



Número 05/2015 – Salvador – Agosto- 2015

## INDICE

I - NOTÍCIAS .....	02
II - JURISPRUDÊNCIAS .....	37
III - PARECERES TÉCNICOS CESAU .....	38
IV - LEGISLAÇÃO .....	47
V - DECISÕES SOBRE INCORPORAÇÕES NO SUS.....	48

## II - NOTÍCIAS

### MINISTÉRIO CRIA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

*Documento busca dar atenção especial à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas e ribeirinhas.*

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, assinou nesta quarta-feira (6), durante reunião do Conselho Nacional de Saúde, em Brasília, a portaria que cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. A nova normativa busca integrar diversas ações já existentes para atendimento a essa população. O objetivo é promover o aleitamento materno e a saúde da criança, a partir da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, e em situação de rua.

“A Política sintetiza de maneira simples e clara para os gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde, os grandes eixos de ações que compõem uma atenção integral à Saúde da Criança e aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e da rede de serviços de saúde nos municípios e regiões de saúde”, disse o ministro da Saúde, Arthur Chioro.

A elaboração de uma Política Nacional de Saúde da Criança também vem ao encontro do pleito de entidades da sociedade civil, militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância, a Pastoral da Criança, além de organismos como Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Os sete eixos estratégicos da Política são: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

A Política considera como criança a pessoa na faixa etária de zero a nove anos e a primeira infância, de zero a cinco anos. Para atendimento em serviços de pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS), são contempladas crianças e adolescentes menores de 16 anos, sendo que este limite etário pode ser alterado conforme as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

“A ideia é manter por mais tempo o acompanhamento do adolescente pelo serviço de pediatria, como preconiza a Sociedade Brasileira de Pediatria, principalmente aquele que sofre de problemas de saúde crônicos, para garantir a continuidade do cuidado pelos mesmos profissionais com os quais mantém vínculo desde a infância”, explica o coordenador de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, Paulo Bonilha.

O processo de elaboração do documento orientador da normativa contou com a colaboração de vários atores governamentais e não-governamentais, como as Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Estados (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A construção da Política também contou com um Grupo de Trabalho composto por especialistas e gestores, com apoio conceitual e metodológico da

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis do Instituto Fernandes Figueira.

**META** - Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio (ODM) 2013, o Brasil alcançou em 2012 a meta internacional de diminuição da mortalidade na infância (menores de cinco anos). O índice, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), previa a redução em 2/3 da mortalidade desse público entre 1990 e 2015. No Brasil, a taxa passou de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, uma redução de 67,7%. O país também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de um ano de idade (mortalidade infantil), passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, queda de 68,3%.

Os avanços das condições de saúde da criança brasileira são decorrentes de ações como a ampliação da cobertura da atenção básica, do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno e do nível de escolaridade da mãe, além da diminuição da pobreza obtida pelo programa Bolsa Família. Essas ações se somam a outras políticas públicas que levaram à quase extinção de internações por desnutrição (agravo praticamente residual no país), por doenças imunopreveníveis (sarampo, difteria, tétano neonatal, poliomielite, varíola, rubéola, meningites) e por diarreia/pneumonia.

O aumento das consultas de pré-natal é outro exemplo de ação realizada pelo Ministério da Saúde junto com estados e municípios que contribuiu para a redução da mortalidade infantil e materna. Somente em 2014, foram realizadas mais de 20 milhões de consultas de pré-natal pelo SUS, o que representa aumento de 57% em relação a 2007 (quando foram realizadas 12,7 milhões de consultas).

[Acesse aqui a Portaria MS nº1130/2015 - PNAISC](#)

FONTE: Ministério da Saúde.

## Governo Federal lança plano de cuidados para mulheres do campo

*Será priorizada a atenção integral à saúde das mulheres, com ações de prevenção do câncer do colo do útero e de mama, e da saúde sexual e reprodutiva. Serão investidos R\$ 16 mi em carretas odontológicas.*

O Ministério da Saúde lançou nesta quarta-feira (12), em Brasília, durante a V Marcha das Margaridas - que reúne trabalhadoras rurais, extrativistas, indígenas e quilombolas -, uma série de iniciativas que considera a realidade das mulheres do campo, das florestas e das águas, ampliando o acesso ao cuidado em saúde. O Ministério da Saúde investiu R\$ 16,7 milhões na compra de 102 Unidades Odontológicas Móveis para distribuir, ainda em 2015, a municípios que tenham população em área rural, que fazem parte do Programa Brasil Sem Miséria, e outras sete em áreas indígenas. A cada ano, serão repassados R\$ 6,1 milhões para o custeio dessas unidades.

A presidenta da República, Dilma Rousseff, anunciou o lançamento da mobilização nacional para promover a atenção integral e o cuidado da saúde da mulher, relatando avanços na oferta de serviços. “A saúde da mulher do campo, da floresta e das águas passará a fazer parte do calendário oficial do Sistema Único de Saúde (SUS)”, disse. “Vamos avançar no cuidado ao câncer, particularmente de mama e do colo. Vamos Aprimorar as condições para o tratamento de intoxicações por agrotóxicos e por acidentes com animais peçonhentos. Teremos também avanços significativos na atenção à saúde bucal”, enumerou a presidenta.

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, reforçou que “todas essas iniciativas são um compromisso do governo federal para intensificar a saúde da mulher do campo, da floresta e das águas, expressas em programas como o Mais Médicos, que hoje conta 1.510 médicos que atendem às comunidades ribeirinhas, quilombolas e indígenas. São ações que estão disponíveis nas

unidades de saúde durante todo o ano, contudo, no mês de mobilização nacional, o atendimento será prioritário”.

Durante um mês, em todos os anos, serão intensificadas as ações de atenção integral à saúde dessas mulheres por meio de mobilização nacional. Neste ano, em novembro, os postos de saúde se organizarão para acolhê-las, de forma prioritária, ofertando consultas clínico-ginecológicas e exames preventivos, como papanicolau e mamografia, reforçando, assim, o cuidado ao câncer, especialmente de mama e colo. Também será feita a detecção de hipertensão e diabetes, distribuição da vacina do HPV, de pílula do dia seguinte e atualização do esquema vacinal.

Para continuar enfrentando a mortalidade materna, o Ministério da Saúde propõe aos grupos dessas populações, a capacitação de 200 parteiras tradicionais da população do campo e de áreas distantes e entregar um conjunto de instrumentos para auxiliá-las neste ofício. Será ainda *incorporada* ao Sistema Único de Saúde (SUS) uma ação inovadora, que é a distribuição de kits anti-hemorragia (traje de emergência), para serem utilizados, caso necessário, após o parto para controle de sangramento. A medida garantirá que as mulheres que se encontrarem nestas condições consigam chegar de forma segura ao hospital mais próximo. Assim, serão disponibilizados 500 trajes de emergência e serão treinados profissionais de saúde para utilizá-los.

**PROTEÇÃO** - Outro compromisso assumido durante a V Marcha das Margaridas será o de ampliar o acesso regulamentado aos Serviços e Centros de Informação Toxicológica na rede de urgência e emergência e aumentar a divulgação desses serviços, que poderão ser acessados por telefone para esclarecimentos e orientações tanto para profissionais de saúde, por meio do Telessaúde, quanto para a população em geral em caso de intoxicação ou picada por animal peçonhento. Com isso, o objetivo é ofertar melhores condições para que os profissionais possam tratar com qualidade as intoxicações agudas e crônicas por agrotóxicos e acidentes por animais

peçonhentos, pela exposição no trabalho, acidente doméstico ou ingestão intencional.

[Plano Nacional de Políticas para as Mulheres \(2013-2015\)](#)

[Monitoramento e Acompanhamento Dapolítica Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres](#)

FONTE: Ministério da Saúde.

## País atinge meta per capita de oferta de hemoderivados

Atualmente, cerca de 12 mil hemofílicos fazem tratamento gratuito pelo SUS com medicamentos como o Fator VIII Recombinante, considerado o mais moderno. O consumo no país atingiu 3,0 UI per capita.

O Brasil está entre os países que mais ampliou a assistência aos pacientes com doenças do sangue (coagulopatias). Neste ano, o país atingiu a meta definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza o consumo de hemoderivados de 3,0 unidades internacionais (UI) per capita. Isso significa que mais pacientes portadores de hemofilia estão tendo acesso a medicamentos na rede pública de saúde, como o Fator VIII plasmático, Fator VIII Recombinante e Fator IX. Para este ano, o Ministério da Saúde irá investir quase três vezes mais que o total gasto em 2008, passando de R\$ 234 milhões para cerca de R\$ 880 milhões.

