



Número 03/2019 – Salvador – Março - 2019.

## **INDICE**

<b>I - NOTÍCIAS .....</b>	<b>02</b>
<b>II -MODELOS DE PEÇAS .....</b>	<b>26</b>
<b>III - PARECERES TÉCNICOS CESAU.....</b>	<b>27</b>
<b>IV - DECISÕES SOBRE INCORPORAÇÕES NO SUS.....</b>	<b>43</b>

# I - NOTÍCIAS

## Carnaval 2019 - Unidades de Saúde nos circuitos da festa são inspecionados pelo MP

O Hospital Geral do Estado (HGE) e o Hospital da Mulher foram visitados hoje pelos promotores de Justiça Rogério Queiroz, Cristina Seixas Graça, e pela assistente social Candice Lisboa para verificar a estrutura das unidades para o atendimento das demandas do



Carnaval. Duas outras equipes, formadas pelos promotores de Justiça Antônio Eduardo Setúbal, Renata Caldas, Thiara Rusciolelli, Thaiana Rusciolelli e Rodolfo Fuentes, pelas assistentes sociais Ângela Almeida e Laura Macêdo, e pela assessora de gabinete Lydiane de Jesus visitaram os cinco postos de saúde do circuito Barra/Ondina e as cinco unidades do centro da cidade.

No HGE, a equipe foi recebida pelos diretores Luciano Andrade, Fernando Zacarias e Márcio Fonseca. A emergência do hospital estava lotada, com 16 pacientes no corredor, dos quais, 12 aguardavam para realizar cirurgia de mão. Os diretores do hospital apresentaram ao MP a estrutura do setor de múltiplos feridos, uma unidade de emergência que pode ser montada em 10 minutos, capaz de atender 55 pessoas em casos excepcionais. No Hospital da Mulher, o atendimento foi ampliado para atender também meninas e adolescentes com menos de 12 anos em casos de abuso e violência contra a mulher. Os postos de saúde visitados no circuito barra-ondina estavam funcionando normalmente, bem como as unidades do Campo Grande, Piedade, Politeama e Ladeira da Montanha, no Centro. Apenas o posto do Pelourinho está fechado e só será aberto amanhã (29).



Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45470>

## Carnaval 2019 - MP realiza inspeção no Hospital do Subúrbio

Uma equipe de integrantes do Ministério Público estadual visitou hoje, dia 02, pela manhã, o Hospital do Subúrbio para verificar a situação de eventual superlotação da unidade neste período de Carnaval. Os promotores de Justiça Rogério Queiroz e Inocêncio Carvalho conversaram com a coordenação da equipe médica e constataram que a situação da unidade é tranquila. Acompanhados da assistente social do MP, Cândice Lisboa, eles também solicitaram informações sobre possíveis casos de violência sexual atendidos pelo hospital, especialmente relacionados ao que foi apurado no Hospital da Mulher quanto aos anúncios publicados no OLX. Coordenador do Centro de Defesa da Saúde do MP (Cesau), Rogério Queiroz registrou que a Instituição já acompanha a unidade regularmente e, por isso, não houve necessidade de buscar outros dados que não se referissem especificamente ao esquema de atendimento montado para o momento do Carnaval 2019.



Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45475>

## Panorama sobre parto e nascimento no Brasil é apresentado durante workshop sobre saúde materna



No Dia Internacional da Mulher, celebrado hoje, dia 8 de março, o Ministério Público estadual promoveu o workshop sobre saúde materna na sede da instituição no CAB. Com o tema ‘Saúde reprodutiva e perinatal no Brasil: desafios

para um trabalho intersetorial em favor da redução das iniquidades’, o evento contou com a palestra da médica e doutora em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Maria do Carmo Leal, que apresentou os resultados da pesquisa que coordenou intitulada ‘Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre Parto e Nascimento’. O workshop foi aberto pelo promotor de Justiça Rogério Queiroz, que dividiu a mesa de abertura com a pesquisadora, com as promotoras de Justiça Ana Luiza Menezes e Mirella Brito; e a presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems), Stela dos Santos Souza. “Hoje é dia de alertar, mas também de celebrar conquistas, como o fato de termos uma procuradora-geral de Justiça mulher, Ediene Lousado, e uma Promotoria de Justiça especializada no atendimento às mulheres”, destacou o promotor de Justiça Rogério Queiroz.

A presidente do Cosems, Stela Souza, relatou que é necessário mudar a realidade enfrentada por muitas mulheres de agressão no parto. “Estamos na luta para melhorar o acesso ao parto e ao nascimento”, ressaltou. A médica Maria do Carmo Leal falou sobre os riscos da realização de cesáreas agendadas, os interesses que envolvem a prática no país e como o modelo de assistência obstétrica influencia na saúde da mulher e do recém-nascido. A

pesquisa foi realizada nos anos de 2011/2012 com 24 mil mulheres em 266 hospitais do país, que realizavam 500 ou mais partos por ano. Foram entrevistadas 90 mulheres em cada hospital. Segundo a pesquisadora, a partir de 2010, o país passou a ter mais partos cesáreos do que normais. “Para terem ideia, nos hospitais públicos a taxa média de cesárea é de 40%; nos hospitais privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa sobe para 50%. Já nos hospitais unicamente privados a taxa de cesáreas alcança 90%”, ressaltou. Ela complementou que a taxa de cesárea mais baixa é registrada nos hospitais públicos da região sudeste.

“No Brasil as cesarianas são agendadas sem ao menos se tentar fazer um parto normal. Nosso grande desafio é enfrentar a ocorrência do parto cesáreo em mulheres saudáveis que estão grávidas do seu primeiro filho”.



Ela defende que as cesarianas eletivas atingem mulheres de todas as classes sociais, que recebem intervenções desnecessárias. “Nossa hipótese é que a alta proporção de cesarianas agendadas está atenuando os benefícios para a saúde materna advindos da assistência pré-natal e do maior acesso a serviços de atenção ao parto, tipicamente observados em mulheres com melhores condições socioeconômicas”. Outro dado apresentado pela médica foi que na época em que foi realizada a pesquisa, 48% dos bebês que nasceram no setor privado estavam com 37 ou 38 semanas. Ela alerta que o país está expondo esses bebês a riscos desnecessários. “O Brasil está violentando seus bebês, arrancando-os do útero da mãe antes de eles estarem prontos para nascer”.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45506>

## **MP recomenda mudanças na compra e distribuição de medicamentos em cinco municípios**

A compra e distribuição de medicamentos nas unidades de saúde de Aratuípe, Muniz Ferreira, Salinas da Margarida, Nazaré e Jaguaripe foram objeto de uma recomendação do Ministério Público estadual. Assinada pela promotora de Justiça Mirella Brito, o documento recomenda que sejam promovidas melhorias no planejamento das aquisições realizadas pelos municípios, que têm lidado com desabastecimento e falhas na entrega de remédios.

