



Número 04/2019 – Salvador – Abril - 2019.

INDICE

I - NOTÍCIAS	02
II -MODELOS DE PEÇAS	38
III - PARECERES TÉCNICOS CESAU.....	39
IV - DECISÕES SOBRE INCORPORAÇÕES NO SUS.....	63

I - NOTÍCIAS

‘Projeto Cegonha’ inspeciona maternidade do Hospital Mário José dos Santos, em Candeias



O ‘Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade’ visitou hoje, dia 3, a maternidade do Hospital Mário José dos Santos, em Candeias, que está sob intervenção judicial desde 2017, sendo gerida de forma conjunta pela Justiça e pelo Município. Na inspeção, a coordenadora do projeto, promotora de Justiça Mirella Brito, detectou na unidade a ausência de referência para o pré-natal das gestantes de alto risco tipo 2, os casos mais graves atendidos numa maternidade. “Vamos solicitar à Secretaria Estadual de Saúde que encaminhe ao MP o desenho da rede de referência do Estado para, assim, estudarmos uma solução para esse problema, que é recorrente na Região Metropolitana de Salvador”, afirmou Mirella Brito, que fez a visita ao lado da promotora de Justiça de Candeias, Andréa Scaff de Paula Mota e das servidoras Candice Lisboa e Luana Barbosa Santos.

Durante a fiscalização, a equipe do MP observou que a maternidade conta com equipamentos novos e equipes completas em cada turno, com um obstetra, um cirurgião, um anestesista, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem.



De acordo com a promotora Andréa Scaff, um dos motivos que levou o MP a pedir a intervenção, acatada pela Justiça, foi a falta de material e de pessoal. “Ao longo de, pelo menos dez anos, quase tudo era terceirizado no hospital”, afirmou Andrea Scaff, que se declarou satisfeita com a nova realidade. Hoje, a maternidade tem 15 leitos, e, de acordo com a administração da unidade, realiza mais de 60 partos por mês. Em 2018, mais de 800 partos foram feitos na maternidade, o dobro do que era realizado antes da intervenção. “Ainda assim, a taxa de ocupação é baixa. Muitos pacientes ainda não conhecem as melhorias da unidade e acabam buscando atendimento em Salvador”, afirmou a coordenadora do ‘Projeto Cegonha’, que este ano pretende inspecionar todas as maternidades da Região Metropolitana de Salvador e dos municípios onde os promotores de Justiça tenham aderido ao projeto.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45842>

MP da Bahia e de Pernambuco apresentam a primeira rede interestadual de atenção à saúde do país



A Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede Peba), a primeira do país a funcionar nesse formato, foi apresentada ontem (4), na sede do Ministério Público do Estado de Pernambuco (MPPE), em Petrolina, numa reunião da qual participaram membros dos Ministérios Públicos estaduais da Bahia e de Pernambuco e do Ministério Público Federal. No encontro, que debateu os desafios enfrentados pelos gestores da rede, que funciona desde 2009, foi assinada a ‘Carta de Petrolina’. Dirigida à União, ao Ministério da Saúde, aos Estados de Pernambuco e Bahia, bem como aos municípios das regiões de Petrolina e Juazeiro, a carta pede a garantia da destinação dos recursos financeiros adequados às necessidades da rede, bem como o cumprimento dos acordos pactuados para assegurar à população o acesso integral aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A carta, assinada por membros dos Ministérios Públicos Federal e estaduais da Bahia e de Pernambuco, propõe ainda o reconhecimento e a formalização da Rede Peba e da Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia (Crie) como instância de articulação,

negociação e pactuação no âmbito do SUS. Representando o MP-BA, assinaram a carta os promotores de Justiça Rita de Cássia Caxias de Souza, Rui Gomes Sanches Júnior, Sebastião Coelho Correia, Samuel de Oliveira Luna, Raimundo Moinhos, Ítala Suzana Carvalho Luz, Daniele Cochrane Cordeiro, Alexandre da Costa, Daniela Alves, Ana Letícia Sardinha, Rildo de Carvalho, Andréa Mendonça da Costa, Fernando de Assis, Joseane Nunes, Roberta Masunari, Aline Curvelo e Milane Tavares.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45857>

União e Chesf autorizam recurso de R\$ 45 mi para reforma de hospital em Paulo Afonso

Um recurso no valor de R\$ 45 milhões foi autorizado para reforma e construção de 30 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Hospital Nair Alves de Souza (HNAS), em Paulo Afonso, localizada no Vale São-Franciscano da Bahia, após audiência com o ministro de Minas e Energia, Bento Albuquerque, no último dia 9, em Brasília.

Participaram da reunião o ministro de Minas e Energia, Bento Albuquerque, o deputado federal Mário Negromonte Júnior (PP), o secretário da Saúde da Bahia, Vilas-Boas, por meio de vídeo conferência, o presidente da CHESF, Fábio Lopes Alves, e o diretor Econômico Financeiro e de Gestão, Adriano Soares, além de vários prefeitos da região.

Na oportunidade, o deputado baiano solicitou celeridade do depósito judicial do montante para que a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) possa fazer a licitação o mais rápido possível, já que a Chesf deixará a gestão do hospital em dezembro de 2020, segundo o termo de compromisso de 2018, assinado pelas partes e determinado pela decisão da Justiça Federal.

O montante foi garantido pelo ministro e presidente da CHESF, além do depósito judicial do recurso para que a UNIVASF possa fazer a licitação o mais rápido possível. Segundo o parlamentar, o valor “será depositado em juízo até próxima semana”.

Fonte: BNEWS

<https://www.bnews.com.br/noticias/politica/bahia/232989,uniao-e-chesf-autorizam-recurso-de-r-45-mi-para-reforma-de-hospital-em-paulo-afonso.html>

Central de Regulação da Bahia terá software para controlar leitos hospitalares em tempo real

O gerenciamento de leitos hospitalares da rede pública de saúde da Bahia passará a ser controlada por um software. O programa vai possibilitar que a Central Estadual de Regulação (CER) tenha acesso, em tempo real, ao número exato de leitos disponíveis em cada unidade no momento da alta hospitalar. A ferramenta começa a ser utilizada na semana que vem.

O anúncio foi feito pelo secretário da Saúde do Estado, Fábio Vilas-Boas, durante o Encontro Estadual sobre Regulação e Produtividade Hospitalar, nesta quarta-feira (10), em Salvador. O evento reuniu mais de 700 gestores municipais e diretores de hospitais públicos e filantrópicos, e aconteceu em parceria com o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems-BA).

"Somente em 2019 a CER atendeu mais de 50 mil solicitações e conseguiu reduzir para abaixo de mil o número de pacientes internados que aguardavam por um procedimento, sejam avaliações com especialistas, cirurgias ou exames. Na prática, isso significa que a meta de atender todas as solicitações em até 24 horas está cada vez mais próxima, visto que a capacidade diária é de, pelo menos, 500 pacientes", disse o secretário, que ressaltou que o aumento de eficiência deve-se a uma combinação de fatores.

Na ocasião, Vilas-Boas destacou a redução no tempo de resposta da regulação como resultado mais visível, visto que 90% das solicitações são atendidas em até 48 horas. "Tivemos uma queda de 71% no quantitativo de pacientes aguardando procedimentos ortopédicos, internação neurocirúrgica adulta e internação pediátrica. Também reduzimos em 68% o tempo para internação cirúrgica cardíaca e 54% para cirurgia vascular", disse o secretário.

Outro tema abordado no encontro foi a necessidade dos municípios fortalecerem as suas unidades hospitalares e aperfeiçoarem os instrumentos de gestão. "Analisando a produção hospitalar na Bahia no período de 2017 e

2018, verificou-se que dos 417 municípios existentes no Estado, 316 emitiram alguma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é o documento que viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. Destes, 147 reduziram o faturamento em relação ao ano anterior", pontuou o assessor especial da Sesab, Cassio Garcia.

Fonte: BAHIA NOTÍCIAS

<https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/22576-central-de-regulacao-da-bahia-tera-software-para-controlar-leitos-hospitalares-em-tempo-real.html>

Fórum de Vigilância Epidemiológica debate desafios da saúde pública no país



Dados sobre a perda da qualidade de vida provocada por doenças, conhecida cientificamente pelo termo ‘carga da doença’, e os dilemas do cenário epidemiológico do Brasil foram os assuntos debatidos na abertura da ‘Primeira Reunião do Fórum de Vigilância Epidemiológica’, na manhã de hoje, dia 12, na sede do Ministério Público estadual, no CAB. O tema foi apresentado pela médica pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Joyce Mendes de Andrade Schramm. “O objetivo dessa reunião é discutir com representantes da academia, gestores e órgãos de controle, além dos conselhos profissionais, sobre a situação da vigilância epidemiológica no país para sugerirmos quais as áreas que devemos concentrar os nossos esforços de maneira emergencial”, afirmou o promotor de Justiça Rogério Queiroz, coordenador do Centro de Apoio Operacional da Defesa da Saúde do MP (Cesau).

Segundo a doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Joyce Schramm, “é necessário desconstruir a ideia de que existe uma diferença significativa nas causas do adoecer e morrer de acordo com a região do nosso país”. Ela complementou que, no geral, as pessoas morrem no Brasil

por causas como homicídios, acidentes de trânsito e doenças cardiovasculares, sendo que nos homens há grande incidência de homicídios e nas mulheres predominam os transtornos como a depressão. “Hoje, os transtornos mentais estão aumentando expressivamente no país”, afirmou. Para a pesquisadora a demanda atual da população para a assistência médica no Brasil já é prevista pelos pesquisadores da área há alguns anos. “Já era esperado que a população iria envelhecer, que o perfil epidemiológico mudaria com esse envelhecimento, e que o avanço tecnológico reduziria a mortalidade causando um impacto no prolongamento da vida e consequentemente num cenário que demanda tratamento de pessoas com doenças crônicas. Num sistema sucateado de subfinanciamento crônico da saúde pública e num cenário que demanda cada vez mais gastos, não nos surpreende o aumento da mortalidade prematura e de outras sequelas que surgem como consequência do não acesso da população ao sistema de saúde”, ressaltou.

