

**Relatório preliminar da Comissão Temporária do Senado Federal, destinada a acompanhar, *in-loco*, os atos, fatos e circunstâncias que envolvem a tragédia da Clínica Santa Genoveva, no Bairro de Santa Tereza, bem como nas demais Casas Geriátricas no Rio de Janeiro.**

**Requerimento N° 555/96, de autoria da Senadora Benedita da Silva, lido na Sessão de 05.06.96 e aprovado no dia 11.06.96**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. APRESENTAÇÃO
3. CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO
4. OBJETIVOS
5. DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS
6. RESULTADOS DAS INSPEÇÕES REALIZADAS
7. CONSIDERAÇÕES GERAIS
8. RECOMENDAÇÕES
9. ENCAMINHAMENTO

## **1. INTRODUÇÃO**

O Parlamento exerce, na vida pátria, o relevante papel de observador atento da realidade, auscultando atenciosamente os anseios da sociedade, registrando de pronto suas necessidades candentes e, de posse de tais elementos, inquieta-se, movimenta-se e age de forma a tentar redesenhar o perfil objetivo das estruturas que conformam a anatomia sociopolítica do organismo nacional.

Atendendo à sua designação constitucional, o Senado Federal, em vista dos acontecimentos na Clínica Santa Genoveva, veiculados à abundância pelos meios de comunicação, tomou a si a tarefa de averiguar, “in loco”, as circunstâncias em que se deram as numerosas lesões corporais e mortes de pacientes idosos, importando na abertura de inquérito policial por maus tratos e homicídio culposo, dando ensejo este fato a uma averiguação mais ampla do estado do atendimento à saúde da população nas demais clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde, no Rio de Janeiro.

Tratando-se de aplicação de recursos públicos em uma área sabidamente carente, ressalta ainda mais a necessidade de intervenção do Senado Federal, vez que a fiscalização da destinação desses recursos, pelo Poder Executivo, constitui ofício indeclinável por parte do Legislativo.

Por fim, as suspeitas de malversação de verbas públicas, aliadas à assistência médico-social precária de idosos, fazem mandatória a iniciativa a que serviram de causa.

## **2. APRESENTAÇÃO**

O presente relatório consiste da exposição de resultados e constatações surgidas durante as visitas às clínicas selecionadas e no curso de auditorias realizadas pela Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da saúde, pelo Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, pela Comissão Especial da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, e do Gerenciamento Supervisionado na Clínica

Santa Genoveva efetivado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Houvemos por oportuno acrescentar-lhe considerações de ordem geral acerca da situação da assistência ao idoso e do montante de recursos públicos alocados nessa atividade, no âmbito da política nacional de assistência à saúde.

Devemos assinalar que a farta produção de dados por essas instâncias facilitou-nos, sobremaneira, a confecção do presente Relatório, aduzindo fatos essenciais à compreensão crítica da situação existente nas Clínicas de Apoio da cidade do Rio de Janeiro, chancelados pela fé e credibilidade públicas de que gozam as instituições já mencionadas, fornecedoras das evidências aqui consignadas.

### 3. CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

A Comissão Temporária do Senado Federal, destinada a acompanhar, *in loco*, os atos, fatos e circunstâncias que envolvem a tragédia da Clínica Santa Genoveva, no bairro de Santa Teresa, bem como nas demais casas geriátricas do Rio de Janeiro, foi instituída pelo Requerimento nº 555, de 1996, de autoria da Senadora Benedita da Silva, com fundamento nos artigos 71 e 74 do Regimento Interno desta Casa.

É composta de dez membros titulares e igual número de suplentes, estando assim constituída:

PRESIDENTE: Senadora Benedita da Silva

VICE-PRESIDENTE: Senador Ney Suassuna

RELATOR: Senador José Alves

#### **Senadores Titulares**

JOSÉ FOGAÇA – PMDB/RS

NEY SUASSUNA – PMDB/PB

SEBASTIÃO ROCHA – PMDB/AP



JOSÉ ALVES – PFL/SE  
ROMERO JUCÁ – PFL/RR  
JOSÉ BIANCO – PFL/RO  
ARTUR DA TÁVOLA – PSDB/RJ  
LUCÍDIO PORTELA – PPB/PI  
VALMIR CAMPELO – PTB/DF  
BENEDITA DA SILVA – PT/RJ

### **Senadores Suplentes**

GÉRSO CAMATA – PMDB/ES  
MAURO MIRANDA – PMDB/GO  
JÚNIA MARISE – PMDB/MG  
JOÃO ROCHA – PFL/TO  
WALDECK ORNELAS – PFL/BA  
JONAS PINHEIRO – PFL/MT  
JOSÉ IGNÁCIO FERREIRA – PSDB/ES  
EMÍLIA FERNANDES – PTB/RS

Quanto aos prazos da Comissão, faz-se mister assinalar que o Requerimento que ensejou a sua criação foi lido na Sessão do dia 05 de junho de 1996 e, no dia 11 do mesmo mês, foi aprovado o Requerimento de nº 555, de autoria da Senadora Benedita da Silva e outros, solicitando urgência, nos termos da alínea “a”, do art. 336, do Regimento Interno do Senado Federal, tendo sido aprovado no mesmo dia. Os membros da Comissão foram indicados nos dias 11 e 12 de junho, tendo a reunião de instalação ocorrido nesse mesmo dia, quando foi eleita a Senadora Benedita da Silva para a Presidência, e os Senadores Ney Suassuna e José Alves, para a Vice-Presidência e Relatoria, respectivamente.

Esgotado o prazo inicial, de noventa dias, em 11 de setembro de 1996 foi lido e aprovado o Requerimento de nº 914, de autoria da Senadora Benedita da Silva, solicitando a prorrogação do prazo para a finalização dos trabalhos da Comissão até o dia 15 de dezembro, tendo por supedâneo a alínea “a”, § 1º, art. 76, do Regimento Interno do Senado Federal.

Considerando o acúmulo de matérias a serem apreciadas no final do ano, o recesso parlamentar e a convocação, com base no mesmo preceito regimental, mais duas prorrogações foram feitas pelo Requerimento nº 1.215/96, de 12 de dezembro e, finalmente, pelo Requerimento 193/97, de 13 de março do corrente ano, que prorroga o prazo até 17 de abril.

#### 4. OBJETIVOS

Como já exposto, a finalidade básica desta Comissão consistiu em “acompanhar, *in loco*, os atos, fatos e circunstâncias que envolvem a tragédia da Clínica Santa Genoveva, no bairro de Santa Teresa, bem como nas demais casas geriátricas do Rio de Janeiro.”

No âmbito desse desiderato genérico, a Comissão propôs-se a:

- 4.1 – Promover visitas aos locais dos acontecimentos referidos, no Rio de Janeiro.
- 4.2 – Oitiva e promoção de contatos com autoridades e pessoas envolvidas nos acontecimentos.
- 4.3 – Realização de audiências públicas.
- 4.4 – Solicitação de documentos e relatórios acerca de diligências e auditorias realizadas pelas autoridades estaduais, municipais e federais.
- 4.5 – Confecção de Relatório Final que, uma vez aprovado, será impresso, divulgado e oficialmente encaminhado aos órgãos e autoridades direta ou indiretamente conexos aos acontecimentos verificados.
- 4.6 – Contribuir para o processo de melhoria das atividades fiscalizadoras do setor médico-assistencial, principalmente no que concerne ao funcionamento das clínicas de apoio, receptoras de pacientes classificados como *fora de possibilidades terapêuticas*.



## 5. DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS

### 5.1 – DEPOIMENTOS TOMADOS

Foram ouvidos o então Ministro de Estado da Saúde, Dr. Adib Jatene, o Presidente do Sindicato dos Médicos no Estado do Rio de Janeiro, Dr. Luís Roberto Tenório e o Sr. Eduardo Spínola, sócio-proprietário da Clínica Santa Genoveva.

O Sr. Ministro de Estado esclareceu aos membros da Comissão quanto aos critérios de repasses de recursos do SUS aos estabelecimentos credenciados e conveniados, e reportou as providências de seu Ministério com vistas à resolução da crítica situação dos estabelecimentos objetos do exame desta Comissão.

O Dr. Luís Roberto Tenório dissertou acerca da precária situação das Clínicas de Apoio no Estado do Rio de Janeiro, tendo sido ele o autor das denúncias que vieram a se materializar nas diversas Comissões e Auditorias que se instalaram por ocasião da eclosão do escândalo da Clínica Santa Genoveva.

O Sr. Eduardo Spínola procurou, em seu depoimento, justificar os graves acontecimentos constatados na Clínica Santa Genoveva, argumentando tratar-se de exploração político-partidária e da imprensa de acontecimentos perfeitamente usuais em estabelecimentos congêneres.

### 5.2 – VISITAS ÀS CLÍNICAS SELECIONADAS

Nos dias 21 e 22 de junho de 1996, os Senhores Senadores Benedita da Silva e José Alves, Presidente e Relator da Comissão, respectivamente, visitaram diversas clínicas geriátricas na cidade do Rio de Janeiro.

Inicialmente, fez-se uma visita ao Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro, onde a Diretoria deste discutiu com os Senhores

Senadores o funcionamento dos estabelecimentos que acolhem os denominados pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica. A seguir, o Presidente do referido Sindicato, Dr. Luis Tenório, dispôs-se a acompanhar a Comissão em suas visitas às Clínicas de Apoio.