Juntamente com o aumento do investimento também houve crescimento na disponibilidade e no consumo de medicamentos para tratamento de hemofilia. No caso do Fator VIII, em 2008, foram consumidos 203,9 milhões de UI, enquanto que em 2014 foram utilizadas 562,3 milhões de unidades entre as formas plasmática e recombinante. Até junho deste ano foram distribuídas 288,7 milhões de unidades, tendo sido consumidas 265,1 milhões de unidades, representando 3 UI per capita. Desde a implementação, em 2012, de diferentes tratamentos para a hemofilia, inclusive preventivos, o Ministério vem distribuindo um quantitativo superior ao consumo da população, evitando o desabastecimento de hemoderivados para os pacientes atendidos pelo SUS.

“Desde 2013, o Brasil vem ampliando significativamente o acesso aos pacientes hemofílicos ao tratamento, a partir da introdução do Fator VIII Recombinante associado ao Fato VIII Plasmático. Podemos assegurar que não há falta de fatores de coagulação no país. Este ano, inclusive, o Ministério da Saúde está complementando o orçamento em aproximadamente R\$ 300 milhões para ampliar a compra de fatores de coagulação”, afirma o



coordenador-geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, João Baccara.

Atualmente, cerca de 12 mil hemofílicos brasileiros fazem tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para o cálculo da necessidade dos fatores de coagulação para a população brasileira é considerada a proporção populacional de 3,0 UI per capita, podendo haver, se necessário, eventuais ajustes e complementações nos quantitativos mensais enviados a cada estado, a partir do estoque estratégico do Ministério da Saúde. O Brasil é um dos poucos países do mundo com uma política específica para as coagulopatias. Países como, Argentina, Costa Rica, Polônia e Turquia também fazem uso da mesma proporção brasileira.

Desde 2004, por meio da Coordenação-geral de Sangue e Hemoderivados, o Ministério da Saúde desenvolve uma política de atenção aos pacientes com coagulopatias hereditárias, trabalhando tanto no fornecimento de pró-coagulantes quanto na promoção da assistência prestada a estes pacientes. O Ministério realiza o controle dos estoques nos estados por meio do sistema Hemovida Web Coagulopatias (módulo de controle de estoques), que dispõe de diversas informações técnicas referentes ao controle de estoque e infusões, cujo preenchimento é realizado pelos gestores estaduais da hemorrede.

A hemofilia é uma doença hemorrágica, de origem genética, que pode levar, entre outras dificuldades, a perda de mobilidade do paciente. Traumas - até os mais leves que ocorrem na vida de qualquer criança - podem causar hemorragias graves e que ameaçam a vida ou causam sequelas. Atualmente existem cerca de 12 mil hemofílicos são assistidos pelo SUS, 10 mil deles com hemofilia A e 2 mil com hemofilia B. Desse total, 4,3 mil são portadores da forma grave da doença, caracterizada por sangramentos em uma ou mais articulações, que pode levar ao dano articular e em alguns casos à invalidez.

**AVANÇOS** - Desde novembro de 2011, o Ministério da Saúde passou a promover uma série de avanços na política de atenção aos pacientes com coagulopatias hereditárias que impactaram, de forma positiva, na qualidade de vida dos pacientes, com a implantação de tratamentos de Imunotolerância e Profilaxia Primária, utilizada em pacientes com até três anos de idade.

No mesmo ano, o tratamento domiciliar deixou de ser considerado de urgência e passou a ser um tratamento de prevenção e promoção à saúde, uma vez que foi recomendada pelo Ministério da Saúde a ampliação das doses domiciliares. A iniciativa proporcionou mais qualidade de vida ao paciente submetido ao tratamento, oferecido pelo SUS.

Em 2012, o Ministério da Saúde recomendou a Profilaxia Secundária (para todos os pacientes com indicação), que passou a ser realizada de duas formas. Na modalidade de curta duração, o tratamento, com reposição do fator coagulante, é administrado de maneira intermitente por tempo determinado (3 a 12 meses) para tratamento de sangramentos frequentes e complicações. Pode ser aplicada em pacientes com qualquer uma das formas de hemofilia. Já na de longa duração, o tratamento de reposição é administrado de maneira periódica e ininterrupta a longo prazo (45 semanas por ano), iniciado após duas ou mais hemartroses (sangramento para o interior da articulação) ou após os três anos de idade. A profilaxia secundária de longa duração é destinada somente a pacientes com hemofilia A ou B grave.

O conjunto das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde possibilitou, em maio de 2014, o reconhecimento da Federação Mundial de Hemofilia à Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde pela contribuição na promoção do cuidado e tratamento das pessoas com hemofilia e outras doenças hemorrágicas no Brasil.

Desde maio de 2013, a Hemobrás fornece ao Ministério da Saúde o Fator VIII Recombinante. O fator VIII recombinante, rotulado com a marca Hemo-8r, é resultado da parceria pública privada (P&P) firmada pela Hemobrás para

transferência e desenvolvimento de tecnologia de produção deste medicamento. Em dezembro de 2014, os produtos resultado dessa parceria passaram a ser ofertados no SUS com a marca da Hemobrás.

O medicamento plasmático é produzido a partir de proteína encontrada no plasma do sangue humano, mas em baixa quantidade. Já o recombinante é obtido por meio de engenharia genética. Ao contrário do fator plasmático, o recombinante tem produção ilimitada em laboratório e, por isso, pode ser oferecido para tratamento profilático (preventivo). Antes, o tratamento era praticamente restrito ao atendimento de emergência. Para o próximo ano, a previsão é ampliar ainda mais a oferta e o acesso ao Fator VIII Recombinante e Plasmático.

FONTE: Ministério da Saúde.

## Na Bahia, 955 mil crianças devem ser vacinadas contra a pólio na campanha

*Ministério da Saúde distribui, para o Estado, 1,1 milhão de doses da vacina contra a pólio. Durante a campanha, também haverá atualização de outras vacinas da infância.*

Em parceria com estados e municípios, o Ministério da Saúde realiza a 36ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. De 15 até o dia 31 deste mês, a meta é imunizar 12 milhões de crianças entre seis meses e cinco anos incompletos. Isso representa 95% do público-alvo, formado por 12,7 milhões de crianças.

Na Bahia, a meta é vacinar 95% das 955 mil crianças que fazem parte do público-alvo. Para isso, o Ministério da Saúde distribuiu 1,1 milhão de doses ao estado.

A ida ao posto de saúde também será a oportunidade para colocar a vacinação das crianças em dia. Por isso, paralelamente à campanha contra poliomielite, o Ministério da Saúde promove uma mobilização para atualizar o esquema vacinal das crianças menores de cinco anos. Os profissionais de saúde vão avaliar a caderneta infantil, alertando aos pais sobre as vacinas que estão vencendo.

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, reforça que a mobilização é uma oportunidade para pais e responsáveis protegerem seus filhos contra doenças que podem ser prevenidas por meio da vacinação. “Esta é uma ação muito importante para garantir a saúde das nossas crianças. Elas só estarão protegidas, de fato, quando completarem todo o esquema de vacinal”, afirma Chioro. Segundo ele, para facilitar aos pais que trabalham, mais de 100 mil postos estarão abertos em todo o Brasil, nesta sábado.

Os responsáveis devem levar o cartão de vacinação para avaliação do profissional de saúde. As doses atrasadas serão aplicadas e agendadas, de acordo com a situação de cada criança. Aquelas que nunca foram vacinadas

contra a poliomielite não receberão as gotinhas na campanha. A proteção contra o vírus é realizada com duas doses da vacina inativada poliomielite (VIP), injetável, aplicada aos dois e quatro meses de vida, e uma dose da vacina oral, aos seis meses.

A vacina é extremamente segura. Não existe tratamento para a poliomielite e a única forma de prevenção é a vacinação. A vacina protege contra os três sorotipos do poliovírus 1, 2 e 3. A eficácia da imunização é em torno de 90% a 95%. Ela é recomendada mesmo para as crianças que estejam com tosse, gripe, coriza, rinite ou diarreia. Para crianças com infecções agudas, com febre acima de 38°C ou com hipersensibilidade a algum componente da vacina, o Ministério da Saúde recomenda aos pais que consultem um médico para avaliar se a vacina deve ser aplicada.

Com a campanha de atualização, o Ministério da Saúde busca aumentar a cobertura vacinal, diminuir o risco de transmissão de doenças que podem ser evitadas, além de reduzir as taxas de abandono. As vacinas oferecidas protegem contra tuberculose, rotavírus, sarampo, rubéola, coqueluche, caxumba, varicela, meningites, febre amarela, hepatites, difteria e tétano, entre outras.

