



ano VII, número 25
outubro, novembro e dezembro de 2017
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTA Desembargador Gebran Neto fala sobre os desafios da judicialização da saúde

Consolidação das normas do SUS

Uma iniciativa ousada consolidou mais de 20 mil portarias do Ministério da Saúde

Especial

A queda da imunização no Brasil

Redução da cobertura vacinal no país é preocupante



consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Ano VII | Número 25 | Outubro, Novembro e Dezembro de 2017

ENTREVISTA Desembargador Gebran Neto fala sobre os desafios da judicialização da saúde



A Revista Consensus traz em suas páginas códigos que remetem à conteúdos complementares. Acesse e confira.

6

consensus entrevista

João Pedro Gebran Neto, desembargador do Tribunal Regional Federal da 4^a Região, falou à revista Consensus sobre a judicialização da saúde e seus impactos no SUS

14

matéria de capa

SUS Legis – Saiba mais sobre o projeto que consolidou as portarias do gabinete do ministro da saúde

saúde em foco

- 20** *A queda da imunização no Brasil*
- 30** *Cuidados Paliativos: uma desafio para a saúde*

institucional

- 34** *Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa e CONASS realizam seminário sobre avaliação dos cuidados e sistemas de saúde*
- 36** *CONASS reúne autoridades e profissionais de direito em Brasília para debater a judicialização da saúde*
- 38** *Gerência de Serviços de Saúde por Organizações Sociais*

opinião

- 40** *A Consolidação do Arcabouço infralegal do SUS: o enfrentamento necessário*
- 46** *curtas*

Consolidar aproximadamente 20 mil normas do SUS editadas pelo gabinete do ministro da Saúde nos últimos 27 anos foi o desafio do projeto SUS Legis, tema da matéria de capa desta edição da revista *Consensus*. Iniciado em maio de 2016 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Programa de Direito Sanitário da Fiocruz e a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o projeto SUS Legis é iniciativa inédita que propicia a sistematização racional dos conteúdos normativos necessários à compreensão e à operacionalização do SUS.

Esta última edição da **Revista Consensus** de 2017 traz a entrevista do desembargador do Tribunal Regional Regional da 4ª Região, João Pedro Gebran Neto. Nela, o desembargador fala sobre os desafios da judicialização para os SUS, sobre o peso da indústria farmacêutica e sobre a relação do Judiciário com órgãos como Anvisa e Conitec.

Na seção Saúde em Foco, reportagem especial sobre a queda da imunização no país. Pioneiro na incorporação de diversas vacinas no calendário do SUS, o Brasil vê cair drasticamente, nos últimos anos, a sua taxa de cobertura. Para compreender o motivo, a **Revista Consensus** ouviu especialistas que apontam para vários fatores que podem estar contribuindo para essa queda.

Ainda nesta seção, a importância dos Cuidados Paliativos e o desafio da sua constituição no Brasil como prática capaz de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.

A cobertura institucional da Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS, do “Seminário Organizações Sociais de Saúde: transparência e eficiência”, realizado em São Paulo e do “Seminário sobre Organização e Avaliação dos Cuidados e Sistemas de Saúde”, estão disponíveis na seção institucional.

Por fim, apresentamos o artigo *A consolidação do arcabouço infralegal do SUS: o enfrentamento necessário*, escrito pelos professores Maria Célia Delduque e Márcio Iório Aranha e pelo analista de Sistemas do Senado Federal João Alberto Lima.

Boa leitura.



ENTREVISTA

João Pedro Gebran Neto

O magistrado João Pedro Gebran Neto nasceu em Curitiba, Paraná. É desembargador federal do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF-4), formado pela Faculdade de Direito de Curitiba, pós-graduado em Ciências Penais e Processuais Penais e mestre em Direito Constitucional pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Tornou-se juiz federal em 1993 e foi promovido a desembargador do TRF-4 em 2013. Atua na 8ª Turma do tribunal, especializada em matéria penal.