O documento descreve 19 pontos para a criação do planejamento. Entre eles, estão: a recomendação de que os municípios elaborem, com urgência, os Planos Municipais de Saúde e a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME); de que adequem os editais de licitação de compra de medicamentos às regras previstas; de que elaborem um perfil epidemiológico e nosológico do município; de que insiram equipes especializadas em assistência farmacêutica nas equipes de licitação; e de que informatizem seus processos de compra de medicamentos.

A recomendação foi encaminhada aos prefeitos, secretários municipais de Saúde e conselhos municipais de Saúde dos municípios e concede o prazo de 120 dias para a adoção das medidas recomendadas. Em caso de descumprimento da recomendação, o Ministério Público do Estado da Bahia tomará medidas judiciais cabíveis para corrigir as irregularidades e responsabilizar os agentes públicos envolvidos.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45651>

## Atualização do Plano Estratégico do MP é debatida em encontro no oeste baiano

Os promotores de Justiça e servidores do Ministério Público do Estado da Bahia que atuam em municípios do oeste baiano reuniram-se nos últimos dois dias para sugerir contribuições para a atualização do Plano Estratégico 2011-2023 da instituição. O encontro aconteceu nos últimos dias 20 e 21, em Barreiras. O evento foi aberto pela procuradora-geral de Justiça Ediene Lousado, que destacou a importância do planejamento para que o MP atinja seus objetivos. “Este é um momento de, conforme a singularidade da região, definirmos o que precisamos dar prioridade na nossa atuação. Precisamos saber onde os nossos recursos devem estar alocados para que, de forma eficiente, possamos mostrar para a sociedade que o Ministério Público é realmente o guardião da cidadania”, afirmou ela.

Os promotores de Justiça e servidores do Ministério Público do Estado da Bahia que atuam em municípios do oeste baiano reuniram-se nos últimos dois dias para sugerir contribuições para a atualização do Plano Estratégico 2011-2023 da instituição. O encontro aconteceu nos últimos dias 20 e 21, em Barreiras. O evento foi aberto pela procuradora-geral de Justiça Ediene Lousado, que destacou a importância do planejamento para que o MP atinja seus objetivos. “Este é um momento de, conforme a singularidade da região, definirmos o que precisamos dar prioridade na nossa atuação. Precisamos saber onde os nossos recursos devem estar alocados para que, de forma eficiente, possamos mostrar para a sociedade que o Ministério Público é realmente o guardião da cidadania”, afirmou ela.

Por meio de planos de ação e programas e projetos estratégicos de diversas áreas da atividade meio e da atuação finalística, o Plano Estratégico do MPBA representa um importante avanço na gestão ministerial. “Não há como desenvolver função tão complexa quanto a nossa, sem planejar ações. E o nosso principal instrumento para isso é o plano estratégico”, explicou o coordenador da Gestão Estratégica, promotor de Justiça Fábio Velloso.



Segundo ele, o plano é um instrumento de longo prazo que requer não só monitoramento, mas uma “revisita”, para adequá-lo aos novos cenários e ter mais segurança na atuação do MP. Atualmente, ele possui 18 objetivos estratégicos, 90 estratégias e 405 iniciativas estratégicas. Nos encontros de atualização do Plano, os textos das iniciativas estratégicas são revistos e são propostas novas iniciativas.

Além de promotores de Justiça e servidores que atuam nas comarcas que integram as regionais de Barreiras, Bom Jesus da Lapa e Santa Maria da Vitória, também participaram do encontro a procuradora-geral de Justiça Adjunta, Sara Mandra Rusciolelli Souza; a subcorregedora-geral do MP, procuradora de Justiça Márcia Guedes e a chefe de Gabinete da Corregedoria, procuradora de Justiça Elna Rosa; a ouvidora-geral do MP, procuradora de Justiça Cleusa Boyda; e os coordenadores dos Centros de Apoio da Saúde (Cesau), Rogério Queiroz; da Educação (Ceduc), Valmiro Macedo; da Moralidade Administrativa (Caopam), Luciano Taques; do Consumidor (Ceacon), Márcia Cândia; de Direitos Humanos (Caodh), Nadja Brito (em exercício); e do Cível (Caocife), Maria de Fátima Macedo; o superintendente de Gestão Administrativa, Frederico Soares, além de diretores e servidores da SGA, CGE, Ceaf, Central Integrada de Comunicação Social (Cecom) e Assistência Militar.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45332>

## Integrantes do MP apresentam novas contribuições ao Plano Estratégico



Promotores de Justiça e servidores que atuam em comarcas que integram as Promotorias de Justiça Regionais de Feira de Santana, Euclides da Cunha e Serrinha participaram ontem (25) e hoje (26) do processo coletivo de revisão do Plano Estratégico do Ministério Público estadual. Eles estiveram reunidos, em Feira de Santana, com a procuradora-geral de Justiça Ediene Lousado, membros da Administração Superior e da Coordenadoria de Gestão Estratégica (CGE) para discutir e sugerir possíveis modificações ou inclusão de iniciativas no Plano. “Um momento de extrema relevância para a instituição, de planejamento da atuação, em que o olhar de cada promotor de Justiça tem fundamental importância para que o MP da Bahia siga firme e com a credibilidade social necessária para manter as suas prerrogativas”, registrou Ediene Lousado. Ela destacou que a atualização é um processo que observa as demandas internas e externas. O crescimento da violência e a ausência de políticas públicas em áreas como infância, educação, saúde e segurança pública foram lembrados pela PGJ como pontos a serem observados no momento de repensar a atuação. Para ela, é preciso ter uma atuação mais “robusta” na fiscalização das políticas públicas.

Coordenador da CGE, o promotor de Justiça Fábio Velloso explicou que a modificação de cenários gera a necessidade de uma revisita ao Plano. O

objetivo é atualizá-lo para navegação nos próximos cinco anos, disse ele. Fábio salientou ainda que a crescente complexidade das incumbências constitucionais do Ministério Público obriga a instituição a, cada vez mais, planejar as suas atividades, de forma a dispender menos recursos e alcançar resultados com mais eficiência. “A Carta para fazer isso é o Plano Estratégico”, afirmou, lembrando que as iniciativas ganham concretude por meio de projetos e programas executados pela Instituição. Ele apresentou aos participantes do encontro toda a metodologia utilizada para a atualização do Plano, abordou a 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.

O Plano Estratégico do MP possui atualmente 18 objetivos estratégicos, 90 estratégias e 405 iniciativas estratégicas. Além de promotores de Justiça e servidores das Regionais, também participaram do encontro a procuradora-geral de Justiça Adjunta, Sara Mandra Rusciolelli Souza; o corregedor-geral, procurador de Justiça Zuval Gonçalves; a chefe de Gabinete da Corregedoria, procuradora de Justiça Elna Rosa; o secretário-geral, procurador de Justiça Paulo Gomes; o chefe de Gabinete, promotor de Justiça Marcelo Guedes; os coordenadores dos Centros de Apoio de Segurança Pública (Ceosp), Geder Gomes, da Saúde (Cesau), Rogério Queiroz; Meio Ambiente (Ceama), Cristina Seixas; da Educação (Ceduc), Valmiro Macedo; da Moralidade Administrativa (Caopam), Luciano Taques; de Direitos Humanos (Caodh), Nadja Brito (em exercício); e do Cível (Caocife), Maria de Fátima Macedo; o superintendente de Gestão Administrativa, Frederico Soares, além de diretores e servidores da SGA, CGE, Ceaf, Central Integrada de Comunicação Social (Cecom) e Assistência Militar.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45712>

## Antecipado o início da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza

O Ministério da Saúde antecipou para o dia 10 de abril o início da Campanha Nacional de Imunização contra a Influenza. A medida foi adotada depois de articulações feitas entre o Instituto Butantã, a Fundação Oswaldo Cruz e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Anteriormente, a campanha começaria no dia 15 de abril. O prazo final para a vacinação será 31 de maio e o Dia D ou Dia Nacional, será no 4 de maio, um sábado, quando terão postos de vacinação móveis em diversos locais estratégicos, como supermercados, shoppings, entre outros locais, além do funcionamento dos postos de saúde neste dia.