A programação seguiu com o painel sobre infectologia, que contou com a presença da médica Tereza Cristina Paim, subsecretária da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; Mitermayer Galvão Rei,



pesquisador em saúde pública e chefe do laboratório de patologia e biologia molecular do Instituto Gonçalo Moniz da Fiocruz (Ba); Júlia Moreira Pescarini, doutora pelo Departamento de Epidemiologia na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); e Ceuci de Lima Xavier Nunes, doutora em medicina e saúde pela Universidade Federal da Bahia. O professor e pesquisador Mitermayer Galvão Rei ministrou a palestra ‘Transição demográfica, megacidades e rebatimento na saúde pública’. Ele falou sobre os fatores responsáveis pela re-emergência da dengue e emergência da Chikungunya e Zika, citando o crescimento populacional generalizado, a urbanização sem planejamento e sem controle, falta de controle eficaz do mosquito, maior mobilidade humana e a

decadência em infraestrutura de saúde pública. Outro assunto abordado pelo pesquisador foi a necessidade da disponibilização de testes precisos no tratamento do câncer nos hospitais públicos da Bahia. “Hoje é praticamente impossível alguém que não tenha um parente na família que tem ou teve câncer. Precisamos introduzir na rede pública esses testes para um tratamento mais eficaz da doença”, afirmou.

A programação contou ainda com as palestras ‘Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil’; ‘Mudanças epidemiológicas das doenças infecciosas e parasitárias e suas consequências no Instituto Couto Maia’; ‘Bactérias multirresistentes (CPK)’; ‘Tuberculose e multirresistências em Salvador’; ‘Bioética e vacinação infantil: dilemas no uso da autonomia em saúde’; ‘Implicações da Epidemia do Zika Vírus para o desenvolvimento infantil: espectro das manifestações da síndrome congênita do Zika Vírus’; e ‘Arboviroses’.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45939>

Encontro de atualização do Plano Estratégico reúne integrantes do MP em Vitória da Conquista



Integrantes do Ministério Público estadual que atuam em comarcas que fazem parte das Promotorias de Justiça Regionais de Vitória da Conquista, Brumado, Itapetinga, Guanambi e Jequié participaram ontem, dia 15, e hoje, dia 16, da última reunião do Encontro Regional para Atualização do Plano Estratégico realizada no interior do estado. Juntos, eles revisaram iniciativas estratégicas previstas no Plano lançado em 2011 para execução até o ano de 2023. Foram debatidas iniciativas que preveem a otimização e o impulsionamento da melhoria da atuação nas áreas de meio ambiente, criança e adolescente, saúde, direitos humanos, educação, cível, consumidor, segurança pública, moralidade administrativa e combate à criminalidade. “As mudanças sociais em todas essas áreas são inúmeras e constantes. A nossa atuação precisa acompanhar este movimento”, assinalou a procuradora-geral de Justiça Ediene Lousado, lembrando da importante contribuição de cada membro e servidor da instituição para o trabalho de atualização do Plano Estratégico.

A PGJ ressaltou que as atividades dos integrantes do MP devem atingir objetivos institucionais e, sobretudo, atender as necessidades sociais. Para isso, é preciso planejar, afirmou Ediene. Ela reforçou ainda que o planejamento deve agregar todas as circunstâncias e cenários que, ao longo dos anos, norteiam o caminho que o MP tem seguido desde a Constituição

Federal de 88. “Precisamos também nos programar e verificar onde os recursos humanos e materiais devem ser melhor alocados”, complementou, reforçando que a instituição deve atuar de forma estrategicamente planejada. O coordenador da Coordenadoria de Gestão Estratégica do MP, promotor de Justiça Fábio Velloso, lembrou que o Plano Estratégico implantou um novo modelo de gestão e preparou o MP para agir de forma proativa. Ele apresentou a metodologia de trabalho utilizada para o processo de atualização do Plano e informou que os encontros foram precedidos por etapas de apresentações e validações, definição de metodologia, desenvolvimento de suporte tecnológico, realização de diagnóstico, sistematização de conteúdo e consulta à sociedade, feita por meio de articulação com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). De acordo com Velloso, as atualizações sugeridas durante os encontros regionais deverão ser absorvidas e equalizadas com os Centros de Apoio e área meio numa próxima etapa. O Plano Estratégico do MPBA foi lançado em 2011 e já propiciou avanços relevantes para a instituição. Ele possui 18 objetivos estratégicos, 90 estratégias e 405 iniciativas estratégicas.

Também durante o encontro, foi apresentada uma ferramenta desenvolvida pela Diretoria de Tecnologia da Informação para acompanhamento das ações e o Relatório de Produtividade dos Programas Estratégicos (RPPE), que é enviado a cada três meses e serve para os gerentes aferirem os resultados identificando se os projetos e programas estão no caminho certo. Desde 2017, o envio desses dados está mais fácil, prático e rápido e as informações referentes à produtividade de cada promotor podem ser extraídas automaticamente pelo RPPE. Participaram ainda das atividades em Vitória da Conquista a procuradora-geral de Justiça Adjunta Sara Mandra Rusciolelli; o corregedor-geral, procurador de Justiça Zuval Gonçalves; a procuradora de Justiça Elna Leite, chefe de Gabinete da Corregedoria-Geral; o secretário-geral, promotor de Justiça Paulo Gomes; o chefe de Gabinete, promotor de Justiça Marcelo Guedes; os coordenadores dos Centros de Apoio da Criança e Adolescente (Caoca), Marly Barreto; Segurança Pública (Ceosp), Geder Gomes; Saúde (Cesau), Rogério Queiroz; Educação (Ceduc), Valmiro Macedo;

Moralidade Administrativa (Caopam), Luciano Taques; Consumidor (Ceacon), Márcia Cândia; além de servidores da CGE, Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional (Ceaf) e Central Integrada de Comunicação Social (Cecom). Todos assistiram ainda a uma palestra realizada pelo consultor da Prospecta Treinamentos, Paulo Emílio, que falou sobre a importância da descoberta do propósito, do engajamento e do trabalho em equipe para uma boa execução de tarefas e alcance de resultados.

Fonte: MPBA

<http://portal.intranet.mpba.mp.br/index.php/comunicacao/noticias/1236-encontro-de-atualizacao-do-plano-estrategico-reune-integrantes-do-mp-em-vitoria-da-conquista>

Quase 50 escolas e postos de saúde são fiscalizados em onze municípios baianos



Uma ação conjunta do programa 'Saúde + Educação - Transformando o Novo Milênio', realizada pelo Ministério Público estadual e pela Rede de Controle de Gestão Pública ontem, 24, e hoje, dia 25, constatou diversas irregularidades em unidades escolares e de saúde de Salvador e mais dez municípios da Bahia. No total, foram inspecionados 48 estabelecimentos, sendo 25 de saúde e 23 de ensino.

Entre os problemas encontrados nos postos, estão a quantidade insuficiente de médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, ausência de sala de vacinas, instalações físicas inadequadas e equipamentos quebrados. Nas escolas, as falhas estruturais passaram por fiação elétrica exposta, carteiras e quadros danificados faltas de computadores, tetos quebrados, salas vulneráveis à chuva, entre outras. A ação contou com a participação de promotores de Justiça e servidores do MP baiano e de integrantes do Tribunal de Contas do Município, Ministério Público de Contas, Controladoria Geral da União (CGU) e dos Conselhos de Alimentação Escolar do Estado.

Foram visitadas unidades em Salvador, Alagoinhas, Amargosa, Candeias, Cruz da Almas, Sapeaçú, Muniz Ferreira, Jacobina, Santo Antônio de Jesus, São Sebastião do Passé e Itaberaba). O gerente do programa, o promotor de Justiça Adriano Marques, informou que a fiscalização alcançou novas cidades, que ainda não tinham sido alvo das ações, e explicou que as inconsistências encontradas serão catalogadas e analisadas em relatório a serem encaminhados aos gestores municipais. “Os promotores de Justiça vão monitorar as ações e medidas dos gestores para a solução dos problemas”, disse.

No município de Candeias, onde foram visitadas quatro unidades de Saúde, as equipes registraram relatos de roubo a equipamentos na Unidade de Saúde Família de Malembá. Além disso, o terreno do estabelecimento é utilizado por moradores para pasto de



cavalos. Já no Centro Médico Luiz Viana Filho, foi constatada a utilização de tanque de água em amianto, farmácia sem controle de umidade, farmácia satélite com ar-condicionado desligado, inadequação dos leitos adultos e pediátrico, respirador do leito de parada masculino quebrado, raio-x sem operar, e Centro de Material de Esterilização em local inapropriado.

Em Salvador, onde foram visitadas 11 unidades de saúde, constatou-se em geral, boa estrutura e equipamentos novos, porém com equipes de saúde incompletas, faltando médicos e enfermeiros. Houve também relatos de dentistas sobre falta de película para os exames de raio-x e de desabastecimento constante de água mineral e problemas constantes com ar-condicionado.

No âmbito educacional, as salas de informática foram inutilizadas por falta de computadores nas escolas do município de São Sebastião do Passé. Já em Sapeaçú, o Colégio Estadual Anativo do Sacramento apresentou fiações elétricas expostas, goteiras nas salas e banheiros precários.