Recentemente, ganhou o título de doutor *honoris causa* em Direito à Saúde e foi coordenador do Comitê Executivo da Saúde do Paraná. Ex-promotor do Estado do Paraná, Gebran considera a temática da saúde um presente que recebeu durante o doutorado, no qual estudou os direitos fundamentais na saúde. “Acabei julgando diversas ações na área de saúde e recebi um convite para participar das jornadas de saúde e depois para coordenar o Comitê de Saúde do Paraná. Há 7 anos estou apaixonado pelo tema e por toda discussão que o envolve porque me proporciona uma interação com profissionais de saúde de tal forma que não me circunscrevo mais a dialogar com operadores do direito. Hoje, dialogo com pessoas de várias áreas, o que me dá alegria, porque conheço muita gente boa e interessada, que procura fazer do Brasil um país melhor, mais justo e mais humano, me ajudando a renovar as esperanças de que podemos melhorar cada vez mais”.



Consensus Dr. Gebran, como o senhor avalia a crescente judicialização da saúde no Brasil?

João Pedro Gebran Neto A judicialização na saúde nasceu como um projeto de cidadania, na década de 1990, após a Constituição Federal de 1988, quando as primeiras ações foram movidas para tentar tratamentos de pessoas portadoras do vírus de HIV/Aids. A partir daí, abriu-se uma discussão nova que tem como característica muito importante e salutar a sociedade tomando para si a cidadania, entendendo que também faz parte do Estado e que deve reivindicar deste. Embora a judicialização da saúde, algumas vezes, seja vista de um modo negativo, ela tem esse aspecto importante da cidadania, assim como fomenta a organização da sociedade, por exemplo, com o surgimento de associações de pessoas portadoras de determinadas moléstias, buscando um atendimento à saúde mais adequado à sua condição.

Ocorre que, ao longo desse período, essas demandas cresceram demais, sendo algumas decorrentes de falhas do sistema, cuja judicialização é apropriada porque vai corrigindo erros e omissões estatais daquilo que está previsto na política pública de saúde. No entanto, a judicialização em saúde, por vezes, acaba sendo excessiva ao demandar providências que o Estado não incorporou, embora possa ter analisado por meio de seus órgãos competentes como a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) ou a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS). São demandas para as quais não há evidência científica ou para as quais o Estado não possui condições arcar para todos os brasileiros. Tratam-se de questões muito técnicas, para as quais o Poder Judiciário precisa estabelecer critérios e uma racionalidade.

Além disso, indispensável que seja buscada a compreensão da situação das pessoas.

Compreendo a situação dos magistrados, os quais têm o drama de famílias depositados em suas mãos, mas a atuação deve ser técnico-jurídica. Por isso, é necessário aporte técnico e científico para tomada de decisões. Se uma pessoa vai ou não receber um medicamento, é uma questão médica que o magistrado não tem capacidade de decidir. Indispensável um auxílio de profissionais qualificados, e esse é o ponto fundamental. Precisamos oferecer ferramentas para que os magistrados possam tomar decisões justas e adequadas.

Consensus Quais os desafios da administração pública no que concerne à articulação com o judiciário? Como os gestores devem atuar em relação à necessidade de auxiliar os magistrados na tomada de decisão?

Gebran Neto Estamos falando de uma questão que envolve muitos aspectos e por isso a solução reside na reunião das pessoas, na ponderação. Para a tomada de decisões, o caminho tem de ser o diálogo interinstitucional, conhecendo o lado do paciente, a questão médica, e compreendendo também os problemas enfrentados pela administração. O Poder Judiciário não pode se fechar porque, quando está tratando de questões extremamente complexas, não pode tomar uma decisão apenas jurídica, sendo fundamental o diálogo com o gestor buscando conhecer melhor sobre aquela realidade e tendo sempre em mente que muitas decisões, especialmente nos municípios, acabam afetando significativamente os orçamentos.

Também é preciso dialogar com o médico prescritor e a sociedade médica de especialidades, a fim de saber se há ou não evidência científica, considerando que a decisão a ser tomada é uma decisão político-administrativa.

O Poder Judiciário deve atuar conhecendo todas os termos da equação.

Consensus Há abertura do Judiciário para esse diálogo?

Gebran Neto Eu acho que está melhorando. É fundamental que as pessoas tenham iniciativa e, nesse aspecto, o judiciário que tem atuado positivamente, por meio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que avançou na interlocução via comitês de saúde. Por isso, a proatividade é necessária e importante, uma vez que o Poder Judiciário avança em campos como a ciência médica e a administração pública. Tão importante quanto o passo inicial do judiciário é a reciprocidade dos outros órgãos.