Este ano, será a 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, que tem por objetivo reduzir as complicações, internações e mortalidade, decorrentes das infecções trazidas pelo vírus da influenza. O público-alvo este ano é formado por mais de 4 milhões (4.046.626) de pessoas dos grupos prioritários. A meta da Secretaria da Saúde do Estado (Sesab) é vacinar 90% deste público, ou seja, 3,6 milhões de indivíduos.

Este ano teremos uma mudança na vacinação das crianças, que agora podem se vacinar de seis meses até 5 anos 11 meses e 29 dias. Além disso, serão vacinados idosos com 60 anos ou mais; gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto); trabalhadores da saúde; professores; povos indígenas; portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas; adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas; população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional. Outras vacinas também serão oferecidas às crianças para a atualização do calendário vacinal.

Fonte: SESAB

<http://www.saude.ba.gov.br/2019/03/29/antecipado-o-inicio-da-campanha-nacional-de-vacinacao-contr-a-influenza/>

## Gestores têm até junho para pedir readequação de unidades de saúde

*A iniciativa possibilita que estruturas físicas do Sistema Único de Saúde (SUS) construídas, mas sem funcionamento, como UPAS 24h e unidades de saúde, sejam utilizadas para outra finalidade na área da saúde*

Os gestores interessados em pedir a readequação da rede física de saúde local têm até o dia 30 de junho para solicitar a mudança ao Ministério da Saúde. A medida permite que estados e municípios utilizem estruturas de saúde prontas, mas que ainda não estão funcionando, para outra finalidade de assistência dentro da área da saúde, sem precisar devolver recursos federais. A pasta criou uma comissão técnica que irá receber e analisar todos os pedidos de readequação.

Para apoiar os gestores, o Ministério da Saúde disponibilizou uma página com orientações sobre todo o processo.

[Para acessar a página, clique aqui!](#)

“Essa medida possibilita a abertura da unidade, diferente do que foi construído, por exemplo, uma unidade foi construída para ser uma UPA, mas dado sua complexidade, ela não tem condições de funcionar como UPA, mas tem condições de funcionar como uma UBS. Por isso que foi criada essa comissão, para avaliar esses processos de verificação da readequação da rede física do SUS”, explica a coordenadora geral de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, Maria Eridan Pimenta.

### UPA 24h - Unidades de Saúde

A medida foi regulamentada com a portaria 3.583 de 16 de novembro de 2018. A partir disso, é possível dar outra destinação para edificações construídas com recursos federais da área da saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Especializado em

Reabilitação (CER), Academias da Saúde, UPAs 24h, entre outros. A iniciativa atende a uma demanda de gestores locais para não perder obras concluídas, que por algum motivo, ainda não atendem à população.

Está apto a pedir a readequação, o município que recebeu recursos por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Também deve ter sido aplicado na obra, a totalidade da verba até a data de publicação do decreto 9.380, de 23 de maio de 2018. Além disso, a obra não pode ter sido objeto de reforma ou ampliação, somente construção. Até então, se os municípios não utilizassem a estrutura construída com recursos federais teriam que devolver o valor da obra ao Governo Federal.

Para se beneficiarem da nova alternativa, os gestores de saúde locais devem encaminhar à pasta documentação justificando a necessidade de readequação do imóvel, desde que comprove que o espaço seja utilizado em ações e serviços de saúde, ainda que diferentes do que inicialmente foi pactuado. Caso tenham sido repassados recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, a devolução ou não desses valores será analisada pela pasta.

[Clique aqui para ver as orientações sobre todo o processo de solicitação de readequação](#)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45322-gestores-tem-ate-junho-para-pedir-readequacao-de-unidades-de-saude>

## DESVINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Avanços e recuos no financiamento da saúde

O ministro da Economia, em entrevista ao jornal O Estado de S. Paulo, defendeu a desvinculação total do orçamento público (100%), afirmando, em dado momento, que os parlamentares ficam escondidos atrás de um documento escrito há 30 anos[1]. Preliminarmente, cabe dizer que, como não veio à lume o texto sobre a referida proposta, nossos comentários são no campo das hipóteses e que causou estranheza o fato de despesas de caráter obrigatório e continuado, como saúde e educação, por serem cláusulas pétreas em decorrência do disposto no artigo 60, parágrafo 4º, IV, da Constituição, estarem no bojo da flexibilização. Aliás, para desvincular 100% do orçamento para disponibilizá-lo ao Legislativo, muito haveria que ser alterado, pois são obrigatórios o pagamento dos salários dos servidores, as despesas com previdência e os encargos da dívida, dentre outros, além da necessidade de uma ampla reforma tributária. Esse tema foi bem tratado por Fernando Scaff nesta ConJur[2].

Além disso, essa proposta despreza o ciclo orçamentário e seus instrumentos (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual) por defender a “desvinculação” e “flexibilização” do orçamento – pilares da gestão fiscal responsável estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A referência também à Constituição como um simples “documento”, causa perplexidade por se tratar do pacto político-social regente da nação, resultado de uma Assembleia Nacional Constituinte, que se impõe aos parlamentares, presidente da República e demais autoridades que não podem “se esconder atrás” da carta política do país, mas, sim, tê-la como guia, devendo observá-la, cumpri-la e respeitá-la, como juraram ao ser empossados.

Lógico que isso não significa impedimento em promover mudanças necessárias, tanto que há mais de 90 emendas à Constituição nestes 30 anos, sendo obrigação primordial o respeito aos seus fundamentos, objetivos, cláusulas pétreas, sob pena de correção pelo STF, o seu guardião. A

macrojustiça tem seus pilares nesses fundamentos, exigente de medidas como as vinculações de recursos da saúde e educação, pois sem recursos financeiros não há garantia de efetividade dos direitos sociais fundamentais.

É com esse espírito que elencamos abaixo, de modo cronológico e pedagógico, a saga do financiamento da saúde no Brasil desde 1988, como alerta aos que pensam ser pacífica a garantia de alocação de recursos para o seu financiamento de modo maduro e responsável, sem exigência de medidas de sua garantia para o alcance da justiça social, como o são as duas vinculações constitucionais para áreas essenciais da saúde e educação. As cláusulas pétreas da Constituição atuam como cofre de segurança contra medidas de retrocesso na garantia de direitos fundamentais, na forma federativa de Estado, na separação dos Poderes e outros. Só tem essa chave a Assembleia Nacional Constituinte.