Melhorias



Um dos propósitos do programa é verificar se os problemas encontrados nas inspeções foram solucionados pelos gestores, de acordo com o apontado pelos relatórios. Na escola municipal Núbia Maria Mangueira Guerra, em Jacobina, a maioria das irregularidades identificadas em 2017 foi sanada, conforme essa última fiscalização. Foram encontradas lousas em boas condições, ventiladores em todas as salas, bebedouros em quantidade suficiente, janelas novas (antes quebradas) e fiação elétrica restaurada. Algumas pendências ainda precisam ser resolvidas, a exemplo da ausência de assentos nos vasos sanitários e estruturação da biblioteca.

Fotos: Divulgação / Guilherme Weber (Rodtag Fotografias)

Fonte: MPBA

<http://mpba.mp.br/noticia/46107>

Micareta de Feira: MP fiscaliza funcionamento de unidades de saúde durante a festa



Promotores e servidores do Ministério Público estadual estiveram hoje (27) e ontem no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Feira de Santana, no posto de saúde localizado no circuito da Micareta e na Policlínica Oswaldo

Monteiro Pirajá, no bairro do Tomba, para verificar se as unidades estão funcionando de forma adequada para atender a demanda durante a festa. Na Policlínica do tomba, visitada na tarde de hoje, as promotoras de Justiça Mônia Ghignone e Samira Jorge constataram que a equipe de plantão estava completa, com dois médicos, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem e dois técnicos de laboratório. No entanto, o número de atendimentos, que gira em torno de 250 pacientes por dia, foi reduzido para cerca de 50. De acordo com a coordenadora da unidade, a maior parte dos atendimentos decorrentes da Micareta é feita localizado no circuito.

Ontem, no HGCA, as promotoras de Justiça Semiana Cardoso, Mônia Ghignone e Samira Jorge, juntamente com a assistente social Sônia Rovaris, verificaram que o efetivo da unidade foi



que o efetivo da unidade foi aumentado em 30%, e que a direção do hospital solicitou à Central de Regulação que não encaminhasse à unidade pacientes novos durante a Micareta. “A unidade está completamente preparada para uma eventual demanda extra”, observou

Mônia Ghignone, o que foi atestado pelos números apresentados pelo diretor médico do HGCA, Aurélio Schiarreta Júnior. Na manhã de ontem, o HGCA completou 20 horas sem intercorrências hemorrágicas e, durante a visita, não havia fila de espera para o atendimento. Foi constatado ainda que Clériston Andrade está preparado, com equipe multidisciplinar, para atender vítimas de violência sexual.



Na UPA 24 horas de Feira de Santana, foi encontrada uma situação diferente. Não houve qualquer alteração no quadro de funcionários para atender a demanda extra, decorrente da Micareta. A equipe do MP constatou que houve aumento no número de atendimentos em decorrência do evento e que havia uma grande espera para o atendimento. “A situação verificada será encaminhada para a Promotoria de Saúde de Feira para que sejam adotadas providências”, afirmou Mônia. À noite, as promotoras Samira Jorge, Mônia Ghignone e a servidora Sônia Rovaris visitaram o posto de saúde da Prefeitura Municipal em funcionamento no circuito, onde foram recebidas pela coordenadora do setor de eventos da Secretaria Municipal de Saúde, Marydalva Mota Machado. “A situação verificada na unidade é exemplar”, destacou a promotora Samira Jorge. Houve um aumento efetivo de funcionários, em relação a 2018, com uma equipe de três médicos, dois cirurgiões bucomaxilofaciais, três enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem, de plantão das 17h às 5h. A unidade está equipada com 12 macas e 12 poltronas, contando ainda com dois leitos de reanimação. Um anexo no posto realiza testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite. A estrutura conta ainda com um acesso alternativo ao circuito para a saída de ambulâncias em casos nos quais os pacientes precisem de transferência emergencial. “É gratificante vermos a qualidade que o posto do circuito apresenta hoje, atendendo a todos os critérios de funcionamento recomendados pelo MP”, destacou Samira Joerge.

O Plantão do MP na Micareta segue até domingo, dia 28, das 8h às 20h. Este ano, a população também contará com o caminhão do Ministério Público, que ficará localizado na Avenida Maria Quitéria, em frente ao Colégio Estadual de Feira de Santana, das 10h às 22h. O telefone 08006424577 estará à disposição para receber denúncias de irregularidades.

Posto Fixo: Promotoria de Justiça, localizada na Rua Miranda, nº 655, Mangabeira, das 8h às 20h.

Caminhão do MP: Av Maria Quitéria, em frente ao Colégio Estadual de Feira de Santana, das 10h às 22h.

Denuncie irregularidades na Micareta de Feira: 0800 642 4577

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/46126>

Micareta de Feira: No último dia da festa, Ministério Público percorre novamente o circuito e participa de reunião de avaliação



A equipe do Ministério Público estadual percorreu, na tarde deste domingo, 28, para verificar como estavam as ocorrências nesse último dia de Micareta de Feira de Santana. As promotoras de Justiça Idelzuith Freitas Nunes e Jó Anne da Costa Sardeiro Silveira percorreram o circuito, acompanhadas por servidores do MP, foram aos postos de saúde e policial, ao Espaço da Criança e à Casa de Acolhimento Raul Freire e verificaram o portal de abordagem. Em nenhum dos locais houve qualquer nova ocorrência. Nos portais de acesso, havia policiais masculinos e femininos fazendo a revista de quem entrava no circuito. Foi constatado pelas promotoras uma boa estrutura de recursos humanos e materiais. “Temos um apanhado geral satisfatório, de uma festa que ocorreu com tranquilidade, em especial pela articulação das entidades envolvidas”, afirmou a promotora Idelzuith Freitas Nunes.

Pela manhã, o Ministério Público estadual participou da última reunião de avaliação da Micareta de Feira de Santana, que aconteceu no Comando da Polícia Militar, no Município. A avaliação geral dos representantes das instituições responsáveis pela organização do evento é que a festa foi uma das mais tranquilas dos últimos anos, como salientou o comandante de Policiamento da Região Leste, coronel Luziel Andrade. De acordo com dados da Polícia Militar, foram registrados seis casos de lesão corporal leve, menos da metade dos 6 contabilizados no mesmo período no ano passado. A promotora de Justiça Semiana Cardoso, subcoordenadora do plantão da Micareta, atribuiu o bom resultado à articulação entre os órgãos, que prestaram serviços ao folião. Sobre o trabalho do Ministério Público, a promotora destacou que as diversas inspeções e atendimentos foram

possibilitados pelo fortalecimento de plantão. “O que observamos este ano foi uma micareta mais tranquila, onde a integração institucional foi decisiva”.

Na sua explanação, a promotora Semiana relatou que ontem o MP percorreu todo o circuito, verificando o funcionamento da estrutura de segurança. “Os portais de acesso estão funcionando adequadamente, o que



inibe a entrada de armas e drogas no circuito. Além disso, as plataformas para deslocamento dos policiais militares garantiu uma maior efetividade na atuação, embora tenhamos notado a presença de alguns foliões nas estruturas”. A promotora destacou, ainda, a visita realizada à Policlínica do Tomba, onde foi verificada a normalidade do atendimento, “sem casos de abusos sexuais ou lesões por arma branca e arma de fogo”. Além da policlínica, o MP fiscalizou durante a Micareta o Hospital Geral Clériston Andrade, a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas do Estado e posto de saúde da Secretaria Municipal, localizado no circuito. Foi visitado ainda o Centro Pop e a Casa de Passagem, que atendem população em situação de rua durante a festa. Os gestores das unidades relataram que os assistidos têm “evitado o abrigamento, contando com o acolhimento após a festa”. Por fim, a promotora ressaltou a atuação educativa do MP, que, durante a festa, afixou 1.000 adesivos nos equipamentos de trabalho de ambulantes, alertando sobre a proibição de venda de bebidas alcoólicas para crianças e adolescentes, além da distribuição de 2.400 pulseiras de identificação de crianças durante o evento.

Fonte: MPBA

<http://mpba.mp.br/noticia/46129>

Ministério da Saúde amplia oferta de medicamentos a crianças que realizaram transplante de fígado

Uma nova versão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para imunossupressão de transplante de fígado em pediatria foi publicada neste ano e disponibilizará mais 3 medicamentos

O Ministério da Saúde ampliou o tratamento disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) às crianças que são submetidas a transplante de fígado. Agora, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que orienta o cuidado relacionado ao transplante hepático pediátrico, passa a contar com mais três medicamentos: basiliximabe, everolimo e timoglobulina. Esses imunossupressores já eram ofertados no SUS, mas não havia indicação para uso em crianças e adolescentes até os 18 anos no pós-transplante para diminuir o risco de rejeição ao novo órgão.

Além desses três medicamentos, o SUS já ofertava para o transplante de fígado em pediatria 09 imunossupressores: o azatioprina, ciclosporina, metilprednisolona, micofenolato de mofetila, micofenolato de sódio, prednisolona, prednisona, sirolimo e o tacrolimo. São medicamentos para equilibrar a resposta imunológica e evitar a rejeição e perda do órgão transplantado. A indicação de qual desses medicamentos deve ser usado é feita pela equipe médica responsável pelo acompanhamento do paciente, que agora conta com novas opções.

O Ministério da Saúde, por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que inclui os demais gestores do SUS, mantém uma política permanente de atualização e revisão dos PCDTs que orientam os profissionais de saúde quanto aos critérios para diagnóstico e tratamento de cada doença ou condição, incluindo a indicação e o uso de medicamentos. O objetivo é ampliar as tecnologias e aperfeiçoar o tratamento disponibilizado no SUS, garantindo o cuidado adequado a cada paciente.