Já viajei por vários estados do país, participei de inúmeros diálogos com os comitês de saúde e constatei que eles funcionam muito bem quando tem à sua frente um magistrado proativo, que promova as ações previstas pelo Fórum Nacional da Saúde, instituído pelo CNJ. Além, é claro, da participação dos gestores, de representantes da saúde suplementar, do ministério público, da defensoria pública... Ou seja, os comitês são plurais e buscam não só conhecer os problemas, mas solucioná-los. Entendo que devem ser incentivados os defensores públicos, advogados e procuradores para, na falha desse sistema de integração, procurarem os juízes das comarcas mais distantes, onde o comitê não chega, onde talvez não tenha essa capilaridade. Mas insisto que as pessoas também devem procurar os juízes não só para discutir pontos de vista técnicos, mas para levar o entendimento a respeito da realidade do outro lado, seja ele gestor, plano de saúde ou aquele que é mais importante que é o usuário do sistema de saúde.

...sabemos que o SUS poderia estar melhor, mas o fato é que de 1988 para cá temos um grande sistema, que deve ser valorizado, assim como seus profissionais, que trabalham e defendem arduamente o SUS. É preciso ter presente que o melhor que podemos fazer para saúde pública justa e equânime é melhorar o SUS ...

Consensus O que o senhor acha do movimento dos grupos que procuram a judicialização para fins individuais ou de grupos específicos. Isso fere o direito coletivo?

Gebran Neto Eu vejo as coisas da seguinte perspectiva: primeiro, os eventuais desvios de conduta devem ser tratados no seu âmbito próprio, que não é do direito à saúde, mas talvez a seara da improbidade administrativa ou mesmo a esfera criminal. Se pensarmos do ponto de vista global, a organização da socie-

dade para demandar ou pedir providências relacionadas à saúde, como uma associação de portadores de certa enfermidade ou mesmo para determinadas circunstâncias, vejo como positiva. Tenho dúvida se o Poder Judiciário deve ser o locus adequado para tomada de decisão porque, como disse anteriormente, estamos tratando de uma política pública e não exclusivamente de questões técnico-jurídicas. E quando tratamos de uma política pública, a intervenção do Poder Judiciário, ao meu juízo e com todo respeito a quem pensa o contrário, deve ser em primeiro lugar uma deferência à política posta. Não podemos deixar de considerar que a intervenção do Poder

Judiciário, em casos muito específicos, ocorre onde há omissões estatais que se reputam absolutamente ilegais ou inconstitucionais. Por isso, políticas públicas, pela via judicial, devem ser determinadas com muita cautela e reserva, até mesmo para não frustrar expectativas, já que nem sempre a caneta do juiz pode mudar ou influenciar uma realidade, diferente da política *lato sensu*. A consciência coletiva de cidadania reside mais na participação das pessoas nos processos democráticos e políticos, do que na intervenção judicial.

Nessa perspectiva participativa, um aspecto muito rico do direito sanitário são os conselhos de saúde que deveriam ser os verdadeiros locais para fomentar a participação da sociedade na política pública de saúde. No meu ponto de vista, não acho que isso funcione adequadamente no Brasil, mas se funcionasse seria muito bom, tanto para o empoderamento das conferências municipais, estadual e nacional saúde, orientadoras da política pública de saúde, quanto para o empoderamento da cidadania. Talvez esse caminho não esteja muito bem desenhado, em face de uma intervenção da política institucionalizada e partidária em detrimento de uma maior participação social na orientação da política pública.

...considero construtiva a criação desses canais de conciliação, de ajustamento de condutas e de avenças, de modo a evitar a judicialização de um modo saudável e responsável...

Consensus Em sua opinião, qual o peso da indústria farmacêutica na judicialização da saúde?