Em 30 anos de Constituição, comprova-se a necessidade dessas medidas de segurança contra o desrespeito à garantia de financiamento adequado (temática abordada por Áquilas Mendes e Leonardo Carnut na Revista Domingueira da Saúde[3]). Não é o engessamento do orçamento que se persegue ao se fazer vinculações, mas, sim, a certeza da garantia de recursos para as áreas sociais, sempre preteridas, na mesma medida em que são essenciais para uma nação se desenvolver, como é o caso da educação, ciência e tecnologia, saúde; uma população saudável, digna, com força de trabalho físico, intelectual, afetivo, mental é indispensável à nação.

Vejamos abaixo o percurso do financiamento da saúde em 30 anos, de forma cronológica e pedagógica, a demonstrar porque a defesa da vinculação de recursos mínimos ao seu custeio:

- **1988**- ADCT, artigo 55: 30% do orçamento da seguridade social seriam destinados à saúde. Não cumprido ante acréscimos de serviços que não os de saúde;
- **1993**- Crise com o Ministério da Previdência Social. Foi protagonizada uma crise na saúde pelo não repasse devido pelo MPAS por mais de cem dias, tendo sido necessário haver uma representação ao Procurador



Geral da República que abriu um inquérito civil público. Perdas de mais de 2 bilhões de reais;

- **1994** - Fundo Social de Emergência: EC de Revisão 1, de 1994, antecipou e deu origem à Desvinculação das Receitas da União (DRU);
- **1996** - Fundo de Estabilização Fiscal: EC 10, de 4/3/1996; continuidade da desvinculação de receitas;
- **1996** - CPMF: EC 12, de 15/8/1996. Vigorou entre os anos de 1997 e 2007. Não acresceu na saúde os recursos pretendidos pelo fato de parte deles terem sido destinados a outras áreas;
- **\*\*1998 \*\***- vinculação das contribuições sociais à Previdência: EC 20, de 4/6/1998. Vinculou à Previdência Social contribuições sociais que antes eram destinadas às três áreas da seguridade social, com prejuízo para a saúde;
- **2000** - vinculação de recursos: EC 29, de 13/9/2000, criou os pisos mínimos da saúde: 15% das receitas de impostos e transferências de impostos dos municípios e 12% dos estados; e, para a União, o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação do PIB, vedada a regressividade quando essa variação fosse negativa. Essa medida foi para por cobro às restrições de recursos para a saúde;
- **2007** - DRU: EC 56, de 20/12/2007. Prorrogou o prazo de vigência da DRU de 20% até o ano de 2011;
- **2012** - DRU: EC 68, de 21/11/2012. Prorrogou o prazo para até o ano 2015;
- **2015** - alterou o piso mínimo da saúde para a União. EC 86, de 17/3/2015. 15% das RCL, de forma escalonada (cinco anos para atingir esse percentual, com início de 13,2% em 2016). Suprime a progressividade no piso da saúde ao incorporar os recursos do pré-sal no conjunto do financiamento do piso;
- **2016** - DRU: EC 93, de 9/9/2016, prorroga o prazo até 2023; aumentou a alíquota para 30% e estende para estados e municípios. O provisório, permanente. Serão 29 anos de provisoriedade...;
- **2016** - congelamento dos gastos primários: EC 95, de 15/12/2016: revogou o escalonamento do piso da saúde para vigorar 15% da RCL em

2016 e 2017, sendo que, para o período 2018-2036, congelou o valor do piso de 2017 (indexado à variação do IPCA/IBGE); além disso, a disponibilidade financeira do Ministério da Saúde ficou condicionada até 2036 ao teto geral das despesas primárias federais, calculadas a partir da atualização (pela variação do IPCA/IBGE) do valor pago em 2016.

O financiamento da saúde nos mostra em sua trajetória a não priorização do setor, nem o reconhecimento de sua essencialidade para o desenvolvimento do país. Isso fica patente no histórico abaixo, agora em valores reais, os percentuais de recursos alocados à saúde nesses 30 anos:

- uma década de crise (anos 90) no financiamento da saúde, que exigiu a atuação da Procuradoria-Geral da República em 1994, somente parcialmente mitigada com a vinculação de recursos em 2000;
- aumento progressivo do financiamento alcançado somente em 2000 com a EC 29: de 2,9% do PIB para 4,0% em 18 anos (soma da União, dos estados, Distrito Federal e municípios), mas ainda muito abaixo dos 7,9% aplicados nos países com sistemas universais e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- crescimento expressivo da participação municipal nesse aumento progressivo do financiamento, que representou 31% do total em 2017 e uma aplicação acima de 24% das receitas municipais que servem de base de cálculo (muito acima do piso de 15%), enquanto o financiamento federal ficou estagnado em torno de 1,6% e 1,7% do PIB nos últimos 18 anos – este quadro aponta para o esgotamento da capacidade de alocação adicional de recursos municipais para o financiamento da saúde e para o ente federativo mais prejudicado;
- mudança no piso federal da saúde, que deixou de ser o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB, para ser 15% da RCL da União e a supressão de sua progressividade prevista na Lei 12.351, de 2010, que considerou a quota-parte do pré-sal (25%) como valor a integrar o piso federal do SUS

- ADI 9.558 (STF): medida liminar mantendo a progressividade do valor do pré-sal, isto é, a ser acrescido ao piso mínimo da saúde, com o resgate do seu caráter de adicionalidade de recursos para a garantia de direitos fundamentais (no caso, o direito à saúde);
- EC 95: as novas regras trouxeram perdas em 2018, tanto dos valores dos pisos como das despesas empenhadas; situação semelhante deverá ocorrer em 2019 – para este ano, as perdas foram calculadas com base nos valores da Lei Orçamentária. Confirmam-se as projeções baseadas na regra de que nenhum centavo de acréscimo da receita será destinado à saúde e demais despesas sociais, pelo contrário: no caso da saúde será retirada parcela da receita destinada ao seu financiamento, que ficará abaixo de 15% da RCL – somadas as perdas dos pisos de 2018 e de 2019, a retirada de recursos da saúde em dois anos totalizará R\$ 14 bilhões, se comparado aos pisos de 15% que vigoraram em 2016 e 2017.

Os gastos públicos consolidados (União, estados, Distrito Federal e municípios) em saúde foram de R\$ 265 bilhões (em 2017), o que representou cerca de R\$ 3,60 per capita-dia (sendo que, desse valor, o da União foi de aproximadamente R\$ 1,55 per capita-dia).

Pelo presente quadro, a conclusão é que a saúde sempre foi subfinanciada e a vinculação em 2000, pela EC 29, decorreu da mais absoluta necessidade de se assegurar um valor mínimo, sob pena de seus recursos serem suprimidos ano a ano; infelizmente, esse processo está ocorrendo com as desvinculações decorrentes da revogação da regra da EC 29/2000 e da vigência do congelamento do piso aos níveis de 2017, implementado pela regra da EC 95/2016, bem como da inclusão (pela EC 86/2015) dos recursos do pré-sal (sub judice) no conjunto das receitas destinadas para o financiamento do piso (dar com uma mão e retirar com a outra).

