eixos: Gestão, Assistência, Ensino e Pesquisa e na Pediatria do HBDF esses quatro eixos sempre funcionaram de forma bem adequada. Em função do Contrato de Gestão firmado com o Ministério da Saúde, para o recebimento do recurso específico como Hospital de Ensino, nós tínhamos metas qualitativas a cumprir. Por essa razão, acompanhávamos os indicadores do Hospital e a Unidade de Pediatria era considerada modelo: tinha uma grande Taxa de Ocupação, mas com um Tempo Médio de Permanência Hospitalar – TMPH e um Intervalo de Substituição de Leito – ISL pequenos, dentro dos padrões de Literatura para uma Unidade Clínica.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Hoje está 0 ou -1.

Acad. Dra. Alba Mirindiba Bomfim Palmeira – Ótimo! Quando iniciamos o Planejamento Estratégico no Hospital de Base, no ano de 2008, havia apresentação mensal dos indicadores de cada Unidade pelas respectivas Chefias, no auditório, e a Unidade de Pediatria já era um modelo a ser seguido. Hoje, vemos que os senhores conseguem fazer muito mais do que faziam, e já faziam muito, porque a Unidade de Pediatria sempre foi muito bem organizada, pelo aspecto da gestão, que foi melhorada. O Hospital da Criança tem um ambulatório cuja resolubilidade reflete na internação. Com um ambulatório resolutivo, os senhores não precisam fazer no HCB o que faziam no HBDF: internar o paciente para investigar. No ambulatório, o paciente tem seu problema resolvido, é diagnosticado e tratado, deixando a internação para aqueles

pacientes que realmente necessitam de um leito hospitalar. Então, meus parabéns, pois esse foi um sonho muito bem sonhado, de dedicação e compromisso, e hoje vemos o reflexo de tudo isso, apesar de todas as dificuldades que têm enfrentado com a Justiça. Agora há pouco eu estava comentando com a Dra. Ísis acerca da vitória que os senhores obtiveram no último dia 21, quando o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios – TJDFT manteve a gestão do HCB por conta do ICIPE, justamente por causa do bom desempenho do Hospital. Isso é mérito dos senhores, que merecem os parabéns pelo trabalho de outrora, pelo trabalho de hoje e pelo que já sabemos que será feito no futuro.

Acad. Dr. Maurício Gomes Pereira – Meus parabéns, Dra. Elisa! Eu gostaria de me reportar agora ao Dr. Emmanuel. Eu era editor da JANECA e o Dr. Emmanuel, Vice-Presidente da Associação Médica de Brasília – AMBr, e, nessa mesma época, começou um Programa de Acreditação Hospitalar no Brasil. Fui contratado como consultor desse Programa para fazer um Manual de Organização Hospitalar, o qual foi testado em UTI, em Taguatinga, durante quatro dias. Eu fiquei encantado com a questão da organização hospitalar, tanto que escrevi vários artigos na revista Brasília Médica. Por ocasião da acreditação do HCB pela ONA, lembrei de quando eu estava construindo o Manual, em que pensava que hospital, como um hotel, deveria ter classificação: cinco estrelas, quatro estrelas. Então, falei: *"Se eu tiver um acidente na Bahia ou em Brasília, onde é que tem um hospital acreditado cinco estrelas? Eu queria ir para ele!"* Pensei assim, mas a ideia não foi para frente, o que foi uma pena. Isso foi nos anos 90 e eu nunca mais li sobre o assunto. A explicação que eu tenho para essa interrupção é que o Programa foi iniciado por um ministro do Rio Grande do Sul, Albuquerque, cujo sucessor, como sempre acontece no Brasil, não deu continuidade. Mas, pretendemos voltar! Temos conhecido pessoas, funcionários, que são encantados com o Hospital; pacientes que estão maravilhados com o atendimento. Quer dizer, temos tudo para fazer pesquisa. O hospital público, em geral, é desorganizado, mas é o lugar ideal para pesquisar, apesar de sofrermos com a questão da informação. A informação é um dos nossos problemas lá na Pós-Graduação. Algumas vezes não achamos o prontuário, noutras encontramos, mas não obtemos a informação que procuramos ou não conseguimos ler o que está escrito e, assim, não sai a pesquisa. Como os senhores controlam esse tipo de problema?

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – As Diretrizes ajudam muito nisso, na medida que elas já definem na história todos os dados que necessitam ser coletados. Um outro ponto que deu uma contribuição significativa, mas que foi objeto de batalha judicial neste semestre, foi a instalação do MV Soul no Bloco 2, sistema de informática de gestão hospitalar 100% integrado, que reúne a parte de controladoria, de estoque, de suprimentos e o prontuário eletrônico do paciente. Na hora que estamos construindo as fichas do MV, com o que tem de histórico clínico e no resumo de alta, nós já vamos pensando na coleta de dados para pesquisa. Temos um protocolo e não podemos fechar aquela página sem preencher, o que garante a coleta dos dados.

Acad. Dr. Marcus Vinícius Ramos – Muito bem. Foi ótima a apresentação e eu quero agradecer à Dra. Elisa, dizendo que ela já deveria tê-la feito antes, porque realmente nós não tínhamos ideia do que estava sendo feito no HCB, e pedindo que nos deixe uma cópia para os nossos arquivos. Eu quero agradecer também a participação da plateia, pois praticamente metade dela se manifestou e questionou. O terceiro item, e esse eu me sinto na obrigação de citar, é que dificilmente o idealizador de um sonho o vê realizado. E nós temos dois aqui: o Dr. Moren e o Dr. Jair. Isso é um privilégio e um privilégio que só se encontra em uma Academia como a nossa, onde várias gerações

convivem de forma muito harmônica. Então, eu penso que o nosso objetivo, o seu principalmente, foi atingido. Eu quero lembrar a todos que o nosso semestre se encerra no próximo dia 7 e que teremos mais uma comemoração da nossa Academia, para a qual solicito que confirmem presença. Em julho, a partir do dia 7 até o final do mês, a Academia entrará em recesso e a Sra. Renata sairá de férias.

Acad. Dra. Elisa de Carvalho – Eu vou providenciar a cópia do material, mas tenho que ver, porque para a ONA, nós imprimimos 500 exemplares do Caderno do Paciente e apenas 100 do Caderno do HCB, pelo receio de que ficasse obsoleto na medida do surgimento de novos conhecimentos. Agora, já saíram outras Diretrizes e foram impressos só 10 cadernos de cada uma delas, dessa parte técnico-científica.

Acad. Dr. Marcus Vinícius Ramos – Perfeito. Então, muito obrigado mais uma vez, e uma salva de palmas pela sua apresentação.