Visitou-se a Casa de Saúde Gabinal e, posteriormente, a Casa de Saúde Campo Belo, a maior do gênero no estado, com cerca de quatrocentos e trinta pacientes internados. Os Senhores Senadores mantiveram diálogos com alguns desses pacientes, sendo informados acerca do tratamento que recebiam nesse estabelecimento.

Na visita à Clínica Santa Genoveva, então desativada, observaram-se as precárias condições de funcionamento dessa, embora uma avaliação mais acurada já não fosse possível.

No dia 22.06.95, foram realizadas visitas às Clínicas Santa Rita e São Benedito, sendo esta a que apresentava condições mais precárias de atendimento à população de internos, e aquela a que exibia instalações e recursos mais compatíveis a um atendimento médico-hospitalar adequado.

Por fim, constatou-se que todas as clínicas visitadas foram previamente reformadas, prevendo-se uma fiscalização futura, após os episódios ocorridos na Clínica Santa Genoveva.

### 5.3 – ASSESSORAMENTO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO

O assessoramento técnico e administrativo à Comissão foi prestado pelos seguintes órgãos e pessoas:

1. Consultoria Legislativa do Senado Federal  
Ubiramar Lopes de Sousa, Consultor Legislativo.
2. Serviço de Comissões Especiais e de Inquérito  
Naurides Barros, Secretário.



## 6. RESULTADOS DAS INSPEÇÕES REALIZADAS

### 6.1 – GERENCIAMENTO SUPERVISIONADO NA CLÍNICA SANTA GENOVEVA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Optamos por apresentar, um tanto minuciosamente, os resultados obtidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro quando da realização de supervisão e auditoria, no período compreendido entre 30.05.96 a 18.06.96, pela abundância de informações e qualidade e critério utilizados durante o processo fiscalizatório, que contou com uma numerosa equipe de especialistas, valendo-se das técnicas laboratoriais e procedimentos de auditoria refinados para o levantamento diagnóstico da situação da Clínica Santa Genoveva, alvo precípua do acompanhamento efetuado por esta Comissão.

Dessarte, os itens listados a seguir, de 6.1.1 a 6.1.11 são transcrições literais do mencionado relatório.

#### 6.1.1 – LIMPEZA

“No momento da visita a limpeza estava insatisfatória tendo em vista o acúmulo de água no piso.

O total de funcionários na limpeza é de 33 (trinta e três), distribuídos em 16 (dezesseis) no bloco masculino e 12 (doze) no bloco feminino, mais 03 (três) no horário noturno e 02 (duas) encarregadas.

Segundo as encarregadas a limpeza do chão e mobiliário é feita diariamente com sabão, cloro, desinfetante e creolina.

Os materiais utilizados são da marca DYEL sem conter no rótulo qualquer identificação das substâncias e registro do Ministério da Saúde, o que nos impede uma melhor avaliação de eficácia da limpeza.

Verificamos também durante nossa observação que não eram utilizados luvas, botas e aventais.

#### 6.1.2 – ASSISTÊNCIA MÉDICA E CUIDADOS GERAIS

Examinando os “prontuários” e folhas de evolução e prescrição médica, podemos avaliar a qualidade de assistência médica prestada pela Clínica.

Quando chegamos no 1º dia de Supervisão era o 3º dia do mês, de modo que até dia 3 observamos que todas as folhas de evolução médica renovadas mensalmente, foram preenchidas diariamente. A maioria delas com anotação sucinta como: “sem alterações clínicas de nota” ou “cl clinicamente estável N.D.N.”. Presenciamos vários médicos de rotina fazendo visita aos pacientes nas enfermarias, mas segundo relato da enfermagem antes da ocorrência da denúncia a visita do profissional era feita de 3/3 dias.

Não notamos pedidos de exames complementares, nem a folha de registro de resultados dos mesmos. Em alguns pacientes que apresentavam naquele dia quadro diarréico, não observamos evolução clínica correspondente.

Examinamos em pacientes acamados vários casos de escaras de decúbito, demonstrando falta de cuidados prestados para mobilização e, principalmente, no auxílio para higiene, banho e refeição, mesmo considerando que a relação de pacientes/pessoal de enfermagem está suficiente. O aspecto do posto de enfermagem era de abandono e espelha a deficiência da assistência, justamente quando o perfil de doentes necessita de diversos cuidados de enfermagem.

Observamos em várias alas a presença de alguns pacientes que naquele momento apresentaram quadro de descompensação clínica ou com estado mental alterado. Estes pacientes que deveriam receber atenção cuidadosa devido a hidratação venosa, controle de balanço hídrico, oxigenioterapia ou avaliação freqüente do estado mental, estão misturados entre outros pacientes clinicamente compensados. Estes mereceriam uma ala

intermediária com equipamento e quadro pessoal específico para maior atenção médica.

### 6.1.3 – ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem é formada por 03 categorias: enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Observamos a existência de livro de ordens e ocorrências em todos os postos e livro de registro geral na supervisão. Não há divisão diária de tarefas pela equipe. Muitas vezes observamos o mesmo número de funcionários para alas em que todos os pacientes estão acamados e alas onde 90% dos pacientes está deambulando. Tal fato leva a prejuízos à assistência. O total informado de funcionários foi de 134. Ao avaliarmos a escala de enfermagem, observamos que 56% dos recursos humanos estão lotados no período diurno e 44% no período noturno, com um absenteísmo global de 15%, porém com 71% das faltas aos plantões concentradas no período noturno o que inviabiliza a assistência aos pacientes internados.

Em relação à aplicação das técnicas, observamos que nem todas eram utilizadas, por exemplo: cateterismo vesical coletado em frasco de soro. Não havia controle de medicação por paciente, técnica banho de leito. Os pacientes não são agrupados pelos níveis de dependência, não havendo assim melhor aproveitamento dos recursos humanos.

### 6.1.4 – MORBIDADE

Estudando os prontuários dos pacientes a partir do anamnese de admissão, temos na maioria dos casos dois a três diagnósticos registrados. Nas enfermarias FEMININAS, notamos uma taxa de ocupação de 81,5 % dos 103 leitos disponíveis. Aproximadamente 80% são seqüelas de AVC com faixa etária mais elevada do que nas alas MASCULINAS. Examinando leito a leito e os doentes que circulam nos corredores e as informações da enfermagem, constatamos alguns pacientes que aparentemente apresentam quadro psiquiátrico a definir, embora não encontramos os diagnósticos mentais, até



porque não se encontra nenhum psiquiatra dentre o corpo clínico. Em compensação observamos nas prescrições médicas, uso de medicamentos controlados como HALDOL, FENOBARBITAL, além do uso comum de benzodiazepínico entre muitos pacientes sem história psiquiátrica. 15 % dos pacientes foram diagnosticados como senis ou apresentando quadro de arteriosclerose ou variante de degenerações cerebrais. Apenas poucos casos de pacientes com neoplasia diagnosticada, são considerados FPT (4 casos de câncer) e 5 casos com diagnósticos de tumores benignos que não justificam sua internação.

A partir de uma avaliação clínica superficial, não considerando o perfil social ou condição familiar, é provável que cerca de 40 % desses pacientes apresentem condições clínicas de alta, mesmo que alguns necessitem de continuação de tratamento ambulatorial ou fisioterápico.

A partir da listagem fornecida pela Clínica, dos CIDs principais dos 271 pacientes existentes em 1.06.96, agrupamos em categorias similares ou afins de várias patologias codificadas e obtivemos 6 grandes grupos de pacientes:

1. Idosos asilados com diagnósticos de arteriosclerose + senilidade, mas clinicamente compensados;
2. Seqüelas de AVC ou transtorno vascular encefálico com alguma dificuldade de locomoção;
3. Seqüelas de pós trauma, sejam de problemas osteo-articulares ou ortopédicos, sejam casos de amputação das extremidades, casos de traumatismo raqui-medular e pós TCE;
4. Diversos pacientes com doenças crônicas como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, hepatopatias, insuficiência vascular crônica, polineuropatia e alguns casos admitidos com desnutrição sem causa primária explícita;
5. Neoplasias com ou sem metastase;
6. Patologias psiquiátricas a definir.



### 6.1.5 – PERMANÊNCIA DE PACIENTES

Observamos na Clínica todos os pacientes com longa permanência de internação, mantida pelo sistema de pagamento por diária na modalidade FPT (4), que permite as prorrogações após 107 dias de internação. (Portaria nº 22, de 10 de fev. de 1994. D.O.U. 11.02.94). Praticamente não há alta dos pacientes. Há rotatividade com óbitos ou transferências entre clínicas contratadas pelo SUS. O sistema de distribuição e emissão de AIH dos pólos emissores não possui condição de controle dessas transferências nem avaliação exata de cada paciente, baseando-se apenas na confiabilidade dos dados preenchidos nos LAUDOS MÉDICOS emitidos pelo corpo clínico, no momento da substituição de AIHs, por continuação da permanência desses pacientes. Nem o LAUDO oficial elaborado pelo antigo INAMPS, possui o campo que registra 1º data de admissão do paciente, impossibilitando conhecimento pelo emissor do tempo de permanência.

A CAPI iniciou trabalho de detecção desses pacientes ao incluir na sua planilha de solicitação da emissão de AIH, coluna da data da 1ª admissão da Clínica, permitindo um estudo de permanência desses pacientes prestadores. Indagado sob as condições de alta de paciente ao seu domicílio, alguns, inclusive, não possuem mais a família ou a residência. O tempo de permanência elevado deve ser avaliado e normatizado através de supervisão e impondo-se preenchimento de protocolo específico, após o qual poderá ser ou não emitida nova AIH após 107 dias.