Para se alcançar maior qualidade e quantidade de serviços compatíveis com as necessidades de saúde da população, os seus recursos teriam que ser no mínimo o dobro do gasto nos últimos anos, considerando os parâmetros

internacionais e a situação atual de insuficiência de serviços públicos de saúde.

Há tecnologias e medicamentos ainda não incorporados e que são essenciais e têm sido garantidos judicialmente. Isso não significa que todas as inovações devam ser incorporadas, pois defendemos rigor na análise custo-benefício e evidências clínicas pela Conitec. A saúde deve ser praticada de modo racional e com muita sobriedade para não cair no canto da sereia das inovações tecnológicas e farmacêuticas que visam primeiramente engordar desmedidamente os lucros das empresas.

Há, de modo comprovado, defasagem quanto à quantidade e qualidade dos serviços, sendo imperioso planejamento de longo prazo que considere: a demografia crescente e o envelhecimento populacional, sendo que, por volta de 11% da população tem mais de 60 anos, com previsão de ser o dobro em dez anos; as novas tecnologias essenciais; as políticas de prevenção das mortes violentas e as dos acidentes de trânsito, em especial de moto, dentre outros aspectos. Outro dado relevante é de se instituir, de modo sistemático, em especial no âmbito do Ministério da Saúde, avaliação de desempenho dos serviços para informar o planejamento da saúde permanentemente.

Mas, no lugar do planejamento e da alocação adicional de recursos para saúde de forma compatível com as necessidades da população e de forma escalonada segundo o crescimento da receita, as autoridades econômicas estão anunciando pela imprensa não um plano para a melhoria da saúde, mas o envio de uma proposta de emenda constitucional (PEC) ao Congresso Nacional para desvincular 100% do orçamento. O que temos visto é que a Economia, que já subordinou a Previdência Social ao seu ministério, poderá também subordinar as demais áreas que compõem o sistema de seguridade social (artigo 194 da Constituição) ao seu controle, com perda de suas autonomias.

Fonte: IDISA

<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-12-marco-2019>

## ‘Projeto Cegonha’ verifica condições da maternidade José Maria de Magalhães Netto e debate situação da Climério de Oliveira



O ‘Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade’ visitou hoje, dia 22, a Maternidade José Maria de Magalhães Netto para verificar as condições de funcionamento da unidade de referência. De acordo com a coordenadora do projeto, promotora de Justiça Mirella

Brito, a visita é uma ação estratégica e a primeira fiscalização do projeto, 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 Cegonha’. “Observamos uma preocupação dos gestores da maternidade em adequar a sua estrutura física para acolher melhor as pacientes, apesar da superlotação que a unidade vem enfrentando”, afirmou a promotora, que vai levar o caso ao Grupo de Atuação Especial de Defesa da Saúde Pública (Gesau) do Ministério Público para adoção das providências necessárias.

Durante a fiscalização, a equipe do MP observou o quantitativo de puérperas em atendimento e avaliou questões estruturais. Em março, até o dia 20, das 2800 pacientes que procuraram a maternidade, 2100 vieram da capital. A promotora de Justiça



salientou que a maior parte das pacientes da capital que buscam atendimento na unidade vem de outros distritos de vinculação, ou seja, deveriam ser

atendidas por maternidades em outros bairros. A maternidade José Maria de Magalhães Netto tem 274 leitos, sendo 20 de UTI neonatal.

### **Climério de Oliveira.**

A situação da maternidade Climério de Oliveira, que está recebendo pacientes apenas por regulação, sem atender quem busca diretamente a unidade, foi o principal assunto da reunião de hoje (22) do ‘Observatório de Maternidades’, que é parte integrante do ‘Projeto Cegonha’. Dentre as causas da mudança no atendimento apontadas pelos representantes da unidade estão a recente reforma e a troca de gestão. Apesar de estar operando apenas por meio da regulação, os gestores informaram que a Climério de Oliveira continua com uma taxa de 100% de ocupação de leitos.

A reunião contou ainda com uma exposição da Escola Superior de Saúde Pública, que apresentou seu Curso de Atualização e Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, e com um debate no qual a Fundação Estatal de Saúde da Família abordou a adoção do pré-natal como principal estratégia para um parto seguro, apresentando indicadores de monitoramento realizado no município de Ouriçangas. Para a promotora de Justiça Mirella Britto, o observatório tem se mostrado uma peça fundamental na discussão e transformação da assistência pré-natal na Bahia. “Nesses encontros, temos identificado questões importantes ligadas ao Sistema Único de Saúde, facilitando uma atuação ainda mais resolutiva por parte do MP”, concluiu Mirella.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45686>

## Plenária do GNDH aprova 25 enunciados em Salvador

As Comissões Permanentes de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Copevid), de Defesa dos Direitos Humanos em Sentido Estrito (Copedh), da Infância e da Juventude (Copeij) e do Meio Ambiente, Habitação, Urbanismo e Patrimônio Cultural (Copema) aprovaram um total de 25 propostas de enunciados durante a plenária de encerramento da '1ª Reunião Ordinária de 2019' do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH), que aconteceu na manhã de hoje, dia 29, em Salvador. As sugestões foram resultado das deliberações que aconteceram desde a última quarta-feira, dia 27, durante o encontro que reúne membros de todo o país. Com atuação em âmbito nacional, o GNDH integra o Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPGE) e é composto por sete comissões permanentes. As comissões estão divididas nas áreas de defesa da saúde; educação; direitos humanos em sentido estrito; infância e juventude; defesa dos direitos da pessoa com deficiência e do idoso; combate à violência doméstica e familiar contra a mulher; e meio ambiente, habitação, urbanismo e patrimônio cultural.

A promotora de Justiça do MP baiano, Sara Gama, coordenadora da comissão na área de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher, apresentou as discussões ocorridas na Copevid e os dois enunciados que foram aprovados pelos membros. Um deles diz respeito à atribuição para os processos envolvendo crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência, previsto no art. 24-A da Lei Maria da Penha, que é das Promotorias de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, e onde não houver, nas Promotorias Criminais com atribuição cumulativa para processar as causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher.

No âmbito dos direitos humanos em sentido estrito, foram aprovados cinco enunciados sobre diversos temas, entre os quais o que afirma que “O Ministério Público brasileiro deve garantir, no seu âmbito, o direito ao uso de

banheiros, vestuários e demais espaços separados por gênero, quando houver, de acordo com a identidade de gênero de cada pessoa, em igualdade de condições”. Também foram abordados os direitos das pessoas em situação de rua, tendo sido aprovado o enunciado que afirma que cabe ao “Ministério Público brasileiro atuar em prol das pessoas em situação de rua, tanto no âmbito interno, nos termos da Recomendação 53, de 2017, do CNMP, quanto no âmbito externo, mediante a busca de implementação do Decreto 7053, de 2009, em todas as esferas da Federação”.

