



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO**



REQUERIMENTO N.º RQ 3593/2018

(Do Sr. Deputado DELMASSO)

L I D O
Em, 13/06/18
Secretaria Legislativa

Requer à Mesa Diretora que solicite ao Tribunal de Contas do Distrito Federal – TCDF, a realização de Auditoria na Secretaria de Estado de Saúde sobre a despadronização e substituição de medicamento para tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC.

Excelentíssimo Senhor Presidente da Câmara Legislativa do Distrito Federal:

Requeiro, nos termos do art. 78, inciso V da Lei Orgânica do Distrito Federal, c/c art. 38 da Lei Complementar nº 01, de 1994 e nos demais termos dos dispositivos do Regimento Interno da Câmara Legislativa do Distrito Federal, solicitar ao Tribunal de Contas do Distrito Federal – TCDF, que realize Auditoria na Secretaria de Estado de Saúde, sobre a despadronização e substituição do medicamento Brometo de Tiotrópico 2,5 MCG, para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC.

Setor Protocolo Legislativo
RQ Nº 3593 / 18
Folha Nº 01 mc

JUSTIFICAÇÃO

SECRETARIA LEGISLATIVA	
Recebi em 21/06/18 às 16h10	
Assinatura	Matrícula

Venho por meio deste solicitar esta auditoria para saber o real motivo da substituição do medicamento BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5 MCG do rol de medicamentos distribuídos pela Farmácia de alto custo. Não é justo ou mesmo humano



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO**



trocar um medicamento que está surtindo efeito por outro sem sequer estudar se o quadro de pacientes que faz uso do mesmo será capaz de ingerir o novo medicamento.

O medicamento BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5 MCG atualmente é consumido por meio do uso de uma bomba, que produz uma névoa, facilitando a inalação do medicamento. O novo medicamento proposto pela secretária de saúde do Distrito Federal e que estará disponível é o GLICOPIRRÔNIO 500CG COM INALADOR ELENCO ESTADUAL, trata-se de um medicamento que ao ser inalado injeta um pó nas vias aéreas e respiratórias. Vale lembrar, mais uma vez, que as pessoas com a DPOC sofrem de insuficiência respiratória grave e enorme dificuldade para respirar.

Segundo dados da Associação Brasileira de Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, o Brometo de Tiotrópio como medicação aos pacientes cuja doença alcançara o estágio mais grave e, até a presente data tem mantido sua finalidade, haja vista a comprovação de sua indicação a mais de 60% dos pacientes necessitados.

Fomos tomados por surpresa pelo fato de se pretender, conforme já anunciada a substituição desse medicamento por outro – (brometo de glicoperrônio) que, nas pesquisas cumpridas por esta Associação, mantém aproximadamente 7% nas prescrições médicas.

Por que substituir o que, comprovadamente é o mais indicado pelos Pneumologistas em detrimento do que está sendo indicado por 7%? Por que não permitir que ambos permaneçam?

O tratamento da exacerbação da DPOC pode ser realizado em nível ambulatorial ou hospitalar; a definição do local depende da gravidade do quadro e da certeza da correta adesão do paciente ao tratamento em domicílio.

Diversos elementos clínicos devem ser considerados na avaliação de pacientes com DPOC exacerbado. Eles incluem a gravidade da DPOC estável (o estadiamento da doença com base na espirometria), a presença de comorbidades e a história de exacerbações prévias. Um paciente com história de DPOC que chega ao pronto atendimento com queixa de aumento da dispneia, aumento da tosse, alteração




CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO



na produção e cor de escarro, apresenta um quadro de exacerbação da sua doença de base.

Nos últimos anos, a DPOC passou a ter um papel de destaque no cenário internacional. Um assombroso aumento da mortalidade por DPOC, comparado à redução da mortalidade por várias outras doenças, e o entendimento de que a DPOC havia sido erroneamente rotulada como progressiva, irreversível e não tratável foram alguns dos pontos-chaves responsáveis pelo interesse da comunidade científica. Na última década, surgiu um novo paradigma em relação à DPOC, fazendo com que a mesma fosse alvo de mais investigações, assim como de maior reconhecimento e identificação, por parte dos profissionais da saúde, com novas perspectivas para seu tratamento. No Brasil, segundo um estudo, estima-se que a DPOC acometa cerca de sete milhões de adultos de 40 anos ou mais. Apesar disso, somente 2% dessa população relata diagnóstico médico da doença, e apenas 18% refere estar sendo tratada. Mesmo dentre os casos mais graves de DPOC - estágios III e IV segundo o *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, a medicação é utilizada apenas por aproximadamente metade dos pacientes. Esse dado preocupante também é observado em países de alta renda. A falta do tratamento adequado e precoce da DPOC leva a consequências desastrosas para o paciente, como perda de função pulmonar e aumento da mortalidade. Nos últimos anos, vivemos um aumento da oferta de medicações específicas para o tratamento da DPOC, que agem sobre vários pontos na sua fisiopatologia.

Segundo o DataSUS (www.datasus.gov.br), a DPOC varia entre a quinta e sexta causa de morte no Brasil. Em 2004 ela era a sexta causa, com 35.478 mortes, atrás das doenças cardíacas (175.165 mortes), do câncer (129.800), do acidente vascular encefálico (87.742), das causas externas (suicídios, acidentes, assassinatos etc. - 44.565) e do diabetes (38.066).

De acordo com os dados do SUS, a maioria das hospitalizações por DPOC ocorreram no Brasil com mais frequência nas regiões Sul e Centro-Oeste. 