Para a realização da campanha, estarão disponíveis mais de 100 mil postos espalhados por todo o país, 350 mil profissionais de saúde e 42 mil veículos (terrestres, marítimos e fluviais).

**POLIOMIELITE** - O Brasil está livre da poliomielite desde 1990 e, em 1994, o país recebeu, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Certificação de Área Livre de Circulação do Poliovírus Selvagem em seu território. Entretanto, nove países registraram casos em 2014 e 2015. Em três países - Nigéria, Paquistão e Afeganistão - a poliomielite é endêmica. Os casos registrados na Somália, Guiné Equatorial, Iraque, Camarões, Síria, Etiópia foram decorrentes de importação do poliovírus selvagem. Por isso, a

vacinação é fundamental para que casos de paralisia infantil não voltem a ser registrados no Brasil.

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa grave. Na maioria dos casos, a criança não vai a óbito quando infectada, mas adquire sérias lesões que afetam o sistema nervoso, provocando paralisia irreversível, principalmente nos membros inferiores. A doença é causada pelo poliovírus e a infecção se dá, principalmente, por via oral.

O Brasil é referência mundial em vacinação e o Sistema Único de Saúde (SUS) garante à população brasileira acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, são disponibilizadas pela rede pública de saúde de todo o país 17 vacinas no Calendário Nacional de Vacinação, para combater mais de 20 doenças, em diversas faixas etárias.

**Esquema sequencial para crianças que iniciam a vacinação contra a poliomielite**

<b>Idade</b>	<b>Qual a vacina</b>
<b>2 meses</b>	<b>Vacina inativada poliomielite - VIP</b>
<b>4 meses</b>	<b>VIP (injetável)</b>
<b>6 meses</b>	<b>Vacina oral poliomielite - VOP</b>
<b>15 meses</b>	<b>VOP (reforço)</b>

FONTE: Ministério da Saúde.

## Novos medicamentos para hepatite C chegam ao SUS este ano

*No primeiro ano de incorporação ao SUS, 30 mil pessoas serão beneficiadas. O novo tratamento garante mais qualidade de vida e conforto ao paciente.*

Uma nova terapia que aumenta as chances de cura e diminui o tempo de tratamento aos pacientes com hepatite C estará disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) até dezembro deste ano. Composto pelos medicamentos daclatasvir, simeprevir e sofosbuvir, o novo tratamento vai beneficiar cerca de 30 mil pessoas nos próximos 12 meses. O anúncio foi feito nesta segunda-feira (27) pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, durante solenidade que marca o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites, celebrado amanhã (28), em Brasília.

[Confira a apresentação](#)

[Veja aqui o material da campanha](#)

Na cerimônia, foi apresentada a nova campanha publicitária de prevenção às Hepatites Virais 2015 e o novo boletim epidemiológico da doença. Também foi lançado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. “Estamos incorporando no SUS o que tem de mais moderno no tratamento para a hepatite C. Com isso, o Brasil assume a vanguarda na oferta desta terapia, como já fizemos com a aids, com a oferta de antirretrovirais, afirmou Arthur Chioro durante a solenidade.

O ministro ressaltou que o Brasil é um dos primeiros países em desenvolvimento ofertar, de forma pública e sustentável, este tipo de tratamento. “Isso se deu graças aos esforços de negociação que possibilitaram descontos de até 90% no mercado internacional”, frisou Chioro.

**INDICAÇÃO DO TRATAMENTO** - As novas medicações vão beneficiar pacientes que não podiam receber os tratamentos ofertados anteriormente, entre eles

os portadores de coinfeção com o HIV, cirrose descompensada, pré e pós-transplante e pacientes com má resposta à terapia com Interferon, ou que não se curaram com tratamento anterior. A meta é ampliar a assistência às hepatites virais, minimizando as restrições impostas pelo tratamento anterior. A nova terapia garante ao paciente mais conforto e qualidade.

Pacientes que venham a solicitar, ou que já estejam em tratamento com Boceprevir e Telaprevir, não serão prejudicados, uma vez que o fornecimento desta medicação será assegurado até o final do tratamento. O documento também padroniza uma rotina de exames e de consultas médicas, permitindo maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde, do agravo e da assistência necessária aos pacientes.

O diretor do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Fábio Mesquita, destacou que a grande vantagem do novo protocolo é a ampliação do acesso do ao tratamento de hepatite C crônica. “O protocolo prevê que os novos medicamentos sejam disponibilizados aos pacientes com co-infecção HIV/Hepatite C, aos pós-transplantados de fígados e outros órgãos e outras indicações específicas. Isso irá possibilitar que possamos dobrar o número de pacientes atualmente em tratamento”, ressaltou o diretor.

Para a compra dos medicamentos, apenas neste ano, a previsão é de que sejam investidos até R\$ 500 milhões. O Ministério da Saúde conseguiu negociar os preços dos medicamentos com as indústrias farmacêuticas, com descontos de mais de 90% em relação aos preços de mercado. Além do novo tratamento, o Protocolo apresenta também as novas diretrizes para o monitoramento da hepatite C. O Brasil é um dos primeiros países em desenvolvimento a incorporar esse novo tratamento.

**CAMPANHA** - Focada no incentivo ao diagnóstico e ao tratamento, a campanha traz mensagens com alertas a população. Uma delas, direcionada à população a partir dos 40 anos, incentiva a testagem: “Se você fez cirurgia antes de



1993, precisa fazer o teste para hepatite C. O teste é o primeiro passo para a cura”.

Nesse público entram pessoas que sofreram acidentes nessa época (antes de 1993) e precisaram de transplantes, transfusão de sangue ou que se expuseram a algum tipo de contato com sangue (por meio de compartilhamento de seringas, objetos cortantes). Os personagens do filme para TV são pessoas reais que passaram por cirurgias, transfusões ou transplantes antes de 1993. A campanha conta ainda com material jingle rádio, cartazes, folhetos, mobiliário urbano e ação de internet.

Outro foco da campanha é a hepatite tipo B, com jovens adultos como público-alvo. O slogan “Vacina de três doses Hepatites B. Eu me amo, eu me previno, eu tomo a vacina”, acompanha as seguintes peças: filme para internet, estratégia rede social, outdoor nas cidades de Recife, Fortaleza, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Ceilândia (DF) e Mauá (SP), além de exibição de filme em TV internas de universidades.

**Hepatite C** - O SUS garante o acesso aos medicamentos de combate à doença para todos os pacientes diagnosticados e com indicação de tratamento medicamentoso. Vale ressaltar, que nem todas as pessoas que contraíram o vírus precisam ser medicadas, sendo uma recomendação estabelecida por protocolo e avaliação médica.

Em 13 anos de assistência à doença no SUS, foram notificados e confirmados 120 mil casos, e realizados mais de 100 mil tratamentos. Atualmente são 10 mil casos notificados ao ano. Estima-se que a tipo C seja a responsável por 350 e 700 mil mortes por ano no mundo. No Brasil, são registrados cerca de três mil mortes por associadas à hepatite C. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Brasil registra 8.040 novos casos de câncer de fígado ao ano. A doença é responsável de 31% a 50% dos transplantes em adultos.

Desde 2011, o país também distribui testes rápidos para a hepatite C. Naquele ano, foram distribuídos 15 mil testes, já em 2014 o número saltou para 1,4

milhão de testes. Este ano, está prevista uma compra de 8,6 milhões de testes a serem distribuídos nos próximos anos.

Sem diagnóstico até 1993, a hepatite C, como a hepatite B, também é uma doença de poucos sintomas. Outras formas de transmissão são o compartilhamento de objetos de uso pessoal e para uso de drogas. A transmissão sexual ainda é um tema muito debatido por pesquisadores de todo o mundo, estando presente nas populações de jovens; homens que fazem sexo com outros homens, trans e travestis.

**Hepatite B** - Um terço da população mundial - aproximadamente dois bilhões de pessoas - já foi exposta à hepatite B. No Brasil, estima-se que cerca de 14 milhões de pessoas (aproximadamente 7,4% da população) podem ter sido expostos à doença. No entanto, apenas 1% não se curaram espontaneamente, apresentando infecção crônica. Trata-se de uma doença de poucos sintomas, e que pode passar despercebida.

A hepatite B apresenta cerca de 17 mil casos confirmados a cada ano no Brasil. Em 2000, foram notificados 1.169 casos, já no ano de 2013 e 2014 foram notificados 17.814 e 17.940 casos respectivamente, indicando uma estabilidade nos últimos anos. Nesses registros estão contempladas desde infecções recentes até infecções antigas, mas que somente foram diagnosticadas naquele ano.