As estratégias relativas ao processo de escolha dos conselheiros tutelares de 2019 foi um dos assuntos abordados na Copeij, que aprovou um total de quatro enunciados, sendo dois sobre a eleição dos conselhos tutelares. Já a Copema aprovou um total de 14 enunciados sobre diversos assuntos como o funcionamento do sistema municipal de cultura e a importância de uma atuação preventiva do MP na proteção do patrimônio cultural. Também foram aprovados uma proposição e duas notas técnicas durante a plenária, essas últimas pela Copeduc.

## **Homenagens**

Durante a plenária, a procuradora-geral de Justiça do MP da Bahia, Ediene Lousado, e presidente do GNDH, junto com o promotor de Justiça Márcio Fahel entregaram uma placa de reconhecimento pelo trabalho e comprometimento na defesa dos direitos humanos ao procurador-geral de Justiça do Ministério Público de Sergipe, Eduardo Barreto D’Avila Fontes. Também foram homenageados o promotor de Justiça José Rony Silva Almeida e o analista de Direito Michelangelo Carvalho Nabuco, ambos do MP de Sergipe. A PGJ Ediene Lousado dividiu a mesa de abertura da plenária com a vice-presidente do GNDH, a procuradora-geral de Justiça do Acre, Kátia Rejane de Araújo Rodrigues; o secretário executivo do GNDH, promotor de Justiça da Bahia Rogério Queiroz; a coordenadora da Copevid, promotora de Justiça da Bahia, Sara Gama; o coordenador da Copedh, Eneas Romero de Vasconcelos, promotor de Justiça do MP do Ceará; o coordenador da Copeij,



Sidney Fiori Junior promotor de Justiça do MP de Tocantins; a coordenadora da Copema, Andressa de Oliveira Lanchotti, promotora de Justiça do MP de Minas Gerais; a coordenadora da Copeds, Isabel Maria Salustiano Arruda Porto, promotora de Justiça do MP do Ceará; a secretária da Copedpdi, Gabrielle Gadelha, promotora de Justiça do MP do Maranhão; e a coordenadora da Copeduc, Sandra Soares de Pontes, promotora de Justiça do MP do Maranhão. O próximo encontro do Grupo Nacional de Direitos Humanos está previsto para ocorrer no estado do Maranhão.

Fonte: MPBA

<http://www.mp.ba.gov.br/noticia/45764>

## II - MODELO DE PEÇAS

1. AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 596.9.81494.2017. Pedido de tutela de urgência em caráter liminar para adequação do quadro de Agentes Comunitários de Saúde de acordo com a demanda do Município de Feira de Santana.

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

2. INQUÉRITO CIVIL Nº 646.0.53762.2016. Cobrança ilegal de Taxa de Estacionamento pelo Hospital Manoel Novais, em Itabuna.

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

3. RECOMENDAÇÃO Nº 01/2019. Estruturação Assistência Farmacêutica – Tutela Saúde Coletiva.

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

## III – PARECERES TÉCNICOS CESAU

### RELATÓRIO N.º 119/2019 - CESAU

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

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça de Catu/ Enoxaparina

**PACIENTE:** XXX

#### ENOXAPARINA

A enoxaparina sódica (heparina de baixo peso molecular) é um medicamento que tem registro Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa para as seguintes finalidades:

4. Tratamento da trombose venosa profunda com ou sem embolismo pulmonar;
5. Tratamento da angina instável e infarto do miocárdio sem onda Q, administrado concomitantemente ao ácido acetilsalicílico;
6. Tratamento de infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, incluindo pacientes a serem tratados clinicamente ou com subsequente intervenção coronariana percutânea;
7. Profilaxia do tromboembolismo venoso, em particular aqueles associados à cirurgia ortopédica ou à cirurgia geral;

8. Profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes acamados, devido a doenças agudas incluindo insuficiência cardíaca, falência respiratória, infecções severas e doenças reumáticas;
9. Prevenção da formação de trombo no circuito de circulação extracorpórea durante a hemodiálise.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS. Em apreciação da proposta para a incorporação do medicamento Enoxaparina, os membros da CONITEC recomendaram por unanimidade a incorporação da enoxaparina sódica 40 mg/0,4 mL para o **tratamento de gestantes com trombofilia** no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, dada pela Portaria nº 10, publicada no DOU nº 18, do dia 25 de janeiro de 2018.

O medicamento está sendo fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde como caso especial para o **tratamento de gestantes com trombofilia**.

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

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça de Ipiaú/ Travatan e Azopt

**PACIENTE:** XXX

## **TRAVATAN**

A travoprostá é uma solução oftálmica que reduz a pressão intraocular. O mecanismo de ação exato ainda não é conhecido, mas acredita-se que os agonistas para o receptor prostanoide (FP) reduzem a pressão intraocular através do aumento do escoamento uveoescleral.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

- 10.Redução da pressão intraocular em pacientes com glaucoma de ângulo aberto, glaucoma de ângulo fechado em pacientes submetidos previamente a iridotomia e hipertensão ocular.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação solução oftálmica de 0,04mg/ml, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento de Glaucoma.

Esse Componente é regulamentado pela Portaria de Consolidação Nº 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 à União cabe financiar, cabendo às SES adquirir e dispensar à população os medicamentos do Grupo 1B.

O medicamento **travoprost**a pertence ao Grupo 1B.

### **LUMIGAN RC**

O Lumigan tem como substância ativa a Bimatoprost. Esse medicamento é um agente antiglaucomatoso que reduz a pressão aumentada dentro dos olhos, especialmente em casos de glaucoma.

O medicamento possui registro na ANVISA e tem seu uso aprovado para:

1. Tratamento e prevenção do aumento da pressão dentro dos olhos em pacientes com glaucoma de ângulo aberto, glaucoma de ângulo fechado em pacientes submetidos previamente a iridotomia e hipertensão ocular.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação colírio 0,3g/ml, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento de Glaucoma.

Esse Componente é regulamentado pela Portaria de Consolidação Nº 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 **bimatoprost** pertence ao Grupo 2.

#### **AZOPT**

É o nome do medicamento com o princípio ativo **brinzolamida**, indicado para para uso oftálmico.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Tratamento da pressão intraocular elevada em pacientes com hipertensão ocular ou glaucoma de ângulo aberto.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento de Glaucoma.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença está regulamentado por meio da Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 11 - 02/04/2018 (Publicada em 09/04/2018), onde se observa as diretrizes terapêuticas de tratamento do **Glaucoma**.

Esses Componentes são regulamentados 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 brinzolamida pertence ao Grupo 2.**

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

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça Regional de Brumado/ Pesquisa molecular de Cromossomo X-Frágil

**PACIENTE:** XXX

A Síndrome do X Frágil é uma doença genética ligada ao cromossomo X que é responsável por grande parte dos casos de retardo mental.