O transplante de fígado só é indicado para pessoas com doenças hepáticas agudas ou crônicas irreversíveis e progressivas. Em crianças e adolescentes, a

principais indicações são a atresia de vias biliares (obstrução progressiva, sem causa definida), que corresponde a 57% dos casos, e as doenças metabólicas (alterações no funcionamento do organismo, como a esteatose - que é o excesso de gordura no fígado), que representam 19% das indicações.

Inúmeros avanços nas diversas fases do transplante de fígado têm possibilitado excelentes resultados em crianças, principalmente com o uso de imunossupressores. De modo geral, os resultados no Brasil de transplante de fígado em crianças são positivos em mais de 90% dos casos, conforme registra o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas recém-atualizado.

TRANSPLANTE DE FÍGADO

O fígado é um órgão indispensável para o bom funcionamento do corpo humano e, apesar de sua capacidade regenerativa, certas doenças podem provocar a necessidade de transplante. Os primeiros sinais e sintomas de problemas são a dor abdominal do lado direito e a barriga inchada. Além desses sintomas, também podem ocorrer cor amarelada na pele e nos olhos e urina amarela forte ou escura, sinais da insuficiência hepática.

Neste ano, entre janeiro e fevereiro, foram realizados 32 transplantes pediátricos (crianças de 0 a 17 anos) no Brasil. Em 2018, foram 239 transplantes em crianças e adolescentes.

O Brasil é referência mundial na área de transplantes e possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Mais de 90% dos procedimentos de todo o país são financiados pelo SUS. Em números absolutos, o Brasil é o segundo maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos.

No SUS, os pacientes recebem assistência integral e gratuita, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante, pela rede pública de saúde, em um programa de atenção à saúde e assistência farmacêutica conjunto do Ministério da Saúde e secretarias de saúde.

CONITEC

As sugestões de ampliação da oferta de medicamentos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para imunossupressão de transplante hepático em pediatria foram analisadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, que tem a função de assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias no âmbito do SUS e da Saúde Suplementar, bem como analisar a tecnologia em consonância com as necessidades sociais em saúde e com a gestão do SUS.

As decisões da CONITEC são tomadas com base na existência de evidências científicas de eficácia, efetividade, segurança e de estudos de avaliação econômica da tecnologia proposta, em comparação às demais incorporadas anteriormente, bem como na relevância e no impacto da nova inclusão ao SUS.

Fonte: MMINISTÉRIO DA SAÚDE

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45408-ministerio-da-saude-amplia-oferta-de-medicamentos-a-criancas-que-realizaram-transplante-de-figado>

SUS ofertará medicamento para tratar AME

Única existente no mundo para o controle de AME, medicação deverá estar disponível em 180 dias

As pessoas que vivem com a doença rara Atrofia Muscular Espinhal (AME), tipo 1, os mais presentes no país, terão à disposição no Sistema Único de Saúde (SUS) o medicamento Nusinersen (Spinraza). O insumo, único no mundo recomendado para o tratamento de AME, passa a ser incorporado, nesta quarta-feira (24), pelo Ministério da Saúde. O anúncio foi feito pelo ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, durante audiência no Senado Federal. Os demais subtipos da doença estão sendo analisados dentro de um novo modelo de oferta de medicamentos para os pacientes portadores da doença, o chamado compartilhamento de risco.

“Estamos tentando diminuir o custo do nosso SUS. Com a incorporação vamos reduzir o valor do medicamento em relação aos pedidos judiciais. É o primeiro passo para o tipo 1. Conseguimos avançar, também, nas situações que ainda não temos recomendação. Vamos para protocolos e para o nosso primeiro compartilhamento de risco. Vamos construir juntos e tenho certeza que a gente vai vencer”, destacou o ministro Luiz Henrique Mandetta.

[Leia também: Conheça a AME, doença rara que terá tratamento disponível no SUS](#)

A previsão é que o fármaco esteja disponível em centros especializados em até 180 dias, conforme determina a legislação. O tratamento consiste na administração de seis frascos com 5 ml no primeiro ano e, a partir do segundo ano, passam a ser três frascos. A medida teve como base diversos estudos que apontam a eficácia do medicamento na interrupção da evolução da AME para quadros mais graves e que são prevalentes na maioria dos pacientes.

COMPARTILHAMENTO DE RISCO

O Ministério da Saúde também estuda a incorporação do Spinraza na modalidade compartilhamento de risco, o que incluiria também outros

subtipos da doença: o tipo 2 (início dos sintomas entre 7 e 18 meses de vida) e o tipo 3 (início dos sintomas antes dos 3 anos de vida e 12 anos incompletos). Neste formato, o governo só paga pelo medicamento se houver melhora da saúde do paciente. Assim, ao mesmo tempo em que os pacientes fazem uso do medicamento, deverão ser acompanhados, via registro prospectivo, para medir resultados e desempenhos, como evolução da função motora e menor tempo de uso de ventilação mecânica. Atualmente, há negociações de acesso e reembolso do fármaco em 42 países, como França, Itália e Reino Unido.

DEMANDAS JUDICIAIS

Em 2018, 90 pacientes foram atendidos, a partir de demandas judiciais que solicitavam a oferta do Spinraza, ao custo de R\$ 115,9 milhões. Cada paciente representou, em média, custo de R\$ 1,3 milhão. Atualmente, são 106 pacientes atendidos. A medicação era adquirida pela rede pública por até R\$ 420 mil a ampola. Após a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) estipular um teto de preço para o medicamento, houve uma redução de 50% em relação ao empregado em 2017. Com a incorporação, que garante uma compra anual centralizada pelo Ministério da Saúde, o valor poderá ser negociado com a empresa fabricante do produto, baixando ainda mais os custos.

AME

A AME é uma doença genética que interfere na capacidade do corpo de produzir uma proteína essencial para a sobrevivência dos neurônios motores. Sem ela, estes neurônios morrem e os pacientes vão perdendo o controle e força musculares, ficando incapacitados de se moverem, engolirem ou mesmo respirarem, podendo, inclusive, morrerem. A doença é degenerativa e não possui cura.

Fonte: MPBA

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45388-sus-ofertara-medicamento-para-tratar-ame>

Quase mil cidades podem ter surto de dengue, zika e chikungunya no país

Ao todo, 5.214 municípios realizaram algum tipo de levantamento que classifica o risco de aumento das doenças dengue, zika e chikungunya, causadas pelo Aedes aegypti

O primeiro Levantamento Rápido de Índices de Infestação pelo Aedes aegypti (LIRAA) de 2019 indica que 994 municípios (20% do total realizado) apresentaram alto índice de infestação, com risco de surto para as doenças dengue, zika e chikungunya. O Ministério da Saúde alerta que o sistema de vigilância de estados e municípios e toda a população devem reforçar os cuidados para combater o mosquito. Ao todo, 5.214 municípios realizaram algum tipo de monitoramento do mosquito transmissor dessas doenças, sendo 4.958 (95,1%) por levantamento de infestação (LIRAA/LIA) e 256 por armadilha. A metodologia da armadilha é utilizada quando a infestação do mosquito é muito baixa ou inexistente no local.

“O resultado do LIRAA confirma o aumento da incidência de casos de dengue em todo o país que subiu 339,9% em relação ao mesmo período do ano passado. Esses resultados indicam que é preciso fortalecer ainda mais as ações de combate ao mosquito transmissor, com a participação da população e de todos os gestores locais e federal”, afirma o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Wanderson Kleber, frisando, no entanto, que “mesmo com aumento no número de casos da doença, a taxa de incidência de 2019 está dentro do esperado para o período. Sendo assim, até o momento, o país não está em situação de epidemia, embora possa haver epidemias localizadas em alguns municípios e estados”, disse.

→ [Acesse o Informe Epidemiológico](#)

Além das cidades em situação de risco, o levantamento identificou 2.160 municípios em alerta, com o índice de infestação predial (IIP) entre 1% a 3,9% e 1.804 municípios com índices satisfatórios, inferiores a 1%. No total, 25

capitais realizaram o Levantamento Rápido de Índices por *Aedes aegypti* (LIRAA).

Cinco capitais estão com índice satisfatório: Boa Vista (RR), João Pessoa (PB), São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e o Distrito Federal. A capital Cuiabá (MT) está em risco. Outras 16 capitais estão em alerta: Fortaleza (CE), Porto Velho (RO), Palmas (TO), Salvador (BA), Teresina (PI), Recife (PE), Belo Horizonte (MG), Campo Grande (MS), Vitória (ES), São Luis (MA), Belém (PA), Macapá (AP), Manaus (AM), Maceió (AL), Aracaju (SE) e Goiânia (GO).

Os municípios de Natal (RN), Porto Alegre (RS) e Curitiba (PR) realizaram levantamento por armadilha. As capitais Florianópolis (SC) e Rio Branco (AC) não enviaram informações. Os dados foram coletados no período de janeiro a março deste ano.

[Acesse a tabela do Liraa](#)

O LIRAA é um instrumento fundamental para o controle do vetor e das doenças (dengue, zika e chikungunya). Com base nas informações coletadas, o gestor pode identificar os bairros onde estão concentrados os focos de reprodução do mosquito, bem como o tipo de criadouro predominante. O objetivo é que, com a realização do levantamento, os municípios tenham melhores condições de fazer o planejamento das ações de combate e controle do mosquito.