Os dados mostram ainda uma expressiva queda nos casos de hepatite B em menores de 15 anos de idade dentre todos os casos notificados. Nesta faixa etária, constatou-se uma redução de 46,2% nos casos de hepatite B. Em 2005, eram 594 casos e já em 2014 o número é de 320.

A vacinação contra a hepatite B nas faixas etárias abaixo de 15 anos, que foi implementada pelo Ministério da Saúde desde 1996, tem uma cobertura nacional acima de 97%, sendo uma das razões para os índices menores de infecção nessas faixas etárias.

A partir dos 15 anos de idade há crescimento dos índices da doença em todas as regiões do país. Para reverter essa situação, a campanha lançada nesta segunda-feira (27) é focada neste público de adolescentes e adultos jovens para alertar sobre a importância da vacinação. A vacina está disponível em unidades de saúde para a população até 49 anos de idade ou casos pessoas que apresentarem um fator de risco para exposição à doença.

A hepatite B é uma doença transmitida pelo contato com sangue contaminado, podendo também ser adquirida em relações sexuais sem proteção. Apesar da possibilidade cura espontânea, é uma doença de maior transmissibilidade que o HIV, resultando em crônica em cerca de 20% dos casos. Nos casos mais graves, pode levar à cirrose hepática e câncer de fígado.

**HEPATITE A** - Desde 2005, a doença vem apresentando redução progressiva de 69,7% no número de casos. Em 2005, eram 21.554 casos e, em 2014, os dados preliminares apontam 6.520 novos casos.

O novo boletim também demonstra que, além a queda no número de casos nos últimos anos, a hepatite A permanece concentrada em faixas etárias mais jovens. As crianças entre 5 e 6 anos de idade são as mais afetadas. Na faixa etária de menores de 5 anos, são 878 casos, na de 5 a 9 anos são 1.796 casos, totalizando 41% do total de casos.

**VACINA** - Desde o ano passado, a vacina para hepatite A é ofertada para crianças entre 1 a 2 anos de idade incompletos. Esta estratégia tem como objetivo proteger essas crianças antes de atingirem a idade em que a doença é mais comum. A hepatite A é uma doença caracterizada, muitas vezes, por diarreia e icterícia (cor amarela de pele, olhos e mucosas). Entretanto, a doença é frequentemente assintomática e de elevada transmissibilidade. É transmitida por alimentos, água e objetos contaminados e, até mesmo, por contato pessoal, se não houver higiene adequada.

FONTE: Ministério da Saúde.

## Ministério da Saúde destina R\$ 12,5 milhões para a Bahia

*Estratégia prevê investimento em cirurgias prioritárias com o objetivo de reduzir o tempo de espera.*

Para tornar mais eficiente o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuir para o crescimento do número de cirurgias eletivas realizadas no Brasil, o Ministério da Saúde liberou, nesta quinta-feira (23), R\$ 12,5 milhões para o Estado da Bahia. A [Portaria 1.034/2015](#), que destina esses recursos, também redefine a estratégia para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, como cirurgias de varizes, ortopédicas, de urologia e otorrinolaringologia, incluindo retirada de amígdalas.

Os recursos fazem parte de uma estratégia do Ministério da Saúde para garantir o acesso da população aos procedimentos disponibilizados no SUS. A Portaria prevê o fim do repasse por componentes. Pelas regras anteriores, o gestor local só poderia receber novos recursos para cirurgias eletivas se tivesse gastado todo o montante passado para cada um deles. Ou seja, se usasse todo o dinheiro do componente II (Especialidades e Procedimentos Prioritários), não poderia receber mais incentivos financeiros sem que utilizasse o valor dos componentes I (Cirurgias de Catarata) e III (Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de média complexidade, considerados relevantes para ampliação do acesso no contexto loco-regional).

Agora, além de agilizar o processo, a nova portaria permitirá aos gestores locais remunerar de forma diferenciada os seus prestadores para estimular a realização de cirurgias eletivas. A medida possibilita a ampliação da oferta de

procedimentos reduzindo as filas de espera e beneficiado um número muito maior de pessoas de maneira permanente.

Os valores disponibilizados foram definidos com base em estudo comparativo da frequência de cirurgias eletivas feitas em anos anteriores pelos estados, Distrito Federal e municípios. A transferência dos recursos se dará após a realização dos procedimentos cirúrgicos nos hospitais.

Além do repasse previsto na portaria 1.034/2015, os gestores locais contam com o limite financeiro de média e alta complexidade (Teto MAC), dinheiro enviado mensalmente pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios que pode ser usado para cirurgias eletivas. Existe ainda a possibilidade de os governos estaduais e municipais usarem recursos próprios para essa finalidade.

**AUMENTO** - No início deste mês, o Ministério da Saúde liberou outros R\$ 143,3 milhões para custear as cirurgias eletivas em dez estados, que realizaram uma alta quantidade de procedimentos até fevereiro deste ano. O objetivo da pasta, que destinou na ocasião um recurso extra, - além do que já havia sido repassado anteriormente - é possibilitar que os estados e municípios continuem a aumentar a realização desses procedimentos.

O número de cirurgias eletivas no Brasil cresceu 11,7% em dois anos, passando de 2.120.580 em 2012 para 2.370.039 em 2014. No mesmo período, o investimento do Ministério da Saúde saltou de R\$ 1,04 bilhão para R\$ 1,33 bilhão (crescimento de 27,2%).

FONTE: Ministério da Saúde.

## **Anvisa aprova vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)**

A Anvisa aprovou o registro da vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) em nome da Fundação Oswaldo Cruz (Bio-Manguinhos). A vacina é fruto de uma Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) firmada entre a Fundação e o parceiro privado GlaxoSmithKline Brasil Ltda.

A vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) é indicada para a imunização ativa de crianças com idade de 12 meses a 12 anos, contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela.

A utilização da vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) deve ser baseada nas recomendações oficiais do Ministério da Saúde.

FONTE: ANVISA

## **Gestão de leitos garante nos hospitais estaduais 560 novas vagas de enfermaria e 70 de UTI**

A superlotação e a falta de vagas são obstáculos para quem procura os hospitais públicos em todo o país. Os recursos escassos são geralmente utilizados como justificativa para este cenário, o que de fato contribui, no entanto, mudanças simples no modo de gerir os hospitais podem melhorar o quadro.

Compreendendo esta realidade, hoje (5), dia Nacional da Saúde, uma boa notícia para os baianos. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) desenvolveu uma estratégia para ampliar o número de leitos sem que seja construído um só hospital. Dentro de seis meses, a expectativa é que a rede pública de média e alta complexidade ganhe 560 novas vagas de enfermaria e 70 de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). “Isso é possível com a implantação da gestão de leitos em todas as unidades, mas também não basta implantar, tem que ser eficiente”, afirma o secretário da Saúde do Estado, Fábio Vilas-Boas.

Neste processo de melhoria contínua que envolve o engajamento de todos, o objetivo é buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro de critérios técnicos definidos, visando a diminuição da espera para internação, transferências externas, alta hospitalar e satisfação dos pacientes e profissionais de saúde.

Para alcançar esta meta, a Sesab está promovendo um curso de capacitação em Gestão Hospitalar, com duração de 72 horas, voltado para diretores médicos e administrativos dos hospitais da Rede Própria. O curso, que teve início no dia 31 de julho, tem duração de seis meses, com aulas a cada 15 dias, e certificado emitido pela Escola Estadual de Saúde Pública (EESP).

Utilizando o cenário epidemiológico dos hospitais baianos e cruzando com os dados de referência do tempo médio de permanência e ocupação dos leitos da Agência Nacional de Saúde (ANS) e do Ministério da Saúde (MS), os hospitais baianos da rede pública terão metas para o giro de leitos. “O conceito é simples: em média, cada leito de enfermaria, UTI adulto e pediátrico deverão ser ocupados por três pacientes no mês. É claro que existem casos excepcionais e serão tratados como tal”, afirma o superintendente de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde, José Saturnino Rodrigues, que ressalta ainda a diferença do tempo médio de ocupação da UTI Neonatal e Obstetrícia, visto que são 15 dias e três dias, respectivamente.

Da humanização à economia

No conteúdo programático do curso, a variedade reflete a complexidade da gestão hospitalar: administração; corpo clínico; acolhimento e humanização; economia na saúde (gestão financeira, planejamento e orçamento, noções de custos, faturamento SUS); marketing hospitalar; documentação legal; serviços estatísticos; relacionamento com órgãos como Procuradoria Geral, Tribunal de Contas e Corregedoria; auditoria do SUS; exigências da Vigilância Sanitária; relacionamento com Central de Transplantes e Hemoba; administração de materiais; engenharia clínica e manutenção; tecnologia da informação; gestão de contratos; gestão do SUS; hotelaria; higienização e lavanderia; e coleta seletiva.