É caracterizada por uma repetição de trinucleotídeos CGG do gene FMR-1 do cromossomo X. Em um paciente com X Frágil, a repetição chega a mais de 200, por isso, ele é chamado de portador de mutação completa. Em um indivíduo normal, a repetição dos trinucleotídeos varia de 6 a 55. Quando uma pessoa apresenta repetições que variam de 55 a 200, dizemos que ela apresenta uma pré-mutação. A repetição dos trinucleotídeos faz com que a proteína FMRP, traduzida pelo gene FMR 1, não seja produzida adequadamente. Como essa proteína está relacionada com a função sináptica e com o crescimento dos dendritos, a sua deficiência gera problemas nas funções normais do cérebro.

A doença afeta tanto homens quanto mulheres. Entretanto, em pessoas do sexo masculino, ela apresenta-se de forma mais grave. Sua incidência é de 1 afetado em cada 1.000 crianças do sexo masculino, e de 1 em cada 2.000 do sexo feminino<sup>1</sup>. A maior frequência em homens é atribuída ao fato de eles

---

<sup>1</sup> Veiga MF et al. A expressão neurológica e o diagnóstico genético... - Jornal de Pediatria - Vol. 78, Supl.1, 2002.



apresentarem apenas um cromossomo X. Como as mulheres apresentam dois cromossomos X, um sadio compensa o outro.

A síndrome afeta o desenvolvimento intelectual do portador e varia de deficiência mental mediana a profunda. Em alguns casos, características do autismo são observadas. Além disso, compromete o comportamento do indivíduo, que geralmente apresenta déficit de atenção e hiperatividade. Outro sintoma comum em portadores da doença é a ocorrência de convulsões.

Além das variações neurológicas e psiquiátricas, podem ser observadas algumas variações nas características físicas. Pacientes com a síndrome geralmente apresentam uma face mais alongada, orelhas grandes, hiperextensibilidade das articulações, pés planos e palato alto e ogival. Essas características geralmente são associadas com o comprometimento do tecido conjuntivo.

**O diagnóstico da Síndrome do X Frágil é feito através de exames que utilizam técnicas de biologia molecular para estudar o DNA do paciente. A análise do gene é feita normalmente através de técnica do PCR e *Southern blotting*. O exame de cariótipo por muito tempo foi utilizado para diagnosticar a Síndrome, entretanto, é um procedimento que pode gerar um falso negativo, não sendo, portanto, recomendado.**

Após o diagnóstico da síndrome, é importante iniciar o tratamento, que não leva à cura, porém melhora a qualidade de vida. O tratamento possui como objetivos principais socializar o portador e melhorar seu aprendizado. Para que a terapia funcione adequadamente, é fundamental que o trabalho seja realizado por diferentes profissionais, tais como neurologistas e fonoaudiólogos.

O procedimento não é coberto pelo SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e não há alternativa eficiente coberta pelo SUS.

É importante, entretanto, ressaltar que a confirmação diagnóstica não alterará o prognóstico da doença e o tratamento das alterações apresentadas pelo paciente em tela precisa ser implementado, independente da confirmação diagnóstica de Síndrome do X-Frágil.

## **RELATÓRIO N.º 151/2019 - CESAU**

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

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça de Luis Eduardo Magalhães/ Fornecimento de CPAP

**PACIENTE:** XXX

Qualquer fenômeno que provoque estreitamento ou oclusão da passagem de ar pelas vias aéreas superiores pode causar apneia-hipopneia do sono: obesidade, crescimento das amígdalas, malformações da mandíbula ou da faringe, hipertrofia da língua (como ocorre na síndrome de Down), tumores, hipotonia dos músculos da faringe ou falta de coordenação dos músculos respiratórios.

O diagnóstico de certeza só pode ser estabelecido através da polissonografia, um exame que permite testar durante o sono os potenciais elétricos da atividade cerebral, dos batimentos cardíacos, os movimentos dos olhos, a atividade muscular, o esforço respiratório, a saturação de oxigênio no sangue, o movimento das pernas e outros parâmetros.

As consequências da apneia do sono vão além das noites mal dormidas e inconveniências com os parceiros de quarto. A mortalidade entre os portadores da síndrome é significativamente mais alta entre os que não recebem tratamento adequado ou entre aqueles que apenas roncam sem experimentar momentos de apneia.

O objetivo do tratamento é manter as vias aéreas permeáveis ao fluxo de ar durante a noite. O tratamento de escolha é o uso de máscara (CPAP) conectada a um compressor de ar que provoca pressão positiva para forçar sua passagem através das vias aéreas superiores, durante a noite. Os níveis de pressão da máscara devem ser ajustados individualmente depois de um estudo polissonográfico cuidadoso; pressões inadequadas podem aliviar os sintomas sem diminuir os riscos cardíacos.

O CPAP é um modo ventilatório empregado com frequência para o suporte ventilatório não invasivo, desta forma podendo ser substituído pelo BIPAP, o qual também consiste em prover assistência ventilatória não invasiva.

Sugerimos, pois, que seja avaliada pelo profissional assistente a possibilidade de substituição do CPAP pelo BIPAP que é contemplado em portaria ministerial para doenças neuromusculares.

Como citado acima, no SUS, o fornecimento de equipamentos para assistência ventilatória não invasiva está previsto para pacientes portadores de doenças neuromusculares, conforme PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, de 3 de outubro de 2017, que institui o programa de assistência ventilatória não invasiva a pacientes portadores de doenças neuromusculares e portaria SAS/MS nº. 370, de 04 de julho de 2008 que estabelece, na forma do anexo I desta portaria, o rol de doenças neuromusculares incluídas no programa de assistência ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Entretanto a síndrome de apneia obstrutiva do sono não faz parte do rol de doenças incluídas neste programa.

Como a apneia do sono não faz parte deste rol, caso o diagnóstico do paciente não seja de doença neuromuscular, caberá ao gestor local avaliar indicação de uso e providenciar a referida assistência respiratória. Vale destacar que o ministério enquanto órgão gestor do sistema único de saúde/SUS no nível federal atua em regime de responsabilidade compartilhada com estados, municípios e o distrito federal. Sendo assim, os

gestores municipal e estadual de saúde são responsáveis pela organização, controle e avaliação da execução das ações de saúde para seus cidadãos e devem prever ações que não estão contempladas na tabela de procedimentos do sus, uma vez que esta ferramenta é apenas um instrumento norteador para as programações de saúde.

Sendo a assistência ventilatória necessária para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas da paciente, deve o equipamento ser fornecida pelo poder público, optando-se, preferencialmente, por aquele coberto pelo Sistema Único de Saúde.

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

**REFERÊNCIA:** Promotoria de Justiça de Gandu / Medicamentos

**PACIENTE:** XXX

## **ÁCIDO VALPROICO**

O ácido valproico, tem como indicações aprovadas pela ANVISA:

11. como monoterápico ou como terapia adjuvante ao tratamento de pacientes com crises parciais complexas, que ocorrem tanto de forma isolada ou em associação com outros tipos de crises;
12. também é destinado como monoterápico ou como terapia adjuvante no tratamento de quadros de ausência simples e complexa. Ausência simples é definida como breve obscurecimento sensorial ou perda de consciência, acompanhada de certo número de descargas epiléticas generalizadas, sem outros sinais clínicos detectáveis. A ausência complexa é a expressão utilizada quando outros sinais também estão presentes.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS nas formas de apresentação comprimido ou cápsula 250mg, comprimido 500mg, solução oral 50mg e xarope 50mg, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

## **CARBAMAZEPINA**

A carbamazepina pertence ao grupo de medicamentos antiepiléticos (medicamentos para crises convulsivas).