CRIADOUROS DO AEDES AEGYPTI

A metodologia permite identificar onde estão concentrados os focos do mosquito em cada município, além de revelar quais os principais tipos de criadouros predominantes. Os resultados reforçam a necessidade de intensificar imediatamente as ações de prevenção contra a dengue, zika e chikungunya, em especial nas cidades em risco e em alerta.

O armazenamento de água no nível do solo (doméstico), como tonel, barril, foi o principal tipo de criadouro no país, seguido dos depósitos móveis, caracterizados por vasos/frascos com água, pratos e garrafas retornáveis. Por

último, depósitos encontrados em lixo, como recipientes plásticos, garrafas PET, latas, sucatas e entulhos de construção, sendo passíveis de remoção.

CASOS DE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

Em 2019, até 13 de abril, foram registrados 451.685 casos prováveis de dengue no país, aumento de 339,9% em relação ao mesmo período do ano passado, quando foram registrados 102.681 casos. A incidência, que considera a proporção de casos em relação ao número de habitantes, tem taxa de 216,6% casos/100 mil habitantes. O número de óbitos pela doença também teve aumento, de 186,3%, passando de 66 para 123 mortes.

Em relação à zika, foram registrados 3.085 casos, com incidência de 1,5 caso/100 mil hab. Em 2018, no mesmo período, foram registrados 3.001 casos prováveis. Em 2019, não foram registrados óbitos por zika.

Também foram registrados 24.120 casos de chikungunya no país, com uma incidência de 11,6 casos/100 mil hab. Em 2018, foram 37.874 casos - uma redução de 36,3%. Em 2019, não foram confirmados óbitos por chikungunya.

AÇÕES DE COMBATE AO AEDES

As ações de prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti* são permanentes e tratadas como prioridade pelo Governo Federal. Todas as ações são gerenciadas e monitoradas pela Sala Nacional de coordenação e Controle para enfrentamento do *Aedes*, que atua em conjunto com outros órgãos, como o Ministério da Educação; da Integração, do Desenvolvimento Social; do Meio Ambiente; Defesa; Casa Civil e Presidência da República. A Sala Nacional articula com as Salas Estaduais e Municipais (2.166) as ações de mobilização e também monitora os ciclos de visita a imóveis urbanos no Brasil.

O Ministério da Saúde também oferece continuamente aos estados e municípios apoio técnico e fornecimento de insumos, como larvicidas para o combate ao vetor, além de veículos para realizar os fumacês, e testes diagnósticos, sempre que solicitado pelos gestores locais. Entre janeiro e

março deste ano, a pasta já enviou mais de 90 mil reações do teste Elisa para diagnóstico de dengue aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENs) estaduais. Para o diagnóstico das doenças zika e chikungunya, e também dengue, todos os laboratórios do país estão abastecidos com o teste em Biologia Molecular.

Para estas ações, a pasta tem garantido orçamento crescente. Os recursos para as ações de Vigilância em Saúde, incluindo o combate ao *Aedes aegypti*, cresceram nos últimos anos, passando de R\$ 924,1 milhões, em 2010, para R\$ 1,73 bilhão em 2018. Este recurso é destinado à vigilância das doenças transmissíveis, entre elas dengue, zika e chikungunya.

[Acesse nossa página especializada de combate ao aedes](#)

DENGUE

Em 2019, até 13 de abril, foram registrados 451.685 casos prováveis de dengue no país, um aumento de 339,9% em relação ao mesmo período do ano passado, quando foram registrados 102.681 casos. A incidência, que considera a proporção de casos em relação ao número de habitantes, tem taxa de 216,6% casos/100 mil habitantes. O número de óbitos pela doença também teve aumento, de 186,3%, passando de 66 para 123 mortes, sendo grande parte no estado de São Paulo.

Alguns estados têm situação mais preocupante, por apresentarem alta incidência da doença, ou seja, estão com a incidência maior que 100 casos por 100 mil habitantes: Tocantins (799,2 casos/100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (697,9 casos/100 mil hab.), Goiás (630,8 casos/100 mil hab.), Minas Gerais (585,3 casos/100 mil hab.), Acre (514,6 casos/100 mil hab.), Espírito Santo (406,9 casos/100 mil hab.), São Paulo (349,1 casos/100 mil hab.), Distrito Federal (302,7 casos/100 mil hab.), Paraná (138,8 casos/100 mil hab.) e Mato Grosso (100,5 casos/100 mil hab.)

[Acesse nossa página especializada em Dengue](#)

ZIKA

Em 2019, até 04 de abril, foram registrados 3.085 casos de Zika, com incidência de 1,5 caso/100 mil hab. Em 2018, no mesmo período, foram registrados 3.001 casos prováveis.

Entre as Unidades da Federação, destacam-se Tocantins (45,5 casos/100 mil hab.) e Acre (10,4 casos/100 mil hab.). Em 2019, não foram registrados óbitos por Zika.

[Acesse nossa página especializada em Zika](#)

CHIKUNGUNYA

Em 2019, até 13 de abril, foram registrados 24.120 casos de chikungunya no país, com uma incidência de 11,6 casos/100 mil hab. Em 2018, foram 37.874 casos - uma redução de 36,3%.

Na análise dos estados, destacam-se entre as maiores incidências o Rio de Janeiro (80,6 casos/100 mil hab.), Tocantins (30,9 casos/100 mil hab.), Pará (27,6 casos/100 mil hab.), Ceará (11,8 casos/100 mil hab.) e Rio Grande do Norte (11,3 casos/100 mil hab.). Em 2019, não foram confirmados óbitos por chikungunya.

[Acesse nossa página especializada em Chikungunya](#)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45407-quase-mil-cidades-podem-ter-surto-de-dengue-zika-e-chikungunya-no-pais>

Serviço de cirurgia Bucomaxilofacial do HGE é destaque nacional

O serviço de cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral do Estado da Bahia (HGE) ficou em segundo lugar no país em número de procedimentos, com a realização de 255 cirurgias de face, em 2018. Ao todo, 463 hospitais públicos ofertaram o procedimento.

Com uma equipe que conta com cinco cirurgiões bucomaxilo, além dos residentes, o serviço realiza uma média de 10 cirurgias por semana. O coordenador do serviço, Samário Maranhão, explica que os pacientes dão entrada na emergência do HGE, normalmente, vítimas de acidentes de trânsito, agressão física ou arma de fogo e, quando constada a necessidade da cirurgia de face, a equipe é acionada, e o procedimento é feito em até 48 horas.

Após a alta hospitalar, os pacientes passam a ser acompanhados ambulatorialmente durante três meses, até serem liberados em definitivo.

De acordo com o cirurgião Samário, esses traumas, além de causar comprometimentos estéticos, podem causar também problemas de saúde, como dificuldade de respirar, mastigar, enxergar, dentre outros.

HGE: Inaugurado em de abril de 1990, o HGE foi ampliado em 2016, ganhando uma nova estrutura, denominada HGE 2, que ampliou número de leitos, bem como de salas cirúrgicas. O HGE realiza cirurgias de coluna e geral, neurocirurgia, cirurgia oftalmológica, da face, pediatria, clínica médica, queimados, cirurgia reparadora e também possui um Centro de Tratamento de Queimados. No ano passado, foi inaugurado o Centro de Bioimagem do HGE, que integra a Parceria Público Privada (PPP) de Diagnóstico por Imagem, e funciona com ressonância magnética de 1,5 Tesla e dois tomógrafos computadorizados de 16 canais.

Além da assistência, a unidade também é local de pesquisa e ensino, recebendo para estágios curriculares e pós-graduação (Residência Médica),

alunos de Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, dentre outros, com o objetivo de oferecer ao estudante a oportunidade de desenvolver a gestão da assistência, de forma sistematizada, de acordo com as necessidades do paciente, no âmbito da unidade hospitalar.

Fonte: SESAB

<http://www.saude.ba.gov.br/2019/04/30/servico-de-cirurgia-bucomaxilofacial-do-hge-e-destaque-nacional/>

UTI cirúrgica do HGRS recebe selo por melhor atuação do país



A unidade de terapia intensiva (UTI) cirúrgica do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) foi premiada pela gestão de indicadores de qualidade e pelo desempenho positivo. Com melhor atuação entre as 200 UTIs selecionadas no país, a

instituição baiana recebeu, na última semana, certificação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib).

Diretor-geral do HGRS, o anestesiológista José Admirço Lima Filho conta que, graças ao esforço da equipe da UTI cirúrgica, o resultado foi muito superior ao inicialmente planejado. “Reduzimos a zero, desde julho de 2018, as infecções por PAV [pneumonia associada à ventilação mecânica], trato urinário e acesso venoso. A meta era reduzir 50%, mas conseguimos reduzir 100%”, completa ele.

De acordo com o selo conferido pela Amib ao HGRS, o hospital gerencia seus indicadores de qualidade e desempenho em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 24 de fevereiro de 2010, por meio do sistema Epimed Monitor UTI Adulto. Isso, ainda conforme a associação, contribui para a melhoria da qualidade da medicina intensiva e segurança dos pacientes no Brasil.

Fonte: SESAB

<http://www.saude.ba.gov.br/2019/04/30/uti-cirurgica-do-hgrs-recebe-selo-por-melhor-atuacao-do-pais/>

Hospital estadual recebe prêmio Melhores do Ano na categoria Prestação de Serviço Hospitalar



Gestores do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), localizado no Recôncavo da Bahia, participaram, na quinta-feira (11), da cerimônia de entrega do prêmio Melhores do Ano na categoria Melhor Prestação de Serviço Hospitalar e Qualidade no Atendimento na área pública e privada.