Gebran Neto Ela é uma das três mais rentáveis indústrias do mundo e por isso uma série de questões estão relacionadas a ela. Temos de reconhecer que, via de regra, o desenvolvimento tecnológico e científico é feito por instituições privadas, que têm acionistas e atua dentro dos padrões da atividade comercial. A indústria farmacêutica tem um papel importante no desenvolvimento, não só da criação,

desenvolvimento e inovação tecnológica, mas também da produção e distribuição, além de contribuir muito para conquistas sociais em todo o mundo, como o aumento da global da expectativa de vida. O fato é que a grande maioria das nações mundiais tem elevado suas expectativas de vida, o que é mérito das políticas públicas e também da indústria farmacêutica. Todavia, não se pode perder de vista que ela quer manter e prorrogar suas patentes e lucrar. Cabe aos Estados controlar essa atividade.

Em relação a medicamentos ou procedimentos experimentais concedidos judicialmente, entendo que isto não deve ser deferido. Esses tratamentos experimentais têm uma via própria para serem desenvolvidos, com estudos clínicos a serem realizados em diversas fases. Assim, o Poder Judiciário não deve determinar um medicamento/procedimento que ainda esteja em fase experimental, seja pela ausência da evidência científica, seja pela ausência de segurança ao paciente. A segurança deve estar em primeiro lugar. Por outro lado, aprendi com os médicos, nessa minha jornada na área saúde, que a primeira lição nas faculdades de medicina deve ser a oferta aos pacientes de atendimento ou tratamento que o mantenha em segurança, ou seja, prescrever medicamentos buscando melhorar a condição de saúde do paciente e evitar os que possam agravar sua saúde. Esse também é um cuidado indispensável que instituições como a Anvisa e a Conitec devem ter em suas avaliações.

Consensus Como o Judiciário enxerga os serviços e as ações de saúde ofertados pelo SUS?

Gebran Neto Todos nós gostaríamos que o SUS estivesse muito melhor do que está. Te-

mos diversas deficiências que impedem que o SUS esteja do modo que foi idealizado e há quase 30 anos da Constituição Federal. Contudo, ele é inegavelmente uma grande conquista. É possível afirmar que hoje, no final de 2017, temos um sistema de saúde muitíssimo melhor do que tínhamos antes de 1988. Acho que as pessoas perderam a noção dessa evolução. Esquecemos que antes do SUS tínhamos um sistema fracionário, onde havia concorrência de ações dos entes públicos, vez que estados e municípios ofereciam o simultaneamente o mesmo serviço, pois não era organizado. Não existia cooperação e nem todos tinham direito ao atendimento. Nossa conquista é muito grande. Como eu disse, sabemos que o SUS poderia estar melhor, mas o fato é que de 1988 para cá temos um grande sistema, que deve ser valorizado, assim como seus profissionais, que trabalham e defendem arduamente o SUS. É preciso ter presente que o melhor que podemos fazer para saúde pública justa e equânime é melhorar o SUS, e não acabar com ele.

Sou sim um entusiasta e defensor do Sistema Único de Saúde, assim como dos seus órgãos de controle. No caso da Anvisa e da Conitec, são órgãos reconhecidos internacionalmente e, repito, às vezes perdemos essa dimensão, principalmente se pensarmos na crise de identidade pela qual passa o Estado brasileiro. Nos dias de hoje, as pessoas olham com desconfiança para os órgãos de controle e para o Judiciário, mas o fato é que temos órgãos de excelência. Obviamente podem ter decisões criticadas ou erros corrigidos judicialmente, mas o fato é que devem ser prestigiados. Equívocos sempre existirão, e devem e podem ser corrigidos, mas isso não significa que o todo seja ruim.

Consensus Como é a relação do Judiciário com esses órgãos?

Gebran Neto Temos criados vários canais com essas instituições e elas também criaram canais de comunicação com magistrados para uma melhor tomada de decisão. Não é fácil o atendimento individualizado, principalmente se considerarmos que são 854 mil ações voltadas ao direito à saúde, segundo o último levantamento do CNJ. Ou seja, se cada magistrado mandar um *e-mail* para a Anvisa ou Conitec, eles terão de dar conta de quase 1 milhão de *e-mails*. Todavia, estamos estabelecendo esses canais de diálogos de modo a dar respostas aos maiores problemas, e com isto temos contado com freqüentes interlocuções com esses órgãos. O Conselho Nacional de Justiça, em ação liderada pelo conselheiro Arnaldo Hossepian Jr, tem realizado uma ponte entre as instituições, abrindo oportunidade de diálogos de prestação de informações ao Poder Judiciário. Aliás, com o recente lançamento do e-natjus (ferramenta eletrônica de consulta às evidências científicas) está sendo criado um banco de dados nacional de pareceres e notas técnicas sobre evidência científica. Assim, teremos maior segurança na tomada de decisões, sabendo o que pode ser ofertado. Em breve esse banco estará à disposição de todo o Poder Judiciário e da população, com consulta pública (<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude/e-natjus>).