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Epilepsia
2. Mania aguda e tratamento de manutenção em distúrbios afetivos bipolares para prevenir ou atenuar recorrências;
3. Síndrome de abstinência alcoólica;
4. Neuralgia idiopática do trigêmeo e neuralgia trigeminal em decorrência de esclerose múltipla (típica ou atípica). Neuralgia glossofaríngea idiopática;
5. Neuropatia diabética dolorosa;
6. Diabetes insípida central. Poliúria e polidipsia de origem neuro-hormonal. Epilepsia.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS nas formas de apresentação comprimido de 200mg e 400mg, e suspensão oral 20mg/mL, e pertence ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

## **AMITRIPITILINA**

O cloridrato de Amitriptilina é recomendado para o tratamento de depressão e enurese noturna, quando a patologia orgânica foi excluída.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação comprimido de 25mg e 75mg, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

## **DIPIRONA**

A dipirona é utilizada no tratamento das manifestações dolorosas e febre. Os efeitos analgésico e antitérmico podem ser esperados em 30 a 60 minutos após a administração e geralmente persistem por aproximadamente 4 horas.

Sua forma de apresentação é em solução oral 500mg/ml e 50mg/ml, comprimidos efervescentes 1g, comprimidos de 500mg e 1g e solução injetável 500mg/ml.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS, nas apresentações: 500mg/mL solução injetável, 500 mg comprimido e 500 mg/mL solução oral, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema.

## **ONDANSETRONA**

A ondansetrona, pertence a um grupo de medicamentos chamados antieméticos. É um potente antagonista, altamente seletivo, dos receptores 5-HT<sub>3</sub>. Seu mecanismo de ação no controle da náusea e do vômito ainda não é bem conhecido. Suas formas de apresentação são: solução injetável 2mg/ml, comprimido 4mg e 8mg.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Controle das náuseas e dos vômitos induzidos por quimioterapia e radioterapia;
2. Prevenção e tratamento das náuseas e vômitos do pós-operatório.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS nas formas de apresentação comprimido ou comprimido dispersível 4mg e 8mg, e pertence ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica.



Os medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) são regulamentados pela Portaria de Consolidação Nº 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.

## **TYLEX**

O medicamento é uma associação de paracetamol e fosfato de codeína em uma mesma forma farmacêutica.

Esta associação combina os efeitos analgésicos de uma substância química com ação central, a codeína, com os do paracetamol, com uma ação predominantemente periférica. O paracetamol é um analgésico não opióide, não salicilato e antipirético. O fosfato de codeína é um analgésico narcótico e antitussígeno. Sua forma de apresentação é comprimido nas concentrações 500+30 mg ou 500+7,5 mg.

A associação contendo 30 mg de codeína é indicada para o alívio de dores de grau moderado a intenso, como nas decorrentes de traumatismo (entorses, luxações, contusões, distensões, fraturas), pós-operatório, pós extração dentária, neuralgia, lombalgia, dores de origem articular e condições similares.

Esse medicamento (associação de paracetamol + fosfato de codeína em uma mesma forma farmacêutica) não está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS, mas os fármacos, em suas formas isoladas, estão padronizados como descrito adiante:

O Paracetamol está disponível no SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica na forma de apresentação solução oral 200mg/ml e comprimido 500mg;

A Codeína está disponível no SUS por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para o tratamento do alívio da dor crônica na forma de apresentação solução oral 3 mg/mL, ampola de 2 mL 30 mg/mL e comprimido 30 mg e 60mg.

## **GABAPENTINA**

Gabapentina deve agir modulando (regulando) as transmissões das mensagens entre as células do sistema nervoso, reduzindo a atividade excitatória responsável pela dor neuropática e pelas crises convulsivas.

Os usos aprovados pela ANVISA são:

1. Tratamento de crises epilépticas parciais;
2. Tratamento da dor neuropática em adultos de 18 anos ou mais.

Esse medicamento está incluído na lista de Assistência Farmacêutica do SUS na forma de apresentação cápsula 300mg e 400mg por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento de: Epilepsia e Dor crônica.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é regulamentado pela Portaria de Consolidação Nº 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.

Os medicamentos **codeína** e **gabapentina** pertencem ao Grupo 2.

## IV - DECISÕES SOBRE INCORPORAÇÕES NO SUS

TECNOLOGIA AVALIADA	RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO DA CONITEC	DECISÃO SOBRE INCORPORAÇÃO	PORTARIA SCTIE/MS
Insulinas análogas de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I	<a href="#">Relatório 440 - Insulinas análogas de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I</a>	Incorporar ao SUS*	<a href="#">SCTIE nº 19/2019</a> -Publicada em <a href="#">29/03/2019</a>
Sequenciamento completo do Exoma Deficiência Intelectual	<a href="#">Relatório 442 - Sequenciamento completo do exoma para investigação etiológica de deficiência intelectual de causa indeterminada</a>	Incorporar ao SUS*	<a href="#">SCTIE nº 18/2019</a> -Publicada em <a href="#">29/03/2019</a>
Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento de Intoxicações por Agrotóxicos - Capítulo 5	<a href="#">Relatório - Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento de Intoxicações por Agrotóxicos - Capítulo 5</a>	Aprovar Diretriz	<a href="#">SCTIE nº 17/2019</a> -Publicada em <a href="#">26/03/2019</a>
Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento de Intoxicações por Agrotóxicos - Capítulo 4	<a href="#">Relatório - Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento de Intoxicações por Agrotóxicos - Capítulo 4</a>	Aprovar Diretriz	<a href="#">SCTIE nº 16/2019</a> -Publicada em <a href="#">26/03/2019</a>
Ureterolitotripsia transureteroscópica	<a href="#">Relatório 433 - Ureterolitotripsia transureteroscópica para litíase do trato urinário</a>	Incorporar ao SUS*	<a href="#">SCTIE nº 15/2019</a> -Publicada em <a href="#">20/03/2019</a>
Brentuximabe vedotina	<a href="#">Relatório 424 - Brentuximabe vedotina para o tratamento de pacientes adultos com linfoma de hodgkin cd30+ refratário ou recidivado após transplante autólogo de</a>	Incorporar ao SUS*	<a href="#">SCTIE nº 12/2019</a> -Publicada em <a href="#">13/03/2019</a>

	<a href="#"><u>células-tronco</u></a>		
Vacina pneumocócica conjugada 13-valente	<a href="#"><u>Relatório nº 437 - Vacina pneumocócica conjugada 13-valente contra doenças pneumocócicas em pacientes de risco</u></a>	Incorporar ao SUS*	<a href="#"><u>SCTIE nº 14/2019</u></a> <a href="#"><u>-Publicada em 06/03/2019</u></a>

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.