O hospital foi premiado pela quarta vez consecutiva. Com mais de 15 mil votos computados, a premiação avaliou o desempenho de empresas locais, referente ao ano de 2018, em mais de 150 categorias através de pesquisa de opinião pública. “A premiação recebida demonstra a dedicação e compromisso da Secretaria da Saúde do Estado e dos profissionais do hospital em levar uma assistência de qualidade à população do recôncavo”, afirma o secretário da Saúde do Estado, Fábio Vilas-Boas.

“Para nós é uma honra receber este prêmio, que reflete a importância do HRSAJ na região e no estado da Bahia. Continuaremos trabalhando como se fosse o primeiro dia, para buscar sempre melhorias e conseguir trazer mais saúde, mais humanização e ainda mais qualidade”, assegurou o presidente do Instituto Fernando Filgueiras (IFF), instituição que faz a gestão da unidade, Marco Antônio Andrade.

Com nove anos de assistência e serviços prestados à saúde local e circunvizinha, o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus dispõe de doze especialidades, entre elas, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) e Clínica Médica. A unidade realizou, no ano de 2018, mais de 200 mil atendimentos ambulatoriais e de emergência, além de mais de 5 mil cirurgias.

Para o diretor médico da unidade, Antônio Carlos Assunção, foi uma grande satisfação receber a honraria. “Este prêmio é o reconhecimento, por parte da sociedade, de um trabalho que a gente faz sempre objetivando trazer o melhor para a população”, afirmou o diretor médico da unidade, Antônio Carlos Assunção.

Fonte: SESAB

<http://www.saude.ba.gov.br/2019/04/15/hrsaj-recebe-premio-melhores-do-ano-na-categoria-prestacao-de-servico-hospitalar-e-qualidade-no-atendimento/>

II - MODELO DE PEÇAS

1. DECLARAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA. Fornecimento do medicamento VAL-GANCICLOVIR / Medicamento de Alto Custo / Competência da União / Justiça Federal

[Clique aqui para acessar a Recomendação.](#)

III – PARECERES TÉCNICOS CESAU

RELATÓRIO N.º 177/2019 - CESAU

OBJETO: Parecer. - Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde - CESAU

REFERÊNCIA: Promotoria de Justiça de Bom Jesus da Lapa/ Nusinersena

PACIENTE: XXX

Nusinersena

Nusinersena é o princípio ativo do medicamento Spinraza.

Atrofia Muscular Espinhal (AME) é uma doença genética, causada pela ausência de uma determinada proteína SMN (chamada de sobrevivência do neurônio motor, ou SNM), resultando na degeneração das células nervosas motoras na coluna vertebral, levando a fraqueza dos músculos nos ombros, quadril, coxas e parte superior das costas (membros superiores e inferiores). Há também um enfraquecimento dos músculos envolvidos na respiração e deglutição. SPINRAZA® (nusinersena) atua na produção da proteína SMN que a pessoa com AME precisa. Isso reduz a perda das células nervosas motoras, melhorando a força e o tônus muscular. SPINRAZA® (nusinersena) pode ser administrado em crianças, adolescentes ou adultos.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Tratamento de pacientes com Atrofia Muscular Espinhal (AME) com deleção ou mutação no gene SMN1 localizado no cromossomo 5q.

Esse medicamento não está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS e não encontramos alternativa terapêutica para a enfermidade. O

Spinraza® é o único medicamento disponível no mundo para tratar a atrofia muscular espinhal.

O referido medicamento foi avaliado recentemente pela CONITEC, em sua 69ª reunião ordinária, no dia 02 de agosto de 2018, e teve a seguinte recomendação preliminar:

“Recomendou a não incorporação no SUS de nusinersena para o tratamento de crianças com AME 5q tipo I. Considerou-se que as evidências clínicas apresentadas são frágeis e os resultados obtidos com o tratamento, observados no ensaio clínico pivotal, não demonstram aumento de sobrevida para além da expectativa de vida esperada para crianças com a doença. A análise de custo-efetividade mostra que o medicamento não apresenta resultados clínicos condizentes com o preço praticado para o medicamento no Brasil e a análise de impacto orçamentário, que prevê gastos na ordem de R\$ 1 bilhão, evidencia que a incorporação do medicamento pode comprometer a sustentabilidade do SUS.”

RELATÓRIO N.º185/2019 - CESAU

OBJETO: Parecer. - Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde- CESAU

REFERÊNCIA: Promotoria de Justiça de Itabuna/ Tratamento Fora de Domicílio intermunicipal

PACIENTE: XXX

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído pela Portaria SAS/MS N° 055/1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

O benefício do TFD consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em alta complexidade, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS, em outros Estados/Municípios, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário.

O transporte de pacientes para TFD obedece à normatização do Manual do TFD do Estado da Bahia:

“2.1.2. O deslocamento de pacientes para tratamento médico dentro do Estado da Bahia é de responsabilidade dos gestores municipais de saúde, obedecendo a suas referências dentro da Programação Pactuada Integrada - PPI/BA.

2.1.3. A portaria SAS/MS N° 055 de 24/02/99 determina no artigo 1º & 5º o não pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50 km.

2.1.4. Existindo especialista na região do Município solicitante de TFD ou em região mais próxima que não a capital, o laudo médico para solicitação de TFD deverá ser preenchido sempre por um especialista na área assistencial do caso, do município de residência ou referenciado com base na PPI, credenciado, contratado ou conveniado ao SUS, certificando-se e informando da falta de condições técnicas e/ou materiais para solução do problema na região/Estado. Sempre que necessário a CE-TFD poderá solicitar parecer de equipe médica especializada de Centros de Referência no Estado.

2.1.5. A não existência de recurso disponível do Ministério da Saúde para o atendimento de TFD a menos de 50 km do Município de origem e a impossibilidade de poder cobrar as despesas de TFD, conforme tabela de procedimento SIA/SUS, não exime o Município da responsabilidade da assistência ao paciente carente de recursos para o transporte. Todo Município terá que disponibilizar meios, continuados e ininterruptos, de acesso do paciente ao tratamento fora dos limites do seu Município de residência.”¹ (grifo nosso).

Conforme relatório médico, o paciente foi diagnosticado com hemofilia A, com grande facilidade para sangrar espontaneamente ou após trauma. Por não ser possível o tratamento no município de residência do paciente, a profissional médica, Doutora Andreia Oliveira Gusmão, considerou encaminhar o paciente para tratamento no HEMOBA, em Salvador. No formulário de solicitação do TFD, a médica solicita que o transporte seja realizado por ônibus devido ao risco de sangramento.

O Manual do TFD do Estado da Bahia dispõe sobre o transporte dos pacientes:

¹MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO ESTADO DA BAHIA

2.5 Do Tipo de Transporte

“2.5.1 Serão fornecidas preferencialmente, para pacientes em TFD, passagens de ônibus rodoviários comuns. Aqueles pacientes com estado de saúde mais grave poderão receber passagens para ônibus tipo leito, mediante justificativa do médico solicitante e comprovação da gravidade do estado de saúde pela apresentação de exames complementares, sendo a indicação submetida a análise por parte da Comissão Autorizadora do TFD.

2.5.2 Passagens aéreas somente serão fornecidas para aqueles casos nos quais o estado de saúde do paciente o impeça de viajar de ônibus, ou quando a demora de deslocamento traga risco à sua saúde. Esses pedidos deverão ser minuciosamente justificados pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde do paciente pela apresentação de exames complementares pertinentes e Laudo Médico bem fundamentado, que será submetido à análise por parte da Comissão Autorizadora/TFD de acordo com § 1º do Art. 4º da Portaria SAS/MS nº 55/1999. Aqueles pacientes que receberam passagens aéreas, ou terrestres, deverão apresentar os canhotos das mesmas, para fins de prestação de contas, tão logo retornem, ficando condicionada nova emissão de passagens à sua prestação de contas. Caso o paciente vá permanecer por mais de 30 dias em TFD, os referidos comprovantes deverão ser encaminhados à Coordenação do TFD através do fax.

2.5.3 Caso o Município decida utilizar a estratégia de aquisição de veículo para o deslocamento de

paciente/acompanhante para TFD, esta alternativa deve ser aprovada submetida ao pelo Conselho Municipal de Saúde.”

Sendo assim, a solicitação de transporte do paciente por ônibus é plausível e capaz de ser fornecido pelo serviço de TFD. Não vemos motivos para oposição à solicitação da profissional médica.

OBJETO: Orientação / Pesquisa - Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde- CESAU

REFERÊNCIA: 3ª Promotoria de Justiça de Cruz das Almas / Imunoterapia

PACIENTE: XXXX

VACINAS PARA ALERGIA

A imunoterapia com alérgenos, também chamada de vacina para alergia, é uma forma de tratamento utilizada há mais de 50 anos com o objetivo de diminuir a sensibilidade de pessoas que se tornaram alérgicas a determinadas substâncias. Consiste na introdução, por via injetável (subcutânea) ou via sublingual, de quantidades crescentes de uma substância causadora de alergia (alérgeno) com o objetivo de se obter um estado de tolerância a esta substância.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a vacina antialérgica é indicada nos pacientes portadores de alergias mediadas por anticorpos IgE, ou seja, nos indivíduos sensíveis a alérgenos ambientais que apresentem manifestações clínicas, como as alergias respiratórias, e em pacientes que apresentem reações anafiláticas a picada de insetos. Não há dados sobre o paciente em tela que permitam analisar a pertinência do pleito.

A indicação da imunoterapia deve ser fundamentada na comprovação da sensibilização, na avaliação da importância da alergia no quadro clínico do paciente e na disponibilidade do alérgeno para o tratamento.