Uma das unidades de referência em padrão de atendimento e gestão de leitos é o Hospital do Subúrbio. Com 313 leitos, a unidade hospitalar tem, em média, 38 altas por dia, pouco acima da meta estabelecida, que seriam 30. Na avaliação do secretário Fábio Vilas-Boas, a qualidade da assistência praticada na instituição é “uma prova de que é possível fazer saúde pública com recursos limitados, bem aplicados e bem geridos, traduzindo-se, conseqüentemente, em qualidade assistencial e bem-estar para a população”.

FONTE: Ascom/Sesab



## Bahiafarma produzirá medicamentos para tratamento de HIV e hepatite C

Em menos de três meses da nova gestão, a Bahiafarma, empresa vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), assinou acordos internacionais para a transferência de tecnologia e comercialização de produtos nas áreas de prótese, órtese e testes rápidos para diagnóstico. Hoje (12) a entidade galga um novo patamar no cenário nacional com a assinatura de um memorando de entendimento para produção de três medicamentos antivirais e antirretrovirais para o tratamento de HIV/Aids e Hepatite C.

Ao se associar a Gilead Sciences, uma das gigantes mundiais do setor farmacêutico, a Bahiafarma busca atender à crescente demanda do Sistema Único de Saúde (SUS) nas áreas em questão, além de incorporar tecnologia e incentivar empresas a se instalarem no Estado, transformando a Bahia em um pólo farmoquímico. “Hoje a Bahiafarma consolida sua participação no mercado farmacêutico nacional e desponta como uma das mais competitivas empresas farmacêuticas estatais do país. O nosso trabalho tem foco na profissionalização, inovação e resultados”, afirma o secretário da Saúde da Bahia, Fábio Vilas-Boas.

Segundo ele, a expectativa é que menos de dois anos, a Bahiafarma dispute a liderança de inovação e faturamento entre os laboratórios públicos no Brasil, se equiparando a entidades com décadas de tradição, como o Instituto Butantan, em São Paulo, e Bio-Manguinhos e Farmanguinhos, no Rio de Janeiro. “Todo este trabalho visa reduzir progressivamente os custos do SUS com a aquisição de medicamentos e desta forma, ampliar o acesso da população aos diversos tratamentos”, pontua o secretário.

Entre os medicamentos previstos para a transferência de tecnologia está o sofosbuvir (Sovaldi®), que é utilizado no tratamento da Hepatite C. Para se ter uma ideia do tamanho do mercado nacional, em julho deste ano, o Ministério da Saúde adquiriu da Gilead Sciences a quantidade de 2.684.304 comprimidos no valor de R\$679 milhões. Os outros fármacos que fazem parte do acordo são o tenofovir disoproxil fumarate (Viread®) e a associação da emtricitabina com o tenofovir disoproxil fumarate (Truvada®).

De acordo com o titular da pasta da Saúde, a negociação com os representantes na Gilead no Brasil e na sede da empresa, nos Estados Unidos, garante a exclusividade no mercado brasileiro. “A inserção da Bahiafarma neste mercado significa que estamos no estado da arte do segmento farmacêutico. Além de contribuirmos com a redução dos custos para a aquisição de medicamentos pelo SUS, permitimos um tratamento mais eficaz para os brasileiros, uma vez que o sofosbuvir é utilizado em associação com outros antivirais de ação direta, sendo altamente efetivo em comparação aos tratamentos anteriores”, afirma o secretário.

À frente da Bahiafarma há menos de três meses, o diretor geral e farmacêutico Ronaldo Dias, destaca que “este acordo visa o fomento ao desenvolvimento tecnológico e intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito da produção pública nacional, tornando-a competitiva e capacitada”, ressalta o diretor geral, que pontua ainda a possibilidade de exportar os medicamentos para países da América Latina e Caribe, ampliando a atuação da Bahiafarma e garantindo divisas para o Estado da Bahia.

## HIV/Aids

O acordo da Bahiafarma e Gilead Sciences oferece ao Brasil uma nova alternativa para o fornecimento de antirretrovirais, complementando a já bem sucedida implementação da produção pública local de antirretrovirais em outros Estados do país.

Na avaliação do secretário da Saúde, Fábio Vilas-Boas, a parceria de fornecimento de antirretrovirais é pautada pelas necessidades estabelecidas pelo Governo Federal, com o objetivo de melhor atender o já consagrado, e reconhecido mundialmente, programa de HIV/AIDS brasileiro. Atualmente cerca de 734 mil pessoas vivem com o vírus HIV no Brasil. Destas, 589 mil estão diagnosticadas e, entre elas, 404 mil pessoas utilizam o tratamento antirretroviral.

Com o envolvimento nesse projeto e na produção de teste diagnósticos para HIV, a Bahiafarma caminhará auxiliando o Brasil no cumprimento do compromisso da meta 90/90/90 até 2020, que consiste em 90% de pessoas vivendo com HIV/Aids com conhecimento do seu estado sorológico; 90% das pessoas HIV+ em tratamento; e 90% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável.

O País gasta em média R\$ 3,5 bilhões por ano para prover assistência à saúde para pacientes já diagnosticados com HIV/Aids. O tratamento medicamentoso é a principal maneira de controlar a infecção e prevenir complicações da doença. Atualmente, a implementação do tratamento para evitar o início infecção, denominado Profilaxia Pré-exposição (PrEP), tem sido reconhecido como uma das mais importantes medidas de saúde pública para o controle da transmissão do HIV.

## Hepatite C

A hepatite C é uma doença viral crônica, geralmente silenciosa, responsável pela maioria dos casos de cirrose, câncer de fígado e transplante hepático no Brasil. De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 3% da população mundial pode ter tido infecção por esse vírus, o que corresponde a 185 milhões de pessoas. No Brasil, a prevalência na população é em torno de 1,4% a 1,7%, principalmente entre os maiores de 45 anos.

A transmissão ocorre, principalmente, por meio de transfusão de sangue, compartilhamento de material para uso de drogas, objetos de higiene pessoal - como lâminas de barbear e depilar, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam, na confecção de tatuagem e colocação de piercings.

O tratamento com o sofosbuvir (Sovaldi®) é um produto aprovado em mais de 40 países e aumenta chance de cura dos pacientes com hepatite C em cerca de 90% dos casos quando combinado a outros medicamentos já disponíveis, reduzindo tempo de tratamento e ampliando adesão do paciente.

## Gilead Sciences



Fundada em 1987 no Estado da Califórnia, Estados Unidos, a Gilead Sciences é uma biofarmacêutica focada no desenvolvimento de produtos inovadores para áreas com necessidades médicas não atendidas. As principais áreas de atuação da Gilead incluem HIV/AIDS, doenças do fígado, câncer, inflamações, doenças respiratórias e cardiovasculares graves. A empresa conta com um portfólio de produtos em rápida expansão, um pipeline crescente de medicamentos em investigação e aproximadamente 7 mil funcionários em escritórios em todo o mundo, inclusive no Brasil.

FONTE: Ascom/Sesab

## Inseminação Artificial já pode ser feita através de plano de saúde

Ações vitoriosas estão dando a garantia às seguradas de plano de saúde da total cobertura para realização de inseminação artificial, sendo comprovados os problemas de saúde que impedem uma gestão natural. Com isso, a justiça baiana solidificou o direito dos casais a realizarem o sonho de aumentar as famílias através da gestão assistida.

Uma das ações obrigou a operadora a arcar com as despesas decorrentes dos tratamentos e procedimentos de fertilização in vitro, comprovada a existência e gravidade de um endometriose, doença que impossibilita a gestação natural. É importante esclarecer que a gestação, no caso de existência da endometriose, também é parte do tratamento médico, fato que auxiliou a decisão judicial.

Ticiania\* está fazendo o tratamento com total cobertura do plano. “Sofri com as dores físicas e emocionais, mas nada comparado a dor de tantos resultados negativos, várias tentativas e os resultados continuavam negativos. Com essa conquista, volto a ter esperança de ser mãe e fazer a minha família crescer através da Fertilização In Vitro.”, comemora.

Para o advogado Cândido Sá, esta decisão tem influência direta na luta das mulheres pela igualdade de oportunidades. “As mulheres decidem ter filhos mais tarde, em função da atuação profissional. Esta decisão muitas vezes é impossibilitada por problemas de saúde comuns ao amadurecimento do corpo feminino. Mas o fato é que as operadoras de saúde precisam ajustar seus atendimentos às questões existentes hoje. Não se pode ter um serviço que descarte a realidade da vida e escolhas atuais, afinal de contas não vivemos na Idade Média, vivemos no século 21!”, explica o especialista em Defesa do Consumidor.