ANO DE ADMISSÃO	TOTAL	%
Até 90...	13	5,1
91	10	3,9
92	25	9,9
93	30	11,9
94	30	11,9
95	60	23,8
96	80	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Dos 255 pacientes, 252 tem a data de admissão. ao classificar ano de admissão temos um quadro abaixo discriminado.

### 6.1.6 – ÓBITOS

Consultamos o livro de óbitos da Clínica, para quantificar a série mensal histórica, desde janeiro/95. Notamos um aumento progressivo de óbitos desde outubro/95. A média foi duplicada e até triplicada em relação aos 9 meses iniciais de 95, mas a Clínica não sabe informar números de internos por mês, deste período. Não trabalha com mapas de indicadores ou taxa de mortalidade. Sabemos, no entanto, pela enfermagem, que houve aumento de admissões desde o último trimestre de 95.

Para calcular as taxas de óbito pela AIH, consultamos a planilha do MS-SAS com relação quantitativa de AIH de FPT produzidos no mês de out./95 a março/96 e o setor de faturamento da Clínica em relação aos dados de abril e maio/96. Este último instrumento expressa, com pequena diferença, o número de pacientes internados/mês, pois corresponde ao faturamento do mês naquela unidade.

Analisando a tabela dessa taxa de óbito pela AIH crônico, temos uma média de 5,5% do ano de 1995, 6,6% no 2º semestre de 95 e 9,5% de janeiro a maio/96. Para melhor análise, é necessário comparar essas taxas com as de outros prestadores com o mesmo perfil de pacientes.

Por não termos acessos aos prontuários dos casos de óbitos, que naquele momento estava em poder das autoridades do Ministério e da Secretaria de Estado de Saúde, não foi possível estudo aprofundado dos casos de óbitos nos últimos meses.

**Relação de AIH Produzidas e Óbitos na Clínica Santa Genoveva  
Julho/95 – Maio/96**

1995				1996		
MÊS	AIH PROD	ÓBITOS	TX.	AIH PROD.	ÓBITOS	TX.
JAN.		14		359	35	9.7
FEV.		14		346	24	6.9
MAR.		25		345	29	8.4
ABR.		09		372	33	8.8
MAI.		04		387	53	13.7
JUN.		13				
JUL.	282	08	2.8			
AGO.	280	18	6.4			
SET.	272	11	4.0			
OUT.	287	21	7.3			
NOV.	315	27	8,6			
DEZ.	367	39	10.6			
<b>TOTAL</b>	<b>3665</b>	<b>203</b>	<b>5,5</b>			

FONTE: Planilha – MS/SAS/DCAS

Este quadro torna necessária a normatização por parte do Ministério da Saúde, uma redefinição técnica dos casos clínicos considerados CRÔNICOS ou FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA (FPT). Esta é uma modalidade vaga que abriga doentes e doenças geriátricas, vasculares, ortopédicas, traumas, cânceres, neuropsiquiátricos e sociopatas. É importante enumerar as patologias que podem ser motivo de internação, com protocolo claro para que o órgão emissor de AIH possa se conduzir de maneira adequada ao aceitar os laudos médicos emitidos pelos prestadores.

#### 6.1.7 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Um dos objetivos da nossa supervisão é o levantamento de dados referente a procedência ou porta de entrada, tempo de permanência de



internação e quadro de morbidade dos pacientes. Este último torna-se necessário, pois pelo SIH-SUS, todos foram enquadrados no único e exclusivo procedimento chamado CRÔNICO ou FORA de POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA, código 85.500.70-4.

Necessitando de coleta de dados, deparamos com ausência de sistema de informação. Alguns aspectos devem ser considerados:

I – Não há prontuário médico propriamente dito, como nós concebemos no sistema hospitalar. O documento do paciente existente no Posto de Enfermagem, no qual consultamos, consiste em:

a) Folha de identificação, precariamente preenchida, servindo apenas como instrumento contábil de faturamento.

b) Folha de admissão, contendo anamnese e exame físico, confeccionada quando da chegada à Clínica, cuja qualidade de informações depende muito do interesse e formação da equipe que recebe, mas raramente encontramos uma anamnese bem feita.

c) Folha de evolução e prescrição médica. Essa folha é renovada mensalmente. Após o fechamento do mês, elas são arquivadas no setor de faturamento, separadas e amarradas por alas de enfermos.

2 – A qualidade de informação é péssima; quase não encontramos os dados de identificação relativos aos doentes, como data de nascimento, idade, endereço, procedência ou dados sócio-familiares e data de admissão.

3 – Os dados mais completos de identificação dos pacientes, como a data de admissão e procedência foram coletados nos fichários nominais, com numeração correspondente ao número do prontuário, encadernados em blocos, guardados na recepção do prédio Central.

No levantamento de morbidade temos 3 fontes distintas de informação:

- 1 – das próprias fichas de admissão e evolução de pacientes;
- 2 – da listagem com CID principal fornecida pela Clínica (relação de 01.06.96);



3 – observação de pacientes na enfermaria, nos corredores e prescrições médicas.

#### 6.1.8 – AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

Nos dias 10 e 11 de junho do corrente mês, o gerenciamento supervisionado especificou a atenção à saúde mental, convidando, inclusive, especialistas para contribuir. Havia informação da direção da Clínica de que encontraríamos ali apenas 4 pacientes psiquiátricos.

Foi adotada a estratégia de se providenciar o levantamento global dos pacientes que continuavam internados na Santa Genoveva naquele dia e identificar os diagnósticos e as respectivas prescrições de medicamentos.

Nesses dias, acessamos 186 prontuários, constatando, com surpresa, que 74 pacientes tinham diagnóstico psiquiátrico ou faziam uso de drogas psicoativas, exceto o uso do diazepam como única droga.

#### **Sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos**

Ao examinarmos os 186 prontuários selecionados foi descartado do foco do estudo o grande contingente de pacientes que faziam uso somente de benzodiazepínicos como psicofármaco.

Ou seja, a maioria dos pacientes internados na Clínica Santa Genoveva faz uso de algum derivado do diazepam, mesmo os pacientes mais idosos. Evidencia-se um uso indiscriminado desses medicamentos (derivados benzodiazepínicos), sem critério clínico preciso e sem avaliação rotineira de adequação da dose. Cabe observar que a utilização continuada de benzodiazepínicos produz farmacodependência e, em pacientes idosos, sua utilização deve sempre requerer protocolos de reavaliação, face à redução do metabolismo do idoso, da meia-vida longa da maioria dos benzodiazepínicos mais utilizados e os conseqüentes riscos de acumulação da droga e seus metabólicos ativos durante o uso prolongado dessa medicação.

Diversos autores relatam que as mudanças nas respostas dos receptores celulares dos idosos, bem como a diminuição do seu número, acarretam menor resposta funcional e tornam os tecidos mais vulneráveis a doses normais. O número de néfrons funcionantes decresce, em média, 30 a 40% com a idade avançada. Como a maior parte da substância é eliminada na urina, e tanto o diazepam como os seus metabólitos ativos têm meia-vida plasmática de um ou dois dias, o acúmulo da droga acaba por induzir à sedação, ataxia e incoordenação. Também são comuns outros efeitos indesejáveis tais como: disartria, déficit de memória, tonturas, desatenção, hipotonia, anorexia, constipação, depressão, incontinência urinária, náusea, relaxamento muscular. Podem causar excitação (reação paradoxal), sobretudo em idosos, e por vezes induzem quadros psicóticos transitórios.

Os efeitos físicos e psíquicos do uso indiscriminado dos ansiolíticos e hipnóticos constitui-se no mais grave problema de farmacodependência do ponto de vista epidemiológico e torna-se clinicamente importante nas faixas de idade mais elevadas.

### **A utilização do fenobarbital**

O aspecto que mais chamou a atenção da equipe foi o número, inestimado ainda, de pacientes que fazem uso regular de fenobarbital oral sem história de epilepsia ou crises convulsivas.

O fenobarbital já foi no passado largamente utilizado como sedativo em doses que correspondem a um terço da dose clínica (100mg/dia em média) estando atualmente seu uso contra-indicado para tal fim. Como hipnótico também o seu uso é condenado face ao risco de farmacodependência. Seu uso continuado, em associação com benzodiazepínicos, largamente utilizado nos pacientes selecionados para amostra é desaconselhado, principalmente para crianças e pacientes idosos, pois o diazepam potencializa os efeitos do fenobarbital, um poderoso depressor do SNC, tornando o paciente suscetível a quedas ou acidentes, de graves consequências para pacientes idosos.

A metabolização hepática é lenta, com meia-vida plasmática de 4 dias em adultos, provocando sedação, distúrbios de memória, depressão, déficit das capacidades intelectivas, podendo acarretar sintomas tais como nistagmo, ataxia, erupções cutâneas, anemia megaloblástica e osteomalácia. Pode ainda levar à depressão respiratória, hipotermia, hipotensão e coma.

Assim, recomenda-se a utilização do fenobarbital, atualmente, apenas como anticonvulsivante, não sendo adequada a sua utilização como sedativo principalmente em pessoas idosas e com metabolismo reduzido.