Consensus Muitos estados estão lançando mão de outras atividades para lidar com a judicialização, como ambientes de conciliações, muitas vezes dentro das secretarias. Como o senhor vê essas ações?

Gebran Neto Vejo de modo positivo, porque a primeira porta de entrada de qualquer reclamação deve ser a administração pública. Um paciente, quando sai com uma prescrição médica, deve ir a farmácia, a um posto de

saúde, ao plano de saúde e não a um advogado. Ele deve pedir providências para o SUS e não para o Poder Judiciário. A Defensoria Pública ou o Ministério Público devem ser procurados caso o órgão competente falhe. Isso significa que aquele órgão tem que atender àquela demanda de maneira adequada, dando uma resposta fundamentada e protocolando o pedido. Não protocolar ou não responder é indecente, para não dizer criminoso. Protocolar o pedido em tempo e de modo adequado, explicar o motivo da negativa se esse for o caso, esclarecendo questões como prazos, tamanho da fila, recurso financeiro a ser destinado e etc. E se mesmo com o protocolo a administração pública não responder, caso apresente falha ou dê uma resposta equivocada, a demanda torna-se judicializável. Aliás, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), em tema que não é de saúde, mas em situação análoga, decidiu que os pedidos judiciais feitos em face do INSS, para benefícios previdenciários, devem ser necessariamente precedidos de requerimento administrativo. Na saúde não pode ser diferente.

O CNJ realizou duas jornadas de saúde onde foram aprovados vários enunciados, entre eles um que estabelece o prévio requerimento administrativo antes da judicialização, por que só quando a administração negar determinada pretensão é que cabe ao Poder Judiciário intervir. Mas repito: se um usuário só tem a prescrição médica, deve procurar a administração, antes de ir ao advogado ou a Defensoria ou o Ministério Público.

Por isso, considero construtiva a criação desses canais de conciliação, de ajustamento de condutas e de avenças, de modo a evitar a judicialização de um modo saudável e responsável, explicando os motivos, ofertando outras opções, defendendo a cidadania e zelando pela saúde das pessoas.



Accesse também pelo Qr Code abaixo ou pelo link goo.gl/EZYtTJ



Consensus Também ajudam no planejamento, uma vez que essas informações podem subsidiar a gestão...

Gebran Neto Sem sombra de dúvidas. Os gestores precisam conhecer suas demandas, até porque precisam organizar o orçamento, que é finito.

Consensus Falando de organização e planejamento, como o senhor percebe o conhecimento do Poder Judiciário em relação à estrutura do SUS, em especial à sua porta de entrada que é a Atenção Primária à Saúde?

Gebran Neto A Declaração de Alma-Ata, firmada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é um marco significativo, com um projeto mundial auspicioso para, até o ano 2000, todos tivessem acesso à Atenção Primária à Saúde. Obviamente, muitos países foram atropelados pelas diversas crises mundiais e essa meta não foi atingida. Mas o fato é que dentro dessa declaração, o cuidado básico foi colocado como a principal linha de atendimento.

O Brasil tem projetos como a Estratégia de Saúde da Família, tendo o foco na prevenção, cuidando da população de modo que sua saúde não entre em elevado grau de deterioração, mas tenho dúvidas se chegam efetivamente a todas as pessoas. Além disso, não podemos esquecer que quando não cuidamos de uma pessoa cuja saúde está muito fragilizada, avançamos para níveis intermediários e avançados, sendo os custos de tratamento muito maiores. O investimento na Atenção Primária à Saúde é certamente mais barato, efetivo e socialmente responsável do que os cuidados quando o cidadão está com a saúde deteriorada.