A imunoterapia deve ser usada somente quando outras terapias são ineficazes e deve envolver a administração de alérgeno padronizado específico em um esquema de tratamento que assegure que uma quantidade adequada do alérgeno é injetado de acordo com um protocolo reconhecido.

Em pacientes que também sofrem de asma é necessário cautela ainda maior, uma vez que apresentam maior risco de desenvolver reações indesejáveis. Pacientes com asma não controlada ou em crise de asma não devem receber aplicação de imunoterapia.

Segundo a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia & Sociedade Brasileira de Pediatria, a imunoterapia é contraindicada em pacientes com doença coronariana, em pessoas que usam determinado grupo de anti-hipertensivo (betabloqueadores) ou que sofrem de outras doenças do sistema imunológico, tais como imunodeficiências e doenças autoimunes.²

O benefício da IT deve ser avaliado periodicamente quanto à qualidade da resposta terapêutica, pela melhora clínica (intensidade e frequência dos sintomas), diminuição do consumo e/ou da necessidade de medicamentos. Para orientar a aplicação de imunoterapia o médico deve ter capacitação específica. A aplicação de imunoterapia com alérgenos por qualquer via é acompanhada de riscos. Ao iniciá-la, o paciente deverá ser informado desta possibilidade e o médico deve estar preparado para tratar reações adversas, que podem ser graves.

A vacina não está incluída na lista de Assistência Farmacêutica do SUS.

Alternativamente, o SUS oferece para aos portadores da doença os medicamentos: analgésicos e antitérmicos - ácido acetilsalicílico, dipirona sódica e paracetamol; anti-histamínicos - loratadina, dexclorfeniramina e prometazina; corticóides tópicos nasal - beclometasona; corticóides sistêmicos - prednisona, prednisolona e descongestionantes nasais- budesonida e cloreto de sódio.

²Tamine Jandrey da Rosa. Imunoterapia específica para o tratamento de alergias respiratórias: uma revisão sobre seu uso. 2016 DOI: 10.21877/2448-3877.201600381

RELATÓRIO N.º 197/2019 - CESAU

OBJETO: Orientação / Pesquisa - Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde- CESAU

REFERÊNCIA: Promotoria de Justiça de Medeiros Neto / PMAQ/AB

O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (ABS).

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB (Atenção Básica);

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS (Unidades Básicas de Saúde) que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VII - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.³

A PORTARIA Nº 1.645 de 2015 do Ministério da Saúde dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB):

O PMAQ-AB é composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. O PMAQ-AB se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria

³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2012.

contínua da qualidade da atenção básica e cada ciclo ocorrerá a cada 24 (vinte e quatro) meses.

A PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, que estabelece a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, dispõe em seu Capítulo II, Seção II:

“Do Incentivo Financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)

Art. 118. A cada ciclo, o Distrito Federal e os municípios que aderirem ao PMAQ-AB farão jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do PAB Variável, que será repassado ao Distrito Federal e aos Municípios em 2 (dois) momentos: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º)

I - no início de cada ciclo, após a homologação da adesão do Distrito Federal ou município ao PMAQ-AB; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, I)

II - após a Fase 2 de cada ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, II)

§ 1º Os valores a serem repassados ao Distrito Federal e municípios a título do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão estabelecidos em ato específico do Ministro de

**Estado da Saúde e variação de acordo com:
(Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º)**

**I - o número de equipes contratualizadas;
(Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º, I)**

**II - as disponibilidades orçamentárias do
Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM
1645/2015, Art. 9º, § 1º, II)**

**III - no caso do inciso II do "caput", com o fator
de desempenho de que trata o art. 510, § 4º da**

**Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT
MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º, III)**

**§ 2º O incentivo financeiro de que trata o
"caput" será transferido fundo a fundo, por
meio PAB Variável, observado o disposto no art.
11. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, §
2º)**

**Art. 119. Os valores recebidos ao longo do ciclo
pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão
ser utilizados em conformidade com o disposto
na Portaria de Consolidação nº 6, e o
planejamento e orçamento de cada ente.
(Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 10)**

**Art. 120. Os recursos orçamentários referentes
ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB são
oriundos do orçamento do Ministério da Saúde,
devendo onerar o Programa de Trabalho
10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica
Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A
- Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO:**

0001). (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 13)”

Demais informações sobre o PMAQ/AB encontram-se no Manual Instrutivo “ACESSO E QUALIDADE PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA” em anexo.

[Acesse aqui o Manual Instrutivo PMAQ/AB](#)

OBJETO: Orientação / Pesquisa - Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde- CESAU

REFERÊNCIA: Promotoria de Justiça de Itaberaba /Diversos medicamentos

PACIENTE: XXX

GLARGINA (Lantus)

As insulinas análogas de ação prolongada são resultantes de mudanças estruturais na molécula de insulina humana, obtida a partir da tecnologia do DNA-recombinante, com o objetivo de estender a duração do efeito e diminuir a variação intra-individual.

As indicações aprovadas pela ANVISA são:

2.Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em adultos.

3.Tratamento de diabetes mellitus tipo 1 em adultos e em crianças com 2 anos de idade ou mais que necessitam de insulina basal (longa duração) para o controle da hiperglicemia (nível alto de açúcar no sangue).

A droga foi recentemente incorporada à lista de Assistência Farmacêutica do SUS, através da Portaria Nº 19, de 27 de março de 2019, para o tratamento de diabetes mellitus tipo I, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para a garantia da disponibilização das tecnologias incorporadas no SUS, está estipulado no Decreto n.º 7.646/ 2011 o prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira.

Cumpra informar que o SUS deve fornecer gratuitamente os medicamentos e materiais necessários a aplicação e monitoramento da glicemia capilar aos portadores de diabetes, que devem estar inscritos no Programa de Educação para Diabéticos. O Ministério da Saúde financia integralmente as insulinas NPH e Regular e os Estados e Municípios, financiam os insumos. Os insumos disponibilizados são seringas de 1ml, com agulha acoplada para aplicação de insulina; tiras reagentes para medida de glicemia capilar e lancetas para punção digital para os portadores de Diabetes mellitus inscritos no Programa de Educação para Diabéticos.

TRAYENTA

A linagliptina, um medicamento do grupo das gliptinas, atuando no tratamento do diabetes mellitus do tipo 2 fazendo o pâncreas produzir quantidade adequada de insulina e menor quantidade do hormônio glucagon, ajudando assim a controlar o seu nível sanguíneo de açúcar.

O uso aprovado pela ANVISA é:

1. Tratamento do diabetes mellitus tipo 2.

Este medicamento **não** está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS. Alternativamente, o SUS oferece: glibenclamida, metformina, gliclazida, as insulinas humanas NPH e Regular, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

GLIFAGE XR

Glifage XR é o nome comercial da metformina, em uma preparação de longa ação. A metformina é um fármaco antidiabético da família das biguanidas com efeitos anti hiperglicêmicos, reduzindo a glicose plasmática pós-prandial e basal.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Adjuvante à dieta e à prática de exercícios para melhorar o controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Esse medicamento **não** está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS, nesta apresentação de liberação prolongada. Alternativamente, o SUS oferece os medicamentos metformina nas apresentações comprimido de 500 e 850mg, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS)

O ácido acetilsalicílico pertence ao grupo de substâncias antiinflamatórias não esteróides, eficazes no alívio de dor, febre e inflamação.

O ácido acetilsalicílico inibe a formação excessiva de substâncias mensageiras da dor, as prostaglandinas, reduzindo sensibilidade à dor. O ácido acetilsalicílico tem também, a capacidade de evitar o agrupamento das plaquetas, componentes do sangue que agem na formação dos coágulos sanguíneos. Ao inibir o agrupamento das plaquetas, o ácido acetilsalicílico previne a formação de coágulos (trombos) nos vasos sanguíneos, evitando assim certas doenças cardiovasculares.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

Comprimido 500mg:

1. Alívio de dores de intensidade leve a moderada, como dor de cabeça, dor de dente, dor de garganta, dor menstrual, dor muscular, dor nas articulações, dor nas costas, dor da artrite e
2. Alívio sintomático da dor e da febre nos resfriados ou gripes.

Comprimido 100mg a 300mg

3. Angina de peito instável (dor no peito causada pela má circulação do sangue nas artérias coronárias);
4. Infarto agudo do miocárdio;
5. Redução do risco de novo infarto em doentes que já sofreram infarto (prevenção de reinfarto);
6. Após cirurgias ou outras intervenções nas artérias (por ex., cirurgia de ponte de safena);
7. Evitar a ocorrência de distúrbios transitórios da circulação cerebral (ataque de isquemiacerebral transitória) e de infarto cerebral após as primeiras manifestações (paralisia transitória da face ou dos músculos dos braços ou perda transitória da visão).

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS nas formas de apresentação comprimido 100mg e 500mg, e pertence ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

APRESOLINA

Trata-se de um vasodilatador. Reduz a pós-carga e aumenta o débito cardíaco. É útil em pacientes com cardiomegalia e aumento da resistência vascular sistêmica. Pode causar melhora da perfusão renal.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

tratamento da hipertensão arterial sistêmica;

Insuficiência cardíaca congestiva.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação comprimido 25mg e 50mg, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

MONOCORDIL

Mono e dinitrato de isossorbida são vasodilatadores com as propriedades gerais dos nitratos. A forma mononitrato (comprimido para administração oral e solução injetável) metabólito ativo da forma dinitrato (comprimido sublingual) é indicado para crise anginosa.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Terapia de ataque e de manutenção na insuficiência coronária;
2. Terapia de ataque e de manutenção na insuficiência cardíaca aguda ou crônica, em associação aos cardiotônicos, diuréticos e também aos inibidores da enzima conversora;
3. Crises de angina ou em situações que possam desencadeá-las;
4. Tratamento e prevenção da: angina de esforço (angina secundária, angina estável ou angina crônica), angina de repouso (angina primária, angina instável, angina de Prinzmetal ou angina vasoespástica) e angina pós-infarto.