### **Considerações finais da saúde mental**

Baseado na amostragem de pacientes selecionada, constatamos deficiências na assistência do ponto de vista clínico e da organização do serviço. Com as visitas médicas realizadas de 3 em 3 dias, em sistema de rodízio, sem a garantia da circulação de informações, faz-nos pensar que esta lógica assistencial, e não seus pacientes, corresponde em realidade ao “Fora de Possibilidade Terapêutica”.

A utilização de drogas psicoativas sem um protocolo de avaliação acaba por não trazer melhoria das condições de vida de seus pacientes, mas, antes, agrava seus sintomas, produzindo até mesmo quadros irreversíveis como o parkinsonismo induzido por neurolépticos.

Entretanto, havendo um treinamento da equipe assistencial (em especial para atenção à saúde do idoso) e mudanças da organização do serviço, com a implementação de um sistema de informações adequado, a Clínica pode vir a oferecer suporte à rede hospitalar, prestando uma assistência complementar, dentro das possibilidades terapêuticas de sua clientela.



#### 6.1.9 – BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O SURTO DE DIARRÉIA OCORRIDO NA CLÍNICA

Em 30.05.96, foi iniciada investigação epidemiológica, tendo por objetivo identificar a causa do mesmo. Não havia notificação anterior.

A investigação dividiu-se em 3 etapas:

1) Coleta de amostra de fezes dos pacientes internados, divididos por ala feminina, ala masculina e funcionários.

Devido ao fato de os responsáveis pelo estabelecimento de saúde estarem atribuindo o surto à festa do “dia das mães”, onde os pacientes teriam consumido alimentos impróprios trazido pelos familiares, iniciamos a coleta de amostra de fezes pela ala feminina. O exame nesta ala foi realizado em pacientes sintomáticos e assintomáticos, feitos no dia 31.05.96.

Na ala masculina foram coletadas amostras de pacientes sintomáticos, em 04.06.96.

Os funcionários foram divididos por atividade, sendo que nos manipuladores de alimento foram coletados além do swab retal, swabs de mãos e orofaringe.

2) Investigação dos prontuários médicos, no total de 359 do mês de maio: não se teve acesso aos prontuários dos pacientes falecidos. Foram coletadas informações sobre presença ou não de diarreia, identificação do paciente, sexo, idade, data do início dos sintomas, tempo de duração da diarreia e a medicação prescrita.

3) Verificação das condições ambientais e higiênicas, forma de consumo de água e alimentos e coleta de informação sobre a participação ou não na festa. Esta etapa foi feita ao mesmo tempo da coleta de amostra de fezes.



#### 6.1.9 – BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O SURTO DE DIARRÉIA OCORRIDO NA CLÍNICA

Em 30.05.96, foi iniciada investigação epidemiológica, tendo por objetivo identificar a causa do mesmo. Não havia notificação anterior.

A investigação dividiu-se em 3 etapas:

1) Coleta de amostra de fezes dos pacientes internados, divididos por ala feminina, ala masculina e funcionários.

Devido ao fato de os responsáveis pelo estabelecimento de saúde estarem atribuindo o surto à festa do “dia das mães”, onde os pacientes teriam consumido alimentos impróprios trazido pelos familiares, iniciamos a coleta de amostra de fezes pela ala feminina. O exame nesta ala foi realizado em pacientes sintomáticos e assintomáticos, feitos no dia 31.05.96.

Na ala masculina foram coletadas amostras de pacientes sintomáticos, em 04.06.96.

Os funcionários foram divididos por atividade, sendo que nos manipuladores de alimento foram coletados além do swab retal, swabs de mãos e orofaringe.

2) Investigação dos prontuários médicos, no total de 359 do mês de maio: não se teve acesso aos prontuários dos pacientes falecidos. Foram coletadas informações sobre presença ou não de diarreia, identificação do paciente, sexo, idade, data do início dos sintomas, tempo de duração da diarreia e a medicação prescrita.

3) Verificação das condições ambientais e higiênicas, forma de consumo de água e alimentos e coleta de informação sobre a participação ou não na festa. Esta etapa foi feita ao mesmo tempo da coleta de amostra de fezes.

Em relação a faixa etária, 49% dos casos ocorreram em pacientes entre 60 e 79 anos.

Quanto à duração do episódio, 40,1% dos casos tiveram duração entre 1 e 7 dias, sendo o maior percentual entre o terceiro e quarto dia; 13,5% dos pacientes iniciaram tratamento com antibiótico no primeiro dia da doença. Os esquemas terapêuticos usados foram os mais variados e nem sempre o mais adequados, sendo que as prescrições eram feitas para 3 dias, com uso irregular e sem acompanhamento médico.

Não tivemos acesso aos prontuários dos pacientes falecidos, não sendo possível calcular a taxa de mortalidade.

3) Durante o processo de coleta de material foi perguntado ao paciente sobre sua participação na festa do “dia das mães”; constatou-se que o alimento consumido foi bolo com refrigerante. Entre as pacientes (ala feminina) examinadas, 34 participaram da festa, das quais 16 tiveram diarreia e 18 não; das 36 que não participaram, 19 apresentaram diarreia e 17 não; 36 não souberam informar.

O risco atribuído ao consumo do bolo não foi significativo, demonstrando não haver relação causal com a doença.

**Pelos resultados da análise da água de consumo que revelaram a presença de coliformes fecais, pelas condições de higiene ambiental e pessoal dos pacientes e presença de enterobactérias patogênicas nas amostras de fezes e mãos dos pacientes e funcionários, concluímos que a causa do surto se deveu ao consumo de água imprópria associado a condições ambientais que favoreceram a transmissão interpessoal.**



Em relação a faixa etária, 49% dos casos ocorreram em pacientes entre 60 e 79 anos.

Quanto à duração do episódio, 40,1% dos casos tiveram duração entre 1 e 7 dias, sendo o maior percentual entre o terceiro e quarto dia; 13,5% dos pacientes iniciaram tratamento com antibiótico no primeiro dia da doença. Os esquemas terapêuticos usados foram os mais variados e nem sempre o mais adequados, sendo que as prescrições eram feitas para 3 dias, com uso irregular e sem acompanhamento médico.

Não tivemos acesso aos prontuários dos pacientes falecidos, não sendo possível calcular a taxa de mortalidade.

3) Durante o processo de coleta de material foi perguntado ao paciente sobre sua participação na festa do “dia das mães”; constatou-se que o alimento consumido foi bolo com refrigerante. Entre as pacientes (ala feminina) examinadas, 34 participaram da festa, das quais 16 tiveram diarreia e 18 não; das 36 que não participaram, 19 apresentaram diarreia e 17 não; 36 não souberam informar.

O risco atribuído ao consumo do bolo não foi significativo, demonstrando não haver relação causal com a doença.

**Pelos resultados da análise da água de consumo que revelaram a presença de coliformes fecais, pelas condições de higiene ambiental e pessoal dos pacientes e presença de enterobactérias patogênicas nas amostras de fezes e mãos dos pacientes e funcionários, concluímos que a causa do surto se deveu ao consumo de água imprópria associado a condições ambientais que favoreceram a transmissão interpessoal.**



Abaixo, quadro demonstrativo das remoções:

ANO DE ADMISSÃO	TOTAL	%
Até 90...	13	5,1
91	10	3,9
92	25	9,9
93	30	11,9
94	30	11,9
95	60	23,8
96	84	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Dos 255 pacientes, 252 tem a data de admissão ao classificar ano de admissão temos um quadro abaixo discriminado.

**Relação de AIH produzidas e óbitos na Clínica Santa Genoveva  
Julho/95 – Maio/96**

MÊS	1 9 9 5			1 9 9 6		
	AIH PROD.	ÓBITOS	TX.	AIH PROD.	ÓBITOS	TX.
JAN		14		359	35	9,7
FEV		14		346	24	6,9
MAR		25		345	29	8,4
ABR		09		372	33	8,8
MAI		04		387	53	13,7
JUN		13				
JUL	282	08	2,8			
AGO	280	18	6,4			
SET	272	11	4,0			
OUT	287	21	7,3			
NOV	315	27	8,6			
DEZ	367	39	10,6			
<b>TOTAL</b>	<b>3.665</b>	<b>203</b>	<b>5,5</b>			

FONTE: Planilha – MS/SAS/DCAS

LOCAL	QUANTIDADE
H.S.E.	32
H. IPANEMA	10
H. LAGOA	5
H. CARDOSO FONTES	5
H. ANDARAÍ	17
H.U.PE	9
H. PIEDADE	11
H.E.A.S.	3
H.E.P.II	22
H. CURICICA	10
C.S.RITA	14
C.S.A.S.DOES	16
C.S.N.SOCORRO	30
C.C.P.II	4
C.S.D.PEDRO V	2
C.S.SÃO BENEDITO	6
LAR. BEN.PORTUGUESA	2
COLÔNIA J.MOREIRA	1
SANTA CASA	1
RESIDÊNCIA	29
<b>TOTAL</b>	<b>229</b>

#### 6.1.11 – CONCLUSÕES

A Secretaria Municipal de Saúde realizou no período de 30.05.96 a 18.06.96 uma supervisão e auditoria na gerência da Clínica Santa Genoveva visando apurar denúncias de maus tratos aos internos, surto de diarreia e conseqüente aumento da mortalidade.

Durante este período pudemos constatar uma série de mudanças voltadas a atender exigências impostas pelas equipes de vigilância sanitária e epidemiologia e tornadas públicas pela mídia. Verificamos, através de



entrevistas junto aos funcionários e pacientes, que, para diversos procedimentos, havia um limite nítido entre o que era feito antes da intervenção e o que passou a ser feito a seguir, ocorrendo por conseguinte melhoria na assistência aos pacientes.