Na minha opinião, a atenção básica é fundamental, é para ela que nossos olhos devem se voltar. Um olhar sem preconceito, amplo, entendendo que ela é feita por uma equipe, mostrando para sociedade que o cuidar da saúde é

um processo integrado, feito por pelos diversos profissionais de saúde, tais como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, vigilantes sanitários, entre tantos outros.

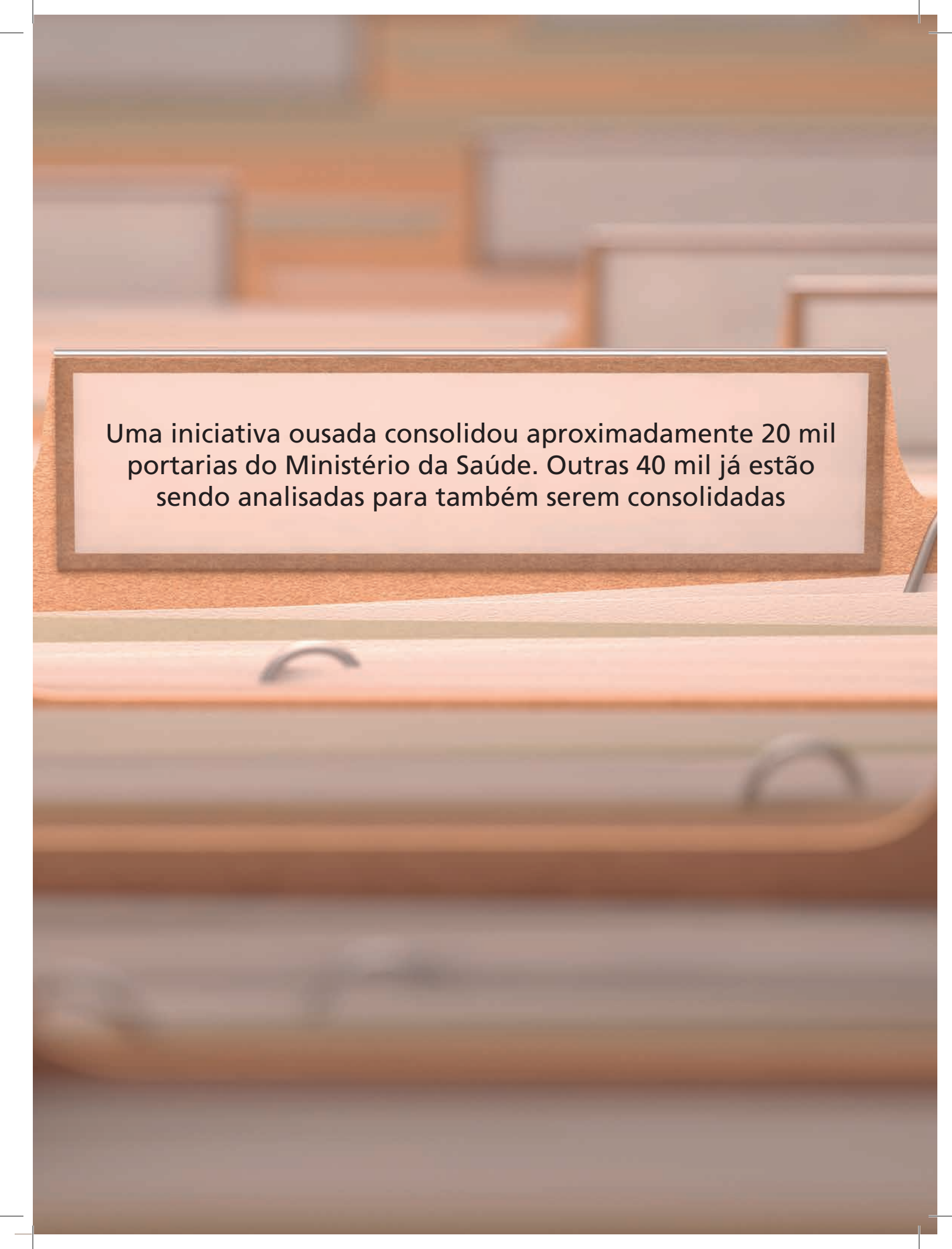
Gostaria de reiterar que conheço as necessidades do SUS e acredito, como qualquer brasileiro, que ele poderia ser melhor. Mas tenho ciência que o SUS trata da saúde dos brasileiros, inclusive, e talvez principalmente, no que concerne à alta complexidade, com serviços como transplantes, erradicação de doenças, melhoria nos indicadores de saúde, etc. Esse é o recado que precisamos passar à sociedade brasileira: se o SUS faz tantas coisas boas, precisamos defendê-lo e corrigir os defeitos para manter e melhorar a qualidade dos serviços que vem desenvolvendo de modo bastante satisfatório. ■