O Conselho federal de Medicina reconhece a infertilidade como doença e o avanço dos conhecimentos e técnicas científicas proporciona a solução desses casos utilizando a inseminação artificial. Em paralelo, a Constituição brasileira assegura que o planejamento familiar é de livre decisão do casal, sendo vedada qualquer forma coerciva por parte de instituições oficiais ou privadas.

\*Ticiania preferiu não divulgar o sobrenome para manter a privacidade da família.

FONTE: Cândido Sá News, ano 03, Junho, Julho e Agosto 2015 nº5, página 02.

## Projetos de enunciados e notas técnicas do GNDH serão encaminhadas ao CNPG

Projetos de enunciados e de notas públicas sobre diversos temas relacionados à atuação do Ministério Público brasileiro foram aprovados durante a plenária de encerramento da segunda reunião ordinária do Grupo



Nacionais de Direitos Humanos (GNDH), do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPG), realizada de 5 a 7 de agosto, na sede do Ministério Público de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Os textos, que serão submetidos ao CNPG, foram apresentados pelos coordenadores das sete comissões do grupo: COPEDS (Comissão Permanente de Defesa da Saúde); COPEDPDI (Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e do Idoso); COPEIJ (Comissão Permanente da Infância e da Juventude); COPEDH (Comissão Permanente dos Direitos Humanos em Sentido Estrito); COPEVID (Comissão Permanente de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher); COPEUC (Comissão Permanente de Educação); e COPEMA (Comissão Permanente do Meio Ambiente, Habitação, Urbanismo e Patrimônio Cultural).



A plenária de encerramento foi coordenada pelo presidente do GNDH, procurador-geral de Justiça Márcio Fabel, acompanhado na mesa pelos coordenadores das sete comissões e pelo secretário executivo do grupo, promotor de Justiça Clodoaldo Anunciação. Eles agradeceram ao MP mineiro pela acolhida e sugeriram a realização de uma terceira reunião do GNDH, ainda em 2015, como forma de dar continuidade aos projetos em andamento. O presidente do grupo deverá apresentar na próxima reunião do CNPG o resultado do trabalho realizado pelos procuradores e promotores de Justiça que participaram da reunião em Minas Gerais.

Confira um resumo dos temas discutidos por cada comissão:

### **COPEIJ**

A redução da maioria penal, o trabalho de crianças e adolescentes em manifestações artísticas e o alojamento de atletas com menos de 14 anos foram alguns dos temas debatidos pela COPEIJ. A comissão, presidida pela coordenadora Andrea Teixeira de Souza, teve como encaminhamentos a elaboração de uma nota técnica atualizada sobre a redução da maioria penal, em razão da PEC 171/93, e de uma nota técnica e nota pública sobre a redução da idade mínima do trabalho infantil (PEC 18/2011 e apensos). Foram elaborados 12 projetos de enunciados, cinco sobre o trabalho infantil artístico e sete sobre os atletas adolescentes.

### **COPEVID**

O tema em destaque nas discussões da Comissão Permanente de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher foi o feminicídio. Durante a reunião, o grupo recebeu a representante da ONU Mulheres, Wânia Pasinato, que é responsável pela adaptação das diretrizes nacionais para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero a morte violenta de mulheres.

Na oportunidade, ela anunciou a publicação da versão brasileira do documento, no próximo mês de outubro. Os sete projetos de enunciados do Copevid foram apresentados na plenária pela coordenadora Valéria Diez Scarance Fernandes, dentre eles textos relacionados ao feminicídio e à exposição nos meios de comunicação de conteúdo que legitimem a violência contra a mulher.

### **COPEDH**

Diversos temas foram analisados pela comissão durante a reunião do GNDH. Como resultado das discussões, foram propostos os encaminhamentos e projetos de enunciados, que foram apresentados na plenária pela coordenadora, Adriane Reis de Araújo. Foi feito um pedido de remessa, pelos Ministérios Públicos, do censo racial aplicado nos termos do Enunciado nº 10/2014 e aprovados dois enunciados. O primeiro sobre a adoção de cotas raciais nos concursos para membros, servidores e estagiários dos Ministérios Públicos, e o segundo sobre a defesa dos direitos civis da população LGBT. Foram aprovados, ainda, projetos de moção relacionados à realização de audiência de custódia; de apoio ao Projeto de Lei 6653/2009, que trata da igualdade de gênero nas relações de trabalho (moção conjunta com a COPEVID); e de repúdio à redução da maioria penal.

### **COPEPDI**

A coordenadora do comitê, Priscila Matzenbacher Tibes Machado, falou sobre a necessidade da implantação de instituições públicas de permanência de idosos em todo o país e informou que será realizada de 28 de setembro a 02 de outubro a Semana de Atenção à Pessoa Idosa Institucionalizada. O grupo também discutiu o fomento à criação de residências inclusivas voltadas à pessoa com deficiência, pois só existem cinco no país, e também a aplicabilidade da Lei Brasileira de Inclusão .

### **COPEDS**

A judicialização da saúde foi o tema discutido pelos procuradores e promotores de Justiça que integram a Comissão Permanente de Defesa da Saúde. O coordenador da comissão, Alexandre de Matos Guedes, solicitou a realização de mais uma reunião do GNDH com o objetivo de finalizar temas, ações e campanhas já iniciadas. Segundo ele, três reuniões é o número mínimo necessário ao desenvolvimento e efetividade das medidas, em especial o Plano Nacional Permanente de Defesa da Saúde, aprovado pelo CNPG, que contempla as providências necessárias à promoção e preservação do direito fundamental à saúde da sociedade brasileira. A COPEDS também aprovou uma moção de aplausos ao conselheiro do Conselho Nacional do Ministério Público, Jarbas Soares, pelo trabalho realizado na Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do CNMP.

### **COPEPUC**

A Comissão Permanente de Educação debateu a criação, implementação e acompanhamento da execução dos planos de educação pelos estados e municípios, conforme plano de atuação dos Ministérios Públicos sobre o tema apresentado na primeira reunião do GNDH de 2015. Com base nisso, foram elaborados dois projetos de enunciados, que versam sobre o acompanhamento pelos MPs do processo de elaboração e aprovação dos planos estaduais e municipais de educação; e sobre estratégias de atuação visando à implementação do disposto no art. 9º da Lei nº 13.005/14, que trata da regulamentação da gestão democrática da educação pública.

## COPEMA

Diversos temas relacionados à proteção do meio ambiente foram discutidos pela Comissão Permanente do Meio Ambiente, Habitação, Urbanismo e Patrimônio Cultural. Como encaminhamentos, apresentados pelo coordenador Carlos Henrique Siqueira Ribeiro, foram definidos a solicitação de parceria com a Abrampa para formatação de curso de capacitação dos princípios e métodos de valoração de danos ambientais e urbanísticos; a proposta de sugestões à minuta de Resolução do CNMP que define a política institucional do MP na utilização dos recursos oriundos da aplicação da pena de prestação pecuniária; e a elaboração de nota técnica contrária à prorrogação dos prazos da Política Nacional de Resíduos Sólidos, tendo em vista projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional. O grupo ainda elaborou quatro projetos de enunciados, que serão submetidos ao CNPG.

FONTE: Central Integrada de Comunicação Social MP/BA

### III - JURISPRUDÊNCIAS

AGRAVO EM APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS -TEMODAL® (TEMOZOLAMIDA). PARTE AUTORA PORTADORA DE TUMOR NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (CID-10 C71.9). LEGITIMIDADE PASSIVA DO ESTADO. RESPONSABILIDADE DO ESTADO PELO ENCAMINHAMENTO DA PACIENTE AO CACON. TRATAMENTO ONCOLÓGICO. RECOMENDAÇÃO MÉDICA. SUFICIÊNCIA. CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA.

AGRAVO EM APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS - BEVACIZUMABE - PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA MALIGNA DOS PULMÕES (CID-10 C34.9). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO MUNICÍPIO, DO ESTADO E DA UNIÃO. PRECEDENTES DO STF E DESTE TRIBUNAL. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. INAPLICABILIDADE. PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE E DA ISONOMIA DO DIREITO À SAÚDE. INOCORRÊNCIA DE VIOLAÇÃO. RECOMENDAÇÃO MÉDICA. SUFICIÊNCIA.