As ocorrências noticiadas pela imprensa, principalmente desencadeadas pelos óbitos causadas por um surto de diarreia bacteriana, foram motivo de atuação eficiente das equipes de vigilância sanitária e epidemiológica, fazendo com que várias exigências fossem atendidas de acordo como prazo estabelecido. Foi realizada ampla pesquisa que envolveu não só os pacientes com o quadro clínico agudo, como também funcionários, pacientes assintomáticos e diversas causas potencialmente responsáveis pelo desencadeamento do surto.

Ressaltamos também que, neste período, atuaram na Clínica equipes da Secretaria de Estado de Saúde e do Ministério da Saúde, mas que não tivemos acesso ao resultado de suas avaliações. Foi realizada visita de fiscalização pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, em 03.06.96.

Após avaliação criteriosa opinamos que, apesar dos problemas e deficiências observadas, é viável a reconstrução de um trabalho sério, conduzido por uma política governamental de assistência aos idosos e seqüelados por traumas e doenças crônico-degenerativas, que, muitas das vezes, carecem de amparo sócio-familiar. Faz-se necessário, para tal, a implantação de atividades de reabilitação física e mental, além de conscientização da necessidade do apoio sócio-familiar, reintegrando-os à sociedade que os excluiu, e interrompendo o círculo vicioso do encarceramento. Desta forma a Clínica servirá de ponto de apoio provisório voltado ao tratamento e reabilitação de doentes crônicos e cercando de cuidados dignos daqueles considerados fora de possibilidades terapêuticas. E, concluímos, para que isto ocorra é mister que a ética, a competência, a dignidade e o respeito ao ser humano estejam sempre presentes.”



## 6.2 – RELATÓRIO DA AUDITORIA ESPECIAL DA CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO – PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO

A Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro realizou auditoria da situação contábil da Clínica Santa Genoveva, no período de 10 a 20.06.96, com a finalidade de avaliar a possibilidade de repasse de recursos financeiros a essa, para que pudesse permanecer em atividade.

Concluindo, o relatório assevera que “Diante do que pudemos analisar, concluímos pela inviabilidade da aplicação de recursos financeiros à Clínica Santa Genoveva, caso ainda houvesse possibilidade de assim se proceder, tendo em vista o fechamento da mesma.”

## 6.3 – RELATÓRIO DA COMISSÃO ESPECIAL DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Presidida pela Deputada Tânia Rodrigues, a Comissão Especial da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro produziu um Relatório de Auditoria, resultado de supervisão realizada em 07.06.96 nas dependências da Clínica Santa Genoveva, cujas conclusões põem-se a seguir:

1 – “Os pacientes internados na Clínica Santa Genoveva estão longe de constituir-se em um contingente de pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas, uma vez que apenas 5% desses são portadores de algum tipo de neoplasia. Mais da metade dos pacientes (51%) requer apenas acompanhamento fisioterápico, não necessariamente em regime de internação. Dos pacientes, 22% possuem algum tipo de distúrbio comportamental, requerendo apenas terapia psicológica ambulatorial. Finalmente, outros 22% dos pacientes estão internados sem qualquer justificativa nosológica.

2 – Quase a metade dos pacientes (47%) encontra-se internada há mais de um ano, o que vai de encontro ao comportamento esperado por parte de pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica.

3 – Considerando-se a inexistência de demanda espontânea para internações no nosocômio em exame, torna-se clara a responsabilidade dos hospitais de origem no encaminhamento de pacientes fora dos padrões previstos. Por outro lado, necessário se faz apurar, também, as responsabilidades na aprovação dos laudos para emissão de AIHs.

Nenhum dos prontuários apresenta qualquer referência formal do nosocômio de origem. Poucos possuem laudo para emissão de AIHs, emergindo a dúvida se alguém exige tal laudo para a emissão de AIH. Em alguns prontuários, o laudo é preenchido por médico que trabalha para a clínica.

Com base nos prontuários examinados, podemos perceber:

a) Apesar do perfil de seus pacientes, não há qualquer indício da atuação do profissional do Serviço Social, que seria de importância ímpar no dia a dia de pacientes crônicos, em sua maior parte idosos e com problemas sócio-econômicos e familiares.

b) Apenas os profissionais de nível elementar da enfermagem se fazem presentes nos prontuários, não havendo indícios da atuação profissional da enfermagem, sequer pela elementar existência de prescrição de enfermagem. Dadas as características de cronicidade das patologias prevalentes na clínica, a omissão dos profissionais de enfermagem contribui em muito para o agravamento do estado de saúde dos pacientes.

c) Nenhum dos prontuários apresenta plano terapêutico e resumo do prontuário do hospital de origem. Apesar de se tratar de uma Clínica de Apoio, não há qualquer indício de vínculo ou responsabilidade dos hospitais de origem para com os pacientes por eles encaminhados.



d) Embora a maioria dos prontuários refira-se, de alguma forma, à existência de distúrbios nutricionais, em nenhum deles encontram-se indícios da atuação da nutricionista, mas apenas vagas orientações feitas pelos próprios médicos assistentes.

4 – Nessa clínica, a atividade médica deixou de ser humanitária e social e passou a ser apenas lucrativa.”

#### 6.4 – RELATÓRIO DO ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

“No Rio de Janeiro existem quarenta e duas clínicas públicas e privadas contratadas e/ou conveniadas com o SUS, que atendem pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica, das quais dezesseis estão sendo vistoriadas diretamente pelas Comissões Técnico-Operacionais de Auditoria e Fiscalização, estando as demais sob processo normal de auditoragem. Com relação ao primeiro dos hospitais denunciados, a Clínica Santa Genoveva, cabe-nos informar que a ação do Ministério da Saúde foi a de coordenar a transferência dos doentes, tendo sido interditada a clínica, descredenciada e submetida a auditoria médica e contábil, além dos processos criminais que estão sendo movidos contra os seus proprietários e responsáveis técnicos.

Os relatórios preliminares das Comissões Técnico-Operacionais sobre as condições de funcionamento e desempenho das dez primeiras clínicas vistoriadas apontam inúmeras deficiências e irregularidades a serem corrigidas, nas seguintes unidades:

1. Casa de Saúde Santa Rita – Rio Comprido.
2. Casa de Saúde e Maternidade N. S. das Graças – Realengo.
3. Santa Casa de Misericórdia – Hospital N. S. do Socorro – Caju.
4. Sindicato dos Arrumadores da Cidade do Rio de Janeiro – Hospital São Benedito – Benfica.
5. Casa São Fernando Ltda. – Santa Teresa.



6. Assistência Médico-Hospitalar São Jorge S/A – Jacarepaguá.
7. Clínica de Repouso Campo Belo – Jacarepaguá.
8. Casa de Saúde República da Croácia – Campo Grande.
9. Casa de Saúde Gabinal – Jacarepaguá.
10. Casa de Saúde Grajaú – Engenho de Dentro.

Uma das graves irregularidades encontradas nas inspeções é que, na maioria das clínicas, não há compatibilidade entre o número de leitos ativos e o número de pacientes nos diferentes períodos analisados, ou seja, as clínicas apresentam mais pacientes do que leitos disponíveis, fato que revela ausência de uma supervisão correta por parte do Estado e do Município.

Em geral, verificou-se uma grande deficiência de recursos humanos, tanto nos serviços de apoio, como nas áreas médica, de enfermagem e de nutrição. Em todas as unidades, o quantitativo de médicos é insuficiente para o número de pacientes internados, não acontecendo as visitas médicas diariamente, embora se informe que plantonistas e diaristas atuem em intercorrências.

As patologias mais frequentes nessas clínicas são os *acidentes vasculares cerebrais* – AVC, com seqüelas leves e graves, neuropatias degenerativas, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, alcoolismo e uma grande parcela de internos que constituem, em realidade, os denominados casos sociais, chegando estes a responder, em algumas unidades, por 40 a 90% das internações. A média de permanência dos pacientes é prolongada, muitos residindo nas clínicas durante anos.

Foram encontradas nutricionistas em apenas seis estabelecimentos. O padrão de alimentação é baixo, carente em proteínas, vitaminas e sais minerais, e quase todas as instalações e equipamentos das cozinhas necessitam de reformas e maiores cuidados de higiene e conservação.

Com respeito à enfermagem, além do número reduzido de profissionais, seu nível de formação técnica é baixo e, em quase todas as

unidades, há somente um profissional enfermeiro, sendo todos os demais auxiliares ou atendentes.

A vistoria das farmácias das clínicas apontou que cerca de 90% delas apenas realizam dispensação interna de medicamentos, e somente a farmácia da Casa de Saúde Santa Rita efetua manipulação (álcool iodado) e, assim mesmo, em local e com técnica inadequados, por profissional não habilitado. Ademais, a dispensação de medicamentos é efetuada por profissionais não habilitados, sendo exíguo o espaço físico das farmácias e precárias sua iluminação e ventilação.

No tocante às lavanderias, com exceção da Casa de Saúde e Maternidade N. S. das Graças, as demais têm lavanderias funcionando em condições extremamente precárias. Em relação à manutenção predial e elétrica, exceção feita à Casa de Saúde Santa Rita, as demais apresentam sérias deficiências.