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO**



A DPOC é resultado da interação entre os fatores genéticos e ambientais. A predisposição genética é percebida pelo fato de que "apenas" 20% a 40% dos tabagistas desenvolvem a DPOC. Outro dado que salienta o componente genético é que "apenas" 5% dos fumantes de etnia oriental desenvolvem a doença. No entanto, ainda não está bem estabelecido quais cromossomos seriam os responsáveis por tal predisposição. Uma causa, embora rara, de origem genética bem documentada para o surgimento da DPOC é a deficiência de alfa-1-antitripsina.

Dentre os fatores ambientais envolvidos na gênese da DPOC, o tabagismo é o principal. Em torno de 80% a 90% dos casos de DPOC ocorrem em fumantes, que geralmente fumaram mais de 20 anos/maço. Em nosso meio, uma etiologia que não pode ser desprezada é a inalação da fumaça originada da combustão da lenha, utilizada principalmente em fogões domésticos.

A evolução natural e progressão da DPOC são variáveis; entretanto, a DPOC progride, especialmente naqueles que continuam expostos aos fatores de risco. Se a exposição termina, a doença pode continuar a evoluir, marcada pela taxa de declínio da função pulmonar, devido ao processo inflamatório que progride. Em outros, a cessação da exposição pode resultar em alguma melhora na função pulmonar e na redução de sua taxa de declínio. Portanto, o impacto da doença terá grande variação de acordo com a predisposição individual. Há períodos na evolução da DPOC em que os doentes experimentam aumento da tosse e da expectoração, alteração na cor do escarro e piora da dispnéia. Esta fase é conhecida como exacerbação da DPOC. Os indivíduos com DPOC apresentam, em média, duas a três exacerbações ao ano e geram maior custo de tratamento durante esta fase, principalmente se houver falência de tratamento, inicialmente proposto para a exacerbação.

A crise na área da saúde pública do Distrito Federal, que é de amplo conhecimento, tem causado à população transtornos muitas vezes irreparáveis, visto que os atrasos e ausências de atendimento e falta de medicamentos podem agravar significativamente os efeitos da doença resultando, inclusive, em morte. ☺



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO**



Tal situação fere não só a dignidade dos pacientes, mas também dos profissionais de saúde, a precariedade dessa situação fática leva ao retardo nos diagnósticos de doenças e conseqüentemente, uma piora em muitos prognósticos, podendo ocasionar em alguns casos, a própria morte, antes mesmo do atendimento.

É dever do Estado de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida. A população almeja e rápido por providências por parte das autoridades.

Em vista dessa situação e à luz do preceito consagrado no art. 196 da Carta Magna, abaixo transcrito, cabe ao Poder Executivo adotar medidas que sanem ou ao menos minimizem a carência da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, haja vista a imperiosa necessidade de garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Cabe, ressaltar o disposto no art. 204, da Lei Orgânica do Distrito Federal, o qual prevê que a saúde é direito de todos e dever do Estado assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Neste sentido é certo que ao Poder Legislativo compete exercer a função típica de legislar, bem como a função fiscalizatória, sendo que esta última compreende a fiscalização e o controle dos atos públicos, seja por intermédio de requerimentos de informação, convocação de autoridades e investigações parlamentares.

A Lei Orgânica do Distrito Federal, no seu art. 60, incisos XVI e 78, V, dispõe *in verbis*:

Setor Protocolo Legislativo

RA Nº 3593 / 18

Folha Nº 05 MC

Art. 60. Compete, privativamente, à Câmara Legislativa do Distrito Federal:

[...] e



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DO DEPUTADO DELMASSO**



XVI – fiscalizar e controlar os atos do Poder Executivo, incluídos os da Administração Indireta;

(....)

Art. 78. O controle externo a cargo da Câmara Legislativa, será exercido com auxílio do Tribunal de Contas do Distrito Federal, ao qual compete:

V – realizar, por iniciativa própria, da Câmara Legislativa ou de alguma de suas comissões técnicas ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil e patrimonial, nas unidades administrativas dos Poderes Executivo e Legislativo do Distrito Federal;

O Regimento Interno da CLDF também é claro sobre a competência do parlamentar em fiscalizar os atos do Poder Executivo no seu art. 15, incisos X e XII e art. 39, § 1º, inciso X, *in verbis*:

Art. 15. O exercício do mandato do Deputado Distrital inicia-se com a posse, cabendo-lhe, uma vez empossado:

[...]

X – ter acesso às informações necessárias à fiscalização contábil, financeira, orçamentária operacional e patrimonial do Distrito Federal e das entidades da administração direta e indireta;

XII – solicitar, por intermédio da Mesa Diretora, auditoria e inspeção do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

(....)

Art. 39. À Mesa Diretora incumbe a direção dos trabalhos legislativos e dos serviços administrativos estabelecidos neste Regimento Interno.

[...]

X – requisitar auditorias e inspeções do Tribunal de Contas do Distrito Federal sobre atos sujeitos à sua fiscalização;

Em face do delineado, rogo o auxílio dos nobres Parlamentares no sentido de ser aprovada a presente Proposição.

Sala das Comissões, em


Deputado DELMASSO
Autor

Setor Protocolo Legislativo
RQ Nº 3593/18
Folha Nº 06 *mc*

Assunto: Distribuição do Requerimento nº 3.593/18.

Autoria: Deputado (a) Delmasso (PRB)

Ao **SPL** para indexações, em seguida a **Mesa Diretora** para as providências que trata o art. 39, § 1º, X do Regimento Interno da Câmara Legislativa.

Em 15/06/18



MARCELO FREDERICO M. BASTOS

Matrícula 13.821

Assessor Especial