Este medicamento está disponível no SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica na forma de apresentação comprimido de 20mg e 40mg (mononitrato de isossorbida) e comprimido sublingual 5mg (dinitrato de isossorbida).

CONCOR

O bisoprolol é um betabloqueador, empregado para baixar a pressão arterial de pessoas que sofrem de hipertensão e para pessoas com problemas cardíacos causados por lesões nas artérias coronárias (angina de peito) e insuficiência cardíaca crônica.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Tratamento de insuficiência cardíaca crônica estável com função ventricular sistólica esquerda reduzida, em adição a inibidores ECA, e diuréticos, e opcionalmente glicosídeos cardíacos.

Esse medicamento não está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS. Alternativamente, para o tratamento da hipertensão o SUS disponibiliza os medicamentos carvedilol e metoprolol (betabloqueadores), anlodipino, nifedipino, verapamil, propranolol, atenolol, enalapril, captopril, metildopa, losartana, amiodarona, propafenona, hidralazina, furosemida, isossorbida, hidroclorotiazida e espironolactona por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

PANTOPRAZOL

É um inibidor de bomba de prótons, isto é, inibe uma estrutura localizada dentro de células específicas do estômago (células parietais), que são responsáveis pela produção de ácido clorídrico. Por meio de um mecanismo de auto-inibição, à medida que a secreção ácida é inibida, o seu efeito diminui. Sua forma de apresentação é em comprimido de 20 e 40mg e pó liofilizado para injeção 40 mg/mL.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Tratamento das lesões gastrintestinais leves.
2. Alívio dos sintomas gastrintestinais que dependam da secreção ácido-gástrica.
3. Gastrites ou gastroduodenites agudas ou crônicas e dispepsias não-ulcerosas.
4. Profilaxia das lesões agudas da mucosa gastroduodenal, induzidas por medicamentos, como os antiinflamatórios não-hormonais.
5. Tratamento da úlcera péptica duodenal, úlcera péptica gástrica e das esofagites por refluxo moderada ou grave.
6. Erradicação do *Helicobacter pylori*, com a finalidade de redução da taxa de recorrência de úlcera gástrica ou duodenal causadas por este

microorganismo. Neste caso, deve ser associado a dois antibióticos adequados.

Esse medicamento **não** está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS. Alternativamente, o SUS oferece os medicamentos hidróxido de alumínio (comprimido 230mg e 300mg, suspensão 61,5mg/ml), omeprazol 20mg (mesma classe do pantoprazol), ranitidina 150mg, metoclopramida (comprimido 10mg, solução injetável 5mg/ml e solução oral 4mg/ml) e o fitoterápico espinheira-santa (*Maytenus officinalis* Mabb.), coadjuvante no tratamento de gastrite, úlcera gastroduodenal e sintomas de dispepsia, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

NOCTIDEM

O zolpidem é a substância ativa do medicamento Noctiden. O zolpidem é um agente hipnótico pertencente ao grupo das imidazopiridinas. Estudos experimentais demonstraram que zolpidem promove um efeito sedativo em doses muito inferiores às necessárias para obtenção de um efeito anticonvulsivante, relaxante muscular ou ansiolítico.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Tratamento da insônia que pode ser ocasional, transitória ou crônica.

Esse medicamento **não** está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS. Alternativamente, o SUS oferece os medicamentos carbonato de lítio (estabilizador de humor), valproato de sódio ou ácido valpróico, fenitoína, fenobarbital e carbamazepina (anticonvulsivantes) cloridrato de amitriptilina, cloridrato de clomipramina, cloridrato de nortriptilina e fluoxetina (antidepressivos); haloperidol, biperideno e clorpromazina (antipsicóticos), midazolam, clonazepam e diazepam (ansiolíticos), por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

DERSANI ÓLEO

Dersani é um óleo para proteção da pele de pessoas acamadas e com peles sensíveis (dermoprotetor), também é usado como cicatrizante de feridas. Pode ser usado na prevenção das fissuras mamilares da gestação/amamentação. É composto por ácidos Graxos essenciais (ácido linoléico), triglicerídeos de cadeia média (ácido caprílico, ácido cáprico, ácido láurico), lecitina de soja, vitamina A e Vitamina E, com isenção de componentes de origem animal e qualquer componente alcoólico. Todos os componentes são anti-alérgicos. Não possui componentes que agriem a pele ou os ferimentos. Por isso auxilia na manutenção da integridade da pele e na cicatrização mais rápida. É indicado para qualquer ferimento limpo, que não contenha necrose ou corpos estranhos.

Esse medicamento não está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS. Alternativamente, o SUS oferece o medicamento óleo mineral, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

CREME DE BARREIRA

O Creme Barreira é o tratamento ideal para a pele seca ou irritada, causada pelo exsudato oriundo da pele perilesional. O Creme Barreira repele a entrada de líquidos e suaviza a pele, contém um protetor de pH que restaura o pH da pele, prevenindo lesões cutâneas.

Esse medicamento não está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS e não encontramos alternativa terapêutica .

Os medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) são regulamentados pela Portaria de Consolidação N° 2, de 28 de setembro 2017. Segundo tal norma, editada em consenso com todos os Estados e Municípios, cabe à União, aos Estados e aos Municípios o

financiamento conjunto dos medicamentos fornecidos pelo referido componente, sendo que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos desse Componente, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB.

LIPTOR

A atorvastatina é um agente hipolipemiante, é um inibidor seletivo e competitivo da 3-hidroxi- 3-metil-glutaril-coenzima A (HMG-CoA) redutase, a enzima limitante responsável pela conversão da HMG-CoA a mevalonato, um precursor dos esteróis, inclusive do colesterol.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Indicado como um adjunto à dieta para o tratamento de pacientes com níveis elevados de CT, LDL-C, apo B e triglicérides, para aumentar os níveis de HDL-C em pacientes com hipercolesterolemia primária, hiperlipidemia combinada, níveis elevados de triglicérides séricos e para pacientes com disbetalipoproteinemia que não respondem de forma adequada à dieta.

2. Indicado para a redução do CT e do LDL-C em pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica.

3. Indicado na síndrome coronária aguda para a prevenção secundária do risco combinado de morte, infarto do miocárdio não-fatal, parada cardíaca e re-hospitalização de pacientes com angina do peito.

4. Pacientes com doença cardíaca coronariana clinicamente evidente, é indicado para redução do risco de: infarto do miocárdio não-fatal; acidente vascular cerebral fatal e não-fatal; procedimentos de revascularização; hospitalização por insuficiência cardíaca congestiva; angina.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação comprimido de 10mg, 20mg, 40mg e 80mg por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento da Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.

Esse Componente é regulamentado pela Portaria de Consolidação N° 2, de 28 de setembro 2017. 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 atorvastatina pertencente ao Grupo 2.

BRILINTA

O ticagrelor, é um inibidor de plaquetas, mais especificamente é uma droga capaz de inibir a agregação das plaquetas, e com isto inibe a formação de coágulos (trombos). Ou seja, é um antiagregante plaquetário.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. indicado para a prevenção de eventos trombóticos - morte cardiovascular (Cv), infarto do miocárdio (Im) e acidente vascular cerebral (AvC).

Esse medicamento **não** está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS, alternativamente o SUS oferece o medicamento clopidogrel na forma de apresentação comprimido 75mg, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento de: Síndromes Coronariana Agudas.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas dessa doença está regulamentado por meio da Portaria N 2.994, de 13 de dezembro de 2011, onde se observa as diretrizes terapêuticas de tratamento da enfermidade.

Esse Componente é regulamentado pela Portaria de Consolidação N° 2, de 28 de setembro 2017. 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 **clopidogrel** pertence ao Grupo 2.

IV - DECISÕES SOBRE INCORPORAÇÕES NO SUS

TECNOLOGIA AVALIADA	RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO DA CONITEC	DECISÃO SOBRE INCORPORAÇÃO	PORTARIA SCTIE/MS
Nusinersena para Atrofia Muscular Espinhal 5q	Relatório 449 - Nusinersena para Atrofia Muscular Espinhal 5q	Incorporar ao SUS*	SCTIE nº 24/2019 -Publicada em 25/04/2019
Acetato de ciproterona em pacientes com adenocarcinoma de próstata resistente à castração	Relatório 444 - Acetato de ciproterona em pacientes com adenocarcinoma de próstata resistente à castração	Não incorporar ao SUS	SCTIE nº 25/2019 -Publicada em 22/04/2019
Ocrelizumabe para o tratamento de formas recorrentes de Esclerose Múltipla	Relatório 447 - Ocrelizumabe para o tratamento de formas recorrentes de Esclerose Múltipla	Não incorporar ao SUS	SCTIE nº 22/2019 -Publicada em 18/04/2019
Ocrelizumabe para tratamento da esclerose múltipla primariamente	Relatório 446 - Ocrelizumabe para tratamento da esclerose múltipla primariamente	Não incorporar ao SUS	SCTIE nº 21/2019 -Publicada em 18/04/2019
Pamidronato dissódico para tratamento da doença de Paget óssea	Relatório 444 - Pamidronato dissódico para tratamento da doença de Paget óssea	Excluir	SCTIE nº 20/2019 -Publicada em 18/04/2019

Conforme determina o artigo 25 do Decreto 7.646/2011, a partir da publicação da decisão de incorporar tecnologia em saúde, as áreas técnicas do Ministério da Saúde terão prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta ao SUS.