Entre as deficiências detectadas, constam, ainda, a inexistência, em cerca de 80% das unidades, de documentação referente às Comissões de Ética Médica, revisões de óbitos e de prontuários e Comissão de Infecção Hospitalar. Há falta de treinamento de serventes e faxineiros, remetendo à limpeza e manipulação do lixo hospitalar de maneira adequada.

Inúmeras exigências de adequação técnica, de procedimentos, de rotinas, de pessoal (quantitativa e qualitativamente), de reformas em áreas físicas, de instalação de equipamentos e manutenção estão sendo efetuadas às clínicas sob auditoria, como condição para que permaneçam credenciadas pelo Sistema Único de Saúde. Ademais, outras avaliações de caráter sanitário, administrativo e contábil estão sendo realizadas pelas equipes conjuntas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.”

## 7. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O crescimento acelerado da população com mais de 60 anos, no Brasil, remeterá ao caos econômico e social, caso o governo não tome a si,



recebeu repasses de US\$ 1.911.180,82, em 1994, referentes a 3.820 internações; US\$ 1.981.279,78, em 1995, relativos a 3.665 internações e US\$ 664.791,65, em 1996, concernentes a 1.412 internações distribuídas nos quatro primeiros meses deste ano.

Sem embargo desses vultosos montantes, o estabelecimento beneficiário foi palco de acontecimentos sombrios, qualificados de autêntica tragédia e genocídio pelos meios de comunicação. As diversas auditorias dos órgãos públicos, referidas neste Relatório, sancionam a imagem aterradora que desses estabelecimentos se forjou no imaginário coletivo.

Por certo, não se deve, em respeito à verdade objetiva dos fatos, debitar aos proprietários e diretores clínicos das instituições auditadas a responsabilidade única e exclusiva pelas carências reveladas. Assoma a conduta omissiva do setor público, recipiendário do poder-dever fiscalizatório, titular legalmente investido do ofício de zelar pela correição na alocação e aplicação dos recursos originários do erário público, soerguido pela contribuição, anônima e compulsória, dos cidadãos da República que, indignados, clamam pelo rigor na destinação dos tributos que seja, ao mínimo, paritário àquele com que se perfaz sua peremptória arrecadação.

Por fim, cabe-nos a imputação própria de parcela da culpa. O Poder Legislativo tem abdicado, freqüentemente, de sua prerrogativa constitucional de Poder Fiscalizador, traduzindo em frustração a expectativa esperançosa nele identificada pelo corpo social, mormente seu segmento desfavorecido da sorte, de que os idosos da Clínica Santa Genoveva são espécimes entristecidos.

## 8. RECOMENDAÇÕES

Tendo por fundamento as considerações e fatos anteriormente expostos neste Relatório, as informações colhidas pela Comissão, as análises técnicas realizadas, as discussões travadas com autoridades diversas, reputamos pertinente arrolar as seguintes Recomendações, de caráter administrativo – no âmbito do Poder Executivo, do Poder Legislativo e do



recebeu repasses de US\$ 1.911.180,82, em 1994, referentes a 3.820 internações; US\$ 1.981.279,78, em 1995, relativos a 3.665 internações e US\$ 664.791,65, em 1996, concernentes a 1.412 internações distribuídas nos quatro primeiros meses deste ano.

Sem embargo desses vultosos montantes, o estabelecimento beneficiário foi palco de acontecimentos sombrios, qualificados de autêntica tragédia e genocídio pelos meios de comunicação. As diversas auditorias dos órgãos públicos, referidas neste Relatório, sancionam a imagem aterradora que desses estabelecimentos se forjou no imaginário coletivo.

Por certo, não se deve, em respeito à verdade objetiva dos fatos, debitar aos proprietários e diretores clínicos das instituições auditadas a responsabilidade única e exclusiva pelas carências reveladas. Assoma a conduta omissiva do setor público, recipiendário do poder-dever fiscalizatório, titular legalmente investido do ofício de zelar pela correição na alocação e aplicação dos recursos originários do erário público, soerguido pela contribuição, anônima e compulsória, dos cidadãos da República que, indignados, clamam pelo rigor na destinação dos tributos que seja, ao mínimo, paritário àquele com que se perfaz sua peremptória arrecadação.

Por fim, cabe-nos a imputação própria de parcela da culpa. O Poder Legislativo tem abdicado, freqüentemente, de sua prerrogativa constitucional de Poder Fiscalizador, traduzindo em frustração a expectativa esperançosa nele identificada pelo corpo social, mormente seu segmento desfavorecido da sorte, de que os idosos da Clínica Santa Genoveva são espécimes entristecidos.

## 8. RECOMENDAÇÕES

Tendo por fundamento as considerações e fatos anteriormente expostos neste Relatório, as informações colhidas pela Comissão, as análises técnicas realizadas, as discussões travadas com autoridades diversas, reputamos pertinente arrolar as seguintes Recomendações, de caráter administrativo – no âmbito do Poder Executivo, do Poder Legislativo e do

comprovou de fato o estado de precariedade na Clínica São Benedito, relacionada entre outras oito clínicas, para que sejam realmente observadas as recomendações apontadas pela referida auditoria, inclusive, se ainda não foram cumpridas as exigências apontadas naquela ocasião, promover de imediato a transferência dos pacientes, o descredenciamento e o fechamento dessas clínicas.

f. O Poder Executivo deve proceder a uma reavaliação da tabela de procedimentos do SUS, visando atualizar os valores vigentes, de modo a compatibilizá-los com a realidade dos custos desses procedimentos.

O preço de uma consulta médica, em Brasília, por exemplo, chega a até 80 reais, enquanto o SUS paga 2,04 reais. Esse fato é apontado como motivador de expedientes de ajustes no faturamento, por parte das entidades conveniadas, devido à grande defasagem entre os preços pagos pelo Sistema e aqueles praticados no mercado.

g. O Ministério da Saúde deve assegurar o fiel cumprimento das normas disciplinadoras da alocação de recursos orçamentários para a execução e prestação de serviços e ações de saúde, de forma a que se destinem verbas tão-somente aos estabelecimentos que não se encontrem, sob hipótese alguma de exceção, no rol de unidades infringentes das normas e procedimentos em vigor.

h. Solicitar informações ao Ministério da Saúde sobre as providências já tomadas e os resultados obtidos, até o momento, com relação às investigações feitas por ocasião da tragédia da Clínica Santa Genoveva.

i. Considerando que o Brasil ainda é um dos países do mundo que menos aplica recursos em saúde, tanto em gasto per capita quanto em percentual do PIB, que o Executivo estude a possibilidade de se garantir legalmente um mínimo de 5% do PIB a ser destinado anualmente à saúde, sendo isto tão importante quanto o aperfeiçoamento dos mecanismos de fiscalização e controle na aplicação criteriosa destes recursos.



comprovou de fato o estado de precariedade na Clínica São Benedito, relacionada entre outras oito clínicas, para que sejam realmente observadas as recomendações apontadas pela referida auditoria, inclusive, se ainda não foram cumpridas as exigências apontadas naquela ocasião, promover de imediato a transferência dos pacientes, o descredenciamento e o fechamento dessas clínicas.

f. O Poder Executivo deve proceder a uma reavaliação da tabela de procedimentos do SUS, visando atualizar os valores vigentes, de modo a compatibilizá-los com a realidade dos custos desses procedimentos.

O preço de uma consulta médica, em Brasília, por exemplo, chega a até 80 reais, enquanto o SUS paga 2,04 reais. Esse fato é apontado como motivador de expedientes de ajustes no faturamento, por parte das entidades conveniadas, devido à grande defasagem entre os preços pagos pelo Sistema e aqueles praticados no mercado.

g. O Ministério da Saúde deve assegurar o fiel cumprimento das normas disciplinadoras da alocação de recursos orçamentários para a execução e prestação de serviços e ações de saúde, de forma a que se destinem verbas tão-somente aos estabelecimentos que não se encontrem, sob hipótese alguma de exceção, no rol de unidades infringentes das normas e procedimentos em vigor.

h. Solicitar informações ao Ministério da Saúde sobre as providências já tomadas e os resultados obtidos, até o momento, com relação às investigações feitas por ocasião da tragédia da Clínica Santa Genoveva.

i. Considerando que o Brasil ainda é um dos países do mundo que menos aplica recursos em saúde, tanto em gasto per capita quanto em percentual do PIB, que o Executivo estude a possibilidade de se garantir legalmente um mínimo de 5% do PIB a ser destinado anualmente à saúde, sendo isto tão importante quanto o aperfeiçoamento dos mecanismos de fiscalização e controle na aplicação criteriosa destes recursos.



c. O TCU deve realizar estudos e propor meios legais e administrativos destinados a agilizar e tornar efetiva a aplicação de penalidades e assegurar que os infratores sejam efetivamente conhecidos e levados a julgamento.

## 9. ENCAMINHAMENTO

Para fins de conhecimento e adoção dos procedimentos cabíveis na respectiva esfera de competência, recomendamos o encaminhamento do presente Relatório às seguintes autoridades:

- a . ao Senhor Presidente da República;
- b. ao Ministro de Estado da Saúde;
- c. aos Presidentes do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União;
- d. aos Presidentes dos Tribunais Superiores;
- e. aos Governadores de Estado e do Distrito Federal e respectivas Assembléias Legislativas e Câmara Legislativa;
- f. aos demais dirigentes de órgãos e entidades diretamente interessados nos assuntos aqui tratados.

É o Relatório.