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DEFERIMENTO DAMEDIDA DE URGÊNCIA. INSATISFAÇÃO DA DIGNIDADE. PRESSUPOSTOS DA TUTELA ANTECIPADA. PREENCHIMENTO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER DO PODER PÚBLICO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. GARANTIA CONSTITUCIONAL À SAÚDE. INTELIGÊNCIA DO ART. 196, DO TEXTO MAIOR. REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. PACIENTE PORTADOR DE ENFERMIDADE. LAUDO MÉDICO. DIREITO DE RECEBER A TERAPIA RECEITADA PELO PROFISSIONAL DOTADO DE CONHECIMENTO TÉCNICO. MANUTENÇÃO DO DECISUM. SEGUIMENTO NEGADO AO RECURSO.

## II - PARECERES TÉCNICOS CESAU

### ORIENTAÇÃO TÉCNICA N.º 170/2015 - CESAU

Salvador, 03 de agosto de 2015.

**OBJETO:** Parecer. - XXXX

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça de XX /  
Aripiprazol

O controle da esquizofrenia envolve vários cuidados com o objetivo de suprir todas as necessidades clínicas, emocionais e sociais do indivíduo. O tratamento farmacológico da esquizofrenia é realizado com drogas antipsicóticas. Os antipsicóticos convencionais, ou típicos, atualmente disponíveis no SUS são o **haloperidol (oral e injetável de longa ação)** e **clorpromazina**. Entretanto, todos os medicamentos antipsicóticos são associados a eventos adversos que variam de acordo com o indivíduo e com o tipo de medicamento. Esses eventos incluem sintomas extrapiramidais (como parkinsonismo, distonia aguda, acatisia e discinesia tardia), efeitos autônomos (como visão borrada, aumento da pressão intra-ocular, olhos e boca secos, constipação e retenção urinária), aumento dos níveis de prolactina, convulsões, sedação, disfunção sexual e ganho de peso.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para o tratamento da Esquizofrenia atualmente vigente (2013), os antipsicóticos atípicos são a segunda linha de tratamento, sendo indicados quando os medicamentos de primeira linha (antipsicóticos típicos),

não fazem mais efeito ou são intolerados. Dentre os antipsicóticos atípicos disponíveis no SUS estão **clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona.**

Na última década do século vinte e na primeira do atual século, realizou-se um debate amplo sobre a superioridade de novos componentes que culminou com um consenso de que todos os medicamentos possuem potência semelhante para a maioria dos pacientes, com exceção de clozapina.

A clozapina é considerada superior para pacientes não responsivos a outros antipsicóticos e sua indicação permanece para esses casos, demonstrando superioridade. Inexiste evidência de que a adição de um segundo antipsicótico, após a indicação de clozapina, possa trazer benefícios aos pacientes .

Todos os antipsicóticos, com exceção de clozapina, podem ser utilizados no tratamento, sem ordem de preferência, dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que preencham os critérios de inclusão. Os tratamentos devem ser feitos com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente. Em caso de falha terapêutica (definida com o uso de qualquer desses fármacos por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (British Psychiatric Rating Scale - BPRS), uma segunda tentativa com algum outro antipsicótico deverá ser feita.

Caso haja intolerância por efeitos extrapiramidais, estarão indicados, após ajuste de dose, biperideno ou propranolol. No caso de persistência dos efeitos mesmo depois dessa alternativa, estará indicada a substituição por outro antipsicótico com menor perfil de efeitos extrapiramidais, como olanzapina, quetiapina ou ziprasidona.

Conforme relatório médico, a paciente possui uma forma indolente de esquizofrenia, mas que ainda assim resulta em prejuízo funcional importante e permanente, sobretudo em função dos sintomas deficitários.

Ainda, em seu relatório, a Psiquiatra enfatiza que a paciente apresentou efeitos adversos à medicação, como ganho ponderal expressivo (aproximadamente 10kg) e aumento de níveis séricos de colesterol total (214mg/dl).

Diante da leitura de pesquisas efetuadas em bases de dados em saúde, concluímos que, o aripiprazol é muito semelhante em eficácia aos demais antipsicóticos em estudos de esquizofrenia em geral e, nos casos de esquizofrenia refratária, também não demonstrou superioridade em relação aos demais para justificar o seu uso; a revisão observou que o aripiprazol é menos efetivo que a olanzapina e tem eficácia igual à risperidona, no entanto o seu uso vem sendo justificado como alternativa de tratamento por apresentar melhor tolerabilidade em termos de efeitos colaterais comuns a esse grupo de antipsicóticos atípicos (dislipidemia, hiperglicemia e ganho de peso).

Embora não tenha sido incluído no Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde, o aripiprazol vem sendo utilizado como alternativa de tratamento apenas em casos excepcionais de intolerância aos efeitos colaterais das drogas fornecidas.

Assim, diante de novas comprovações a favor do aripiprazol a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aprovou uma Norma Técnica para inclusão deste medicamento na relação para tratamento da esquizofrenia.

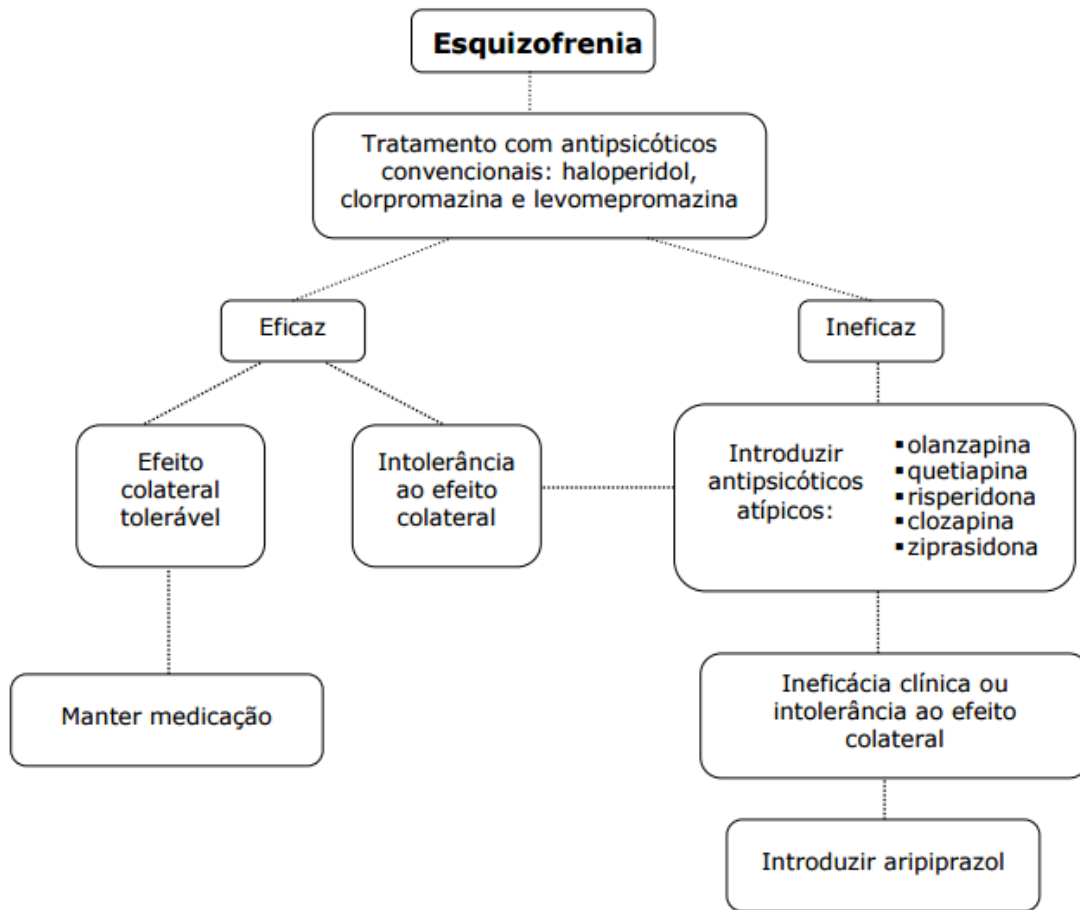
De acordo com o Protocolo de Dispensação do Aripiprazol da SES/SP, o paciente deve preencher os seguintes critérios:



- a. apresentar diagnóstico de Esquizofrenia -critérios da CID 10;
- b. ter apresentado falha terapêutica com os neurolépticos tradicionais, padronizados no programa Dose Certa Saúde Mental - haloperidol, clorpromazina, levomepromazina;
- c. ter apresentado falência terapêutica com o uso dos neurolépticos atípicos contemplados no Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde, clozapina, quetiapina, olanzapina, risperidona e ziprazidona;
- d. ter apresentado efeitos colaterais decorrentes do uso de neurolépticos típicos ou atípicos; os mais freqüentes, relacionados aos antipsicóticos convencionais, são discinesia tardia, parkinsonismo, distonias agudas e hiperprolactinemia e com relação aos antipsicóticos atípicos, ganho de peso, hiperlipidemias, hiperglicemia;
- e. comprovar acompanhamento por psiquiatra.