Sala das Comissões, em

Senadora BENEDITA DA SILVA  
PRESIDENTE

Senador NEY SUASSUNA  
VICE-PRESIDENTE



Senador JOSÉ ALVES  
RELATOR

Senador JOSÉ FOGAÇA

Senador SEBASTIÃO ROCHA

Senador ROMERO JUCÁ

Senador JOSÉ BIANCO

Senador ARTUR DA TÁVOLA

Senador LUCÍDIO PORTELA

Senador VALMIR CAMPELO





Identificação da Matéria

**REQUERIMENTO Nº 555, DE 1996**  
**Autor** SENADOR - Benedita da Silva  
**Ementa** REQUER NOS TERMOS REGIMENTAIS, SEJA CRIADA UMA COMISSÃO TEMPORÁRIA INTERNA, COMPOSTA POR 11 (ONZE) SENADORES, PARA, NO PRAZO DE SESSENTA DIAS, ACOMPANHAR 'IN LOCO', OS ATOS, FATOS E CIRCUNSTÂNCIAS QUE ENVOLVEM A TRAGÉDIA DA CLÍNICA SANTA GENOVEVA, NO BAIRRO DE SANTA TEREZA, BEM COMO NAS DEMAIS CASAS GERIÁTRICAS DO RIO DE JANEIRO.  
**Data de apresentação** 05/06/1998  
**Situação atual** Local:  
24/01/2003 - Subsecretaria de Arquivo  
Situação:  
28/02/2002 - MATÉRIA COM A RELATORIA  
**Indexação da matéria** **Indexação:** REQUERIMENTO, TERMO, DISPOSITIVOS, REGIMENTO INTERNO, SENADO, CRIAÇÃO, COMISSÃO TEMPORÁRIA INTERNA, FIXAÇÃO, NÚMERO, SENADOR, PRAZO, ACOMPANHAMENTO, ATO, FATO, CIRCUNSTÂNCIAS, FUNERAL, MORTE, PACIENTE, CLÍNICA SANTA GENOVEVA, BAIRRO, SANTA TEREZA, GERIÁTRIA, ESTADO, (RJ).  
**Observações:** (CRIAÇÃO DE UMA COMISSÃO TEMPORÁRIA INTERNA DESTINADA A ACOMPANHAR, IN LOCO, OS ATOS, FATOS E CIRCUNSTÂNCIAS QUE ENVOLVEM A TRAGÉDIA DA CLÍNICA SANTA GENOVEVA, NO BAIRRO DE SANTA TEREZA E NAS DEMAIS CASAS GERIÁTRICAS DO RIO DE JANEIRO).

Sumário da Tramitação

Em tramitação

TRAMITAÇÕES (ordem ascendente de data)

05/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
LEITURA.  
05/06/1996 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
DESPACHO A SSCLS, PARA INCLUSÃO EM ORDEM DO DIA OPORTUNAMENTE. DSF 06 06 PAG 9483.  
11/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 565, DA SEN BENEDITA DA SILVA E OUTROS SENADORES, SOLICITANDO URGÊNCIA - ART. 336, 'A', DO REGIMENTO INTERNO.  
11/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO TURNO ÚNICO (EM REGIME DE URGÊNCIA - ART. 336, 'A' DO REGIMENTO INTERNO).  
11/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
VOTAÇÃO APROVADO.  
11/06/1996 MESA - MESA DIRETORA  
DESPACHO A SSCLS, A FIM DE AGUARDAR INDICAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO. DSF 12 06 PAG 9643. RETIFICAÇÃO FEITA NO DSF 13 06 PAG 9848.  
11/06/1996 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
JUNTEI CÁLCULO DA PROPORCIONALIDADE PARTIDÁRIA PARA A COMISSÃO (FLS. 02).  
11/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDÊNCIA RECEBIMENTO DO OFÍCIO 120/96, DO LÍDER DO PT, INDICANDO A SEN BENEDITA DA SILVA PARA COMPOR A COMISSÃO. DSF 12 06 PAG 9650.  
11/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDÊNCIA RECEBIMENTO DO EXPEDIENTE DO SEN LUCIDIO PORTELLA, LÍDER EM



EXERCÍCIO DO PPB, INDICANDO O SEU PRÓPRIO NOME PARA COMPOR A COMISSÃO. DSF 12 06 PAG 9651.

11/08/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
1835 COMUNICAÇÃO PRESIDÊNCIA RECEBIMENTO DO OFÍCIO 038/96, DO LÍDER DO PSDB, INDICANDO OS SEN ARTUR DA TAVOLA E JOSE IGNACIO FERREIRA, PARA COMPOREM A COMISSÃO, COMO TITULAR E SUPLENTE, RESPECTIVAMENTE. DSF 12 06 PAG 9714.

11/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDÊNCIA RECEBIMENTO DO OF. 468/96, DO LÍDER DO PMDB, INDICANDO OS SEN JOSE FOGAÇA, NEY SUASSUNA E SEBASTIÃO ROCHA, COMO TITULARES E GERSON CAMATA, MAURO MIRANDA E JUNIA MARISE, COMO SUPLENTE, PARA COMPOREM A COMISSÃO. DSF 12 06 PAG 9714.

11/06/1996 SACEI - SERVIÇO COMISSÕES ESPECIAIS DE INQUÉRITO  
DESIGNAÇÃO DO FUNCIONÁRIO NAURIDES BARROS, PARA SECRETARIAR A COMISSÃO.

12/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDÊNCIA RECEBIMENTO DO OFÍCIO 403/96, DO SEN EDISON LOBÃO, LÍDER DO PFL, EM EXERCÍCIO, INDICANDO COMO TITULARES OS SEN JOSE ALVES, ROMERO JUCA, JOSE BIANCO E COMO SUPLENTE OS SEN JOÃO ROCHA, WALDECK ORNELAS E JONAS PINHEIRO. DSF 13 06 PAG 9782.

12/06/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDÊNCIA RECEBIMENTO DO OFÍCIO 093/96, DO LÍDER DO PTB, INDICANDO O SEN VALMIR CAMPELO E A SEN EMÍLIA FERNANDES, PARA COMPOREM A COMISSÃO, COMO TITULAR E SUPLENTE. DSF 13 06 PAG 9782.

12/06/1996 CESP - COMISSÃO ESPECIAL  
REUNIÃO DE INSTALAÇÃO. ELEIÇÃO PRESIDENTE SEN BENEDITA DA SILVA; VICE-PRESIDENTE SEN NEY SUASSUNA E RELATOR SEN JOSE ALVES. DSF 27 06 PAG 10871 A 10873. (ATA DA PRIMEIRA REUNIÃO).

12/06/1996 CESP - COMISSÃO ESPECIAL  
REUNIDA A COMISSÃO PARA OUVIR O DEPOIMENTO DO MINISTRO DA SAÚDE, DR. ADIB JATENE. DSF 26 06 PAG 10765 A 10766. (ATA DA REUNIÃO PRELIMINAR).

12/06/1996 SACEI - SERVIÇO COMISSÕES ESPECIAIS DE INQUÉRITO  
DESIGNAÇÃO REUNIÃO DE TRABALHO PARA O DIA 18 DE JUNHO PRÓXIMO, ÀS 1700 HORAS.

19/06/1996 SACEI - SERVIÇO COMISSÕES ESPECIAIS DE INQUÉRITO  
DESIGNADAS DILIGÊNCIAS PARA VISITAS 'IN LOCO' EM VÁRIAS CLÍNICAS, NOS DIAS 21 E 22 DE JUNHO PRÓXIMO, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

25/06/1996 SACEI - SERVIÇO COMISSÕES ESPECIAIS DE INQUÉRITO  
REALIZADA REUNIÃO ONDE FOI OUVIDO O DR. LUIZ ROBERTO TENÓRIO - PRESIDENTE DO SINDICADO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. DSF 19 11 PAG 18505 A 18512. (ATA DA SEGUNDA REUNIÃO).

14/06/1996 SACEI - SERVIÇO COMISSÕES ESPECIAIS DE INQUÉRITO  
REALIZADA TERCEIRA REUNIÃO ONDE FOI OUVIDO O DR. ADIB JATENE, MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. DSF 19 11 PAG 18512 A 18527. (ATA DA TERCEIRA REUNIÃO).

11/09/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
1000 LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 914, DA SEN BENEDITA DA SILVA, SOLICITANDO PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA COMISSÃO ATÉ O DIA 15 DE DEZEMBRO DE 1996, COM BASE NO ART. 76, PARÁGRAFO PRIMEIRO, ALÍNEA 'A', DO REGIMENTO INTERNO. DSF 12 09 PAG 15793.

30/10/1996 SACEI - SERVIÇO COMISSÕES ESPECIAIS DE INQUÉRITO  
REALIZADA QUARTA REUNIÃO ONDE FOI OUVIDO O DR. EDUARDO QUADROS SPINOLA, DIRETOR DA CLÍNICA SANTA GENOVEVA.

12/12/1996 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 1215, DA SEN BENEDITA DA SILVA E OUTROS, SOLICITANDO PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA COMISSÃO POR MAIS 30 (TRINTA) DIAS. DSF 13 12 PAG 20431.

13/03/1997 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 193, DA SEN BENEDITA DA SILVA E OUTROS, SOLICITANDO A PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA COMISSÃO POR MAIS 30 (TRINTA) DIAS, COM BASE NO ART. 76, PARÁGRAFO PRIMEIRO, ALÍNEA 'A', DO REGIMENTO INTERNO. DSF 14 03 PAG 5643.



09/04/1997 SACEI - SERVIÇO APOIO COM. ESP. PARL. DE INQUERITO  
REALIZADA NESTA DATA, REUNIÃO ONDE FOI APROVADO O RELATÓRIO FINAL.

22/04/1997 SGM - SECRETARIA GERAL DA MESA  
JUNTEI, AS FLS. 16 A 53, COPIA ORIGINAL DO RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO.

29/04/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
ANEXEI, AS FLS. 55 A 69, NOTAS TAQUIGRAFICAS DOS PRONUNCIAMENTOS DO SEN JOSE ALVES E DA SEN BENEDITA DA SILVA, PROFERIDO EM 24.04.97.

29/04/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
ANEXEI OS SEGUINTE OFÍCIOS, EM CÓPIA, EM ATENDIMENTO AS RECOMENDAÇÕES CONTIDAS NO RELATÓRIO 001, DE 1997: AS FLS. 70, OF. SF 379, AO MINISTRO DA SAÚDE; FLS. 71 OF. SF 380, AO PRESIDENTE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS; FS. 72, OF. SF 381, AO PRESIDENTE DO TCU; FLS. 73, OF. SF 382, ENCAMINHANDO MSG SF 089, AO PRESIDENTE DA REPÚBLICA; FLS. 76 A 102, OF. 389 A 415, AOS GOVERNADORES DE ESTADO E DO DF; FLS. 103 A 129, OF. SF 416 A 442, AOS PRESIDENTES DAS ASSEMBLEIAS LEGISLATIVAS DOS ESTADOS E AO PRESIDENTE DA CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL.

29/04/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
A SSCOM, A FIM DE AUTUAR E CATALOGAR OS DOCUMENTOS QUE INSTRUIRAM O PRESENTE, E POSTERIORMENTE ENCAMINHAMENTO AO ARQUIVO.

05/05/1997 SACEI - SERVIÇO APOIO COM. ESP. PARL. DE INQUERITO  
ENCAMINHADO AO SECRETARIO DA COMISSÃO, FRANCISCO NAURIDES BARROS, PARA AS PROVIDENCIAS NECESSARIAS.

14/05/1997 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDENCIA RECEBIMENTO DO AV. 617, DE 1997, DO MINISTRO-CHEFE DA CASA CIVIL DA PRESIDENCIA DA REPUBLICA, AGRADECENDO O ENVIO DO RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO TEMPORARIA. DSF 15 05 PAG 9655.

04/08/1997 SACEI - SERVIÇO APOIO COM. ESP. PARL. DE INQUERITO  
ENCAMINHADO A SSCLS, ATENDENDO SOLICITAÇÃO.

04/08/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
JUNTADA COPIA DO AV. 461, DE 1997, DO TCU, ENCAMINHANDO COPIA DA DECISÃO 429, DE 1997, REFERENTE AO ITEM 8.1.3 DO RELATÓRIO 001, DE 1997, CONTENDO AS DECISÕES DAQUELE ÓRGÃO TÉCNICO A RESPEITO DO ASSUNTO, DE FLS. 131 A 140.

17/03/1998 SACEI - SERVIÇO APOIO COM. ESP. PARL. DE INQUERITO  
ENCAMINHADO A SGM, A PEDIDO.

17/03/1998 SGM - SECRETARIA GERAL DA MESA  
RECEBIDO NESTE ÓRGÃO, EM 17 DE MARÇO DE 1998.

18/03/1998 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDENCIA RECEBIMENTO DO AV. 146, DE 1998, DO TCU, ENCAMINHANDO COPIA DA DECISÃO 088, DE 1998, BEM COMO DOS RESPECTIVOS RELATÓRIO E VOTO QUE A FUNDAMENTAM, E, AINDA, COPIA DOS RELATÓRIOS DE PLANEJAMENTO DE EXECUÇÃO DE AUDITORIA, REALIZADA NO ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E NAS CLÍNICAS PARA AS QUAIS FORAM DESTINADOS RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONFORME SOLICITADO NO RELATÓRIO 001, DE 1997, DA COMISSÃO TEMPORARIA CRIADA PELO RQS 00429 1997, DAQUELA CORTE. (COPIA ANEXADA AO DIV 00042 1997). DSF 19 03 PAG 4439.

06/04/1998 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
ENCAMINHADO AO SACEPI.

22/04/1997 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
COMUNICAÇÃO PRESIDENCIA ENCERRAMENTO DOS TRABALHOS DA COMISSÃO, COM A APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO 001, DE 1997, COM RECOMENDAÇÕES QUE SERÃO EXAMINADAS AOS ÓRGÃOS COMPETENTES. DSF 23 04 PAG 8262, 8305 A 8315.

29/04/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
Anexei, às fls. 55 a 69, notas taquigráficas do pronunciamento do Senador José Alves e da Senadora Benedita da Silva, proferido em 24/04/97.



29/04/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
Anexei os seguintes ofícios, em cópia, em atendimento às recomendações contidas no Relatório nº 1, de 1997: - às fls. 70, Of. SF/379/97, ao Ministro da Saúde; - às fls. 71, Of. SF/380/97, ao Presidente da Câmara dos Deputados; - às fls. 72, Of. SF/381/97, ao Presidente do TCU; - às fls. 73, Of. SF/382/97, encaminhando a Mensagem 69/9, ao Presidente da República - às fls. 76 a 102, Of. SF/389 a 415, aos governadores de estado e do DF; - às fls. 103 a 129, Of. SF/442, às Assembleias Legislativas dos Estados.

29/04/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
A Subsecretaria de Comissões, a fim de autuar e catalogar os documentos que instruíram o presente, e posterior encaminhamento ao Arquivo.

05/05/1997 SSCOM - SUBSECRETARIA DE COMISSÕES  
Ao Sacel.

05/05/1997 SSCOM - SUBSECRETARIA DE COMISSÕES  
Ao Sr. Secretário Francisco Naurides para as providências necessárias.

14/05/1997 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
A Presidência comunica ao Plenário o recebimento do Aviso nº 617/97, do Ministro de Estado da Casa Civil da Presidência da República, agradecendo o envio do Relatório Final da Comissão Temporária. À SGM.

14/05/1997 SGM - SECRETARIA GERAL DA MESA  
À SSCOM.

04/08/1997 SSCOM - SUBSECRETARIA DE COMISSÕES  
À SSCLSF.

04/08/1997 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO  
Juntada cópia do Aviso nº 461/97, do TCU, encaminhando cópia da Decisão nº 429/97, referente ao item 8.1.3 do Relatório nº 1/97, contendo decisões daquele órgão técnico a respeito do assento, de fls. 131 a 140.

17/03/1998 SSCOM - SUBSECRETARIA DE COMISSÕES  
À SGM a pedido.

17/03/1998 SGM - SECRETARIA GERAL DA MESA  
A Presidência comunica ao Plenário o recebimento do Aviso 146/98, do TCU, encaminhando cópia da Decisão 88/98, bem como dos respectivos Relatório e Voto que a fundamentam, e, ainda, cópia dos Relatórios de Planejamento de Execução de Auditoria, realizada no Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro e nas Clínicas para as quais foram destinados recursos do Sistema Único de Saúde, conforme solicitado no Relatório nº1, de 1997, da Comissão Temporária criada pelo Requerimento nº 429/97, daquela Corte (cópia anexada ao Diversos nº 42, de 1997).

18/03/1998 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
Ao PLEG com destino ao Arquivo.

08/03/1998 SGM - SECRETARIA GERAL DA MESA  
Arquivado.

20/09/1999 SSARQ - Subsecretaria de Arquivo  
Emprestado à SSCLSF.

22/09/1999 SGM - SECRETARIA GERAL DA MESA  
Encaminhado ao Plenário para leitura do Aviso nº 823, de 1999.

23/09/1999 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO  
10:00 - Anunciado o recebimento do Aviso nº 823/99, de 16 de corrente, do Presidente do Tribunal de Contas da União, encaminhando cópia da Decisão nº 634, de 1999, bem como os respectivos Relatório e Voto que a fundamentam, sobre o relatório de auditoria realizado no Escritório de Representação do Ministério da Saúde, no Estado do Rio de Janeiro a entidades hospitalares que prestam atendimento a pacientes crônicos naquele Estado. À SSCOM com destino à Comissão de Fiscalização e Controle e em cópia, anexado ao Requerimento nº 555, de 1996.

23/09/1999 SSCOM - SUBSECRETARIA DE COMISSÕES  
À CFC.

28/02/2002 CFC - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE  
Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA





DESIGNADA A SENADORA HELOÍSA HELENA, PARA RELATAR.

**23/12/2002** CFC - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

À SSCLSF. Atendendo o disposto na Resolução 17, de 2002, que "altera a redação do art. 332 e suprime o art. 333, do Regimento Interno do Senado Federal".

**09/01/2003** SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Visto que o Aviso nº 823/99 foi juntado ao processo Diversos nº 42/97, que tem tramitação autônoma e está instruído pelo Parecer nº 251/2001-CFC, o BAL nº 52 está equivocado, devendo a matéria retornar ao Arquivo. Ao Pleg com destino ao Arquivo.

**23/01/2003** PLEG - PROTOCOLO LEGISLATIVO

Encaminhado ao Arquivo.

**24/01/2003** SSARQ - Subsecretaria de Arquivo

Processo devolvido