O médico psiquiatra deverá demonstrar, em relatório, a ocorrência de falha terapêutica.

### ALGORITMO PARA DISPENSAÇÃO DE ARIPIPRAZOL



Desta forma sugerimos que seja seguida pela Dr<sup>a</sup> Amanda Galvão, o referido protocolo. Havendo insucesso, retornem os autos para nova análise.

**ORIENTAÇÃO TÉCNICA N.º 188/2015 - CESAU**

Salvador, 17 de agosto de 2015.

**OBJETO:** Parecer. - XXX

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça de XX /  
Medicamento\_Topiramato para enxaqueca.

**TOPIRAMATO**

De acordo com a Nota Técnica N° 335/2013, do Ministério da Saúde, o topiramato é um medicamento anticonvulsivante, com múltiplos mecanismos de ação, eficaz no tratamento da epilepsia e na profilaxia da enxaqueca. Esse medicamento influencia vários processos químicos no cérebro, reduzindo a hiperexcitabilidade de células nervosas, que pode causar crises epiléticas e crises de enxaqueca.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Monoterapia tanto em pacientes com epilepsia recentemente diagnosticada como em pacientes que recebiam terapia adjuvante e serão convertidos à monoterapia;

2. É indicado, para adultos e crianças, como adjuvante no tratamento de crises epiléticas parciais, com ou sem generalização secundária e crises tônicoclônicas generalizadas primárias;

3. É indicado, também, para adultos e crianças como tratamento adjuvante das crises associadas à Síndrome de Lennox-Gastaut;

4. Indicado, em adultos, como tratamento profilático da enxaqueca. O uso de topiramato para o tratamento agudo da enxaqueca não foi estudado.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação comprimido 25mg, 50mg e 100mg, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento da epilepsia.

Esse Componente é regulamentado pela Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013 . Segundo tais normas, editadas em consenso por todos os entes políticos da federação, cabe às Secretarias Estaduais de Saúde - SES programar o quantitativo de todos os medicamentos que fazem parte desse Componente e aos Estados cabe financiar, adquirir e dispensar à população os medicamentos do Grupo 2. O medicamento topiramato pertence ao Grupo 2.

Para o tratamento da dor o SUS aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, através da Portaria nº 1084, de 02/10/2012, onde se encontra a relação de medicamentos para o tratamento da enfermidade: Ácido acetilsalicílico, dipirona, paracetamol, ibuprofeno, amitriptilina, nortriptilina, clomipramina, fenitoína, carbamazepina, gabapentina, ácido valproico, codeína, morfina e metadona.

A Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe) designou um Comitê Ad Hoc com os propósitos de estabelecer consenso sobre o tratamento profilático da cefaleia e de elaborar recomendações para serem difundidos entre os profissionais da área médica. O Comitê respaldou-se em evidências da literatura médica mundial e na experiência pessoal dos relatores, bem como procurou alicerçar-se nas realidades dos recursos medicamentosos existentes em nosso meio.

A SBCe relata que na última década, há estudos demonstrando que alguns antiepilépticos, como o topiramato, são eficazes na profilaxia da cefaleia, no entanto são considerados medicamentos de segunda escolha. As drogas profiláticas de primeira escolha são os bloqueadores de canal de cálcio, os betabloqueadores e os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina).

O tratamento preventivo para cefaleias é o principal tratamento das dores de cabeça, também conhecido como tratamento profilático, visa evitar as crises, torná-las menos intensas, menos freqüentes, e mais responsivas ao tratamento agudo.

**Eficácia, efeitos adversos, classe de evidência, dose e número de tomadas dos fármacos mais utilizados na profilaxia da enxaqueca.**

FÁRMACO	EFICÁCIA	EFEITOS ADVERSOS	CLASSE de EVIDÊNCIA	DOSE em mg (TOMADAS)
<b>Betabloqueadores</b>				
Propranolol	++++	++	Classe I	40-240 (2 a 3)
Atenolol				25-150 (1 a 2)
Nadolol				40-120 (1 a 2)
Metoprolol				100-200 (1 a 2)
Amitriptilina	++++	++	Classe I	12,5-75 (1 a 3)
Nortriptilina	+++	++	Classe II	10-75 (1 a 3)
Flunarizina	+++	+++	Classe I	05-10 (1)
Metisergida	++++	++++	Classe I	02-06 (3)
Pizotifeno	++	+++	Classe II	1,5-03 (1 a 3)
Ácido Valpróico	+++	+++	Classe I	500-1500 (2 a 3)
Divalproato	+++	++	Classe I	500-1500 (1 a 2)
Gabapentina	++	+	Classe I	300-2400 (1 a 3)
Topiramato	++	++	Classe II	25-200 (1 a 3)

Classes de evidências:

Classe I - Evidência proporcionada por pelo menos um ensaio clínico bem desenhado, randomizado, com grupo controle.

Classe II - Evidência proporcionada por pelo menos um estudo clínico do tipo caso controle ou estudos coorte.

Classe III - Evidência proporcionada por *experts* ou estudos não randomizados ou relato de casos.

O resumo do consenso nacional para prevenção da enxaqueca é apresentado no quadro abaixo:

O tratamento da cefaleia deve ser personalizado: isso significa que devemos tratar o enxaquecoso e não a enxaqueca. O manejo terapêutico desse doente requer uma abordagem abrangente, levando em conta seu perfil psicológico, seus hábitos de vida, a presença de fatores desencadeantes, o tipo de crise e a sua frequência, duração e intensidade. É importante considerar no tratamento as medidas gerais e as medidas farmacológicas.

Diante do exposto, concluímos que o topiramato é uma droga utilizada também para a profilaxia da enxaqueca, no entanto, ela constitui a segunda opção terapêutica, existindo no SUS alternativas consideradas como de primeira escolha para o tratamento da enfermidade, como os bloqueadores dos canais de cálcio (anlodipino, nefedipino, verapamil), os betabloqueadores (propranolol, atenolol, metoprolol) e os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina), desta forma, solicito ao médico assistente da paciente, Dr Fábio Alves Drup, que avalie a possibilidade de substituição por uma destas drogas. Não havendo a possibilidade da substituição, que traga o mesmo conforto para a paciente e comprovando a ineficácia, o Topiramato poderá ser uma opção terapêutica para o caso.

## IV - LEGISLAÇÃO

Tipo de norma	Origem	Data de assinatura	Data D.O.U.	Seção	Página	Ementa
Portaria nº1.034/15	GM/MS	22/07/15	23/07/15	I	43	<a href="#"><u>Redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015.</u></a>
Portaria nº708/15	MS/SAS	06/08/15	07/08/15	I	38	<a href="#"><u>Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Mieloma Múltiplo.</u></a>
Portaria nº1.130/15	GM/MS	05/08/15	06/08/15	I	37	<a href="#"><u>Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)</u></a>

## V - DECISÕES SOBRE INCORPORAÇÕES NO SUS

TECNOLOGIA AVALIADA	RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO DA CONITEC	DECISÃO SOBRE A INCORPORAÇÃO	PORTARIA SCTIE/MS
PCDT da Profilaxia antirretroviral pós-exposição a risco para infecção pelo HIV (PEP)	<a href="#">Relatório 168 - PCDT da Profilaxia antirretroviral pós-exposição a risco para infecção pelo HIV (PEP)</a>	Aprovar PCDT	<a href="#">Nº 34/2015 - Publicada em 23/07/2015</a>
Cateter balão farmacológico	<a href="#">Relatório 169 - Cateter balão farmacológico para o tratamento de pacientes com reestenose coronariana intra-stent</a>	Não incorporar ao SUS	<a href="#">Nº 35/2015 - Publicada em 27/07/2015</a>
Mesalazina	<a href="#">Relatório 167 - Mesalazina nas apresentações enema e supositório para o tratamento da doença de Crohn</a>	Excluir	<a href="#">Nº 36/2015 - Publicada em 27/07/2015</a>
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite viral C crônica	<a href="#">Relatório 171 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite viral C crônica</a>	Aprovar PCDT	<a href="#">Nº 37/2015 - Publicada em 27/07/2015</a>
Ciclosporina	<a href="#">Relatório 166 - Ciclosporina na apresentação oral para o tratamento da doença de Crohn</a>	Excluir	<a href="#">Nº 38/2015 - Publicada em 27/07/2015</a>