*Na minha opinião,
a atenção básica é
fundamental, é para ela
que nossos olhos devem
se voltar. Um olhar sem
preconceito, amplo,
entendendo que ela é
feita por uma equipe,
mostrando para sociedade
que o cuidar da saúde é
um processo integrado,
feito por pelos diversos
profissionais de saúde...*

especial

Consolidação das normas do SUS

TATIANA ROSA



Uma iniciativa ousada consolidou aproximadamente 20 mil portarias do Ministério da Saúde. Outras 40 mil já estão sendo analisadas para também serem consolidadas

Já imaginou ter acesso a todas as normativas do gabinete do ministro da Saúde em apenas sete portarias? Desde o dia 27 de setembro isso já é possível graças ao projeto SUS Legis – uma iniciativa fruto da parceria entre o Programa de Direito Sanitário da Fiocruz (Prodisa), a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB), o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conasems.

O projeto sistematizou as normas em vigor do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a organização e a disponibilização do arco normativo da saúde, aperfeiçoando a gestão e contribuindo para a transparência.

Em entrevista à revista Consensus, a coordenadora do Programa de Direito Sanitário (Prodisa) da Fiocruz, professora Maria Célia Delduque, explicou que o projeto tinha o objetivo de consolidar as portarias sobre a estrutura do SUS, o que foi feito de acordo com a Lei Complementar n. 95/1998. “Essa lei estimula todo poder público a consolidar leis, regras e inclusive o arcabouço infralegal, que são as portarias. Nós sabemos que é nas portarias ministeriais que encontramos toda política pública de saúde”.

Fato esse inédito, segundo a coordenadora. “Esse é um exemplo a ser seguido pelos demais ministérios e instituições do Estado. Essa consolidação propicia a sistematização racional dos conteúdos normativos necessários à compreensão e operacionalização do SUS, antes dispersas e sem lógica organizacional”, disse.

Delduque observou que, antes da consolidação, as portarias estavam dispersas e sem lógica organizacional. “Quem já tinha conhecimento fazia a pesquisa no sistema Saúde Legis, mas um leigo que não conhece o sistema ou um gestor de saúde recém empossado teria enorme dificuldade de encontrar isso dentro de um universo imenso de portarias usando seus números”.

Segundo a professora, o grupo responsável pelo desenvolvimento do projeto, ao iniciar o trabalho, se deparou com situações em que portarias revogavam outras normas antigas ou apenas partes delas, mas sem nenhum mecanismo de facilitasse a identificação dessas condições. “Nós encontramos uma confusão de portarias e precisávamos organizá-las, então, depois de separar o que era ou não normativo, instituímos as seis portarias de consolidação”, explicou.

As portarias dividem-se em: Portaria de Consolidação n. 1 compreende portarias relativas aos direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS; Portaria de Consolidação n. 2: políticas nacionais de saúde do SUS; Portaria de Consolidação n. 3: redes do SUS; Portaria de Consolidação n. 4: sistemas e subsistemas do SUS; Portaria de Consolidação n. 5: ações e serviços de saúde do SUS; e Portaria de Consolidação n. 6: financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

Portarias revogadas

Ao todo, mais de 20 mil portarias foram revogadas. Isso porque, destas portarias analisadas, apenas 700 continham normativas válidas para o SUS. “Todas as outras foram revogadas e substituídas pelas seis portarias temáticas já citadas”, disse Delduque.

Segundo a professora, não tem sentido manter, no arcabouço jurídico brasileiro, normas exauridas. Ela esclareceu que aquelas que foram transferidas para as portarias de consolidação foram revogadas pela própria consolidação, ou seja, a norma continua existindo, porém deixou de ser uma portaria específica para ser parte da portaria de consolidação. “Ela precisa deixar de existir como portaria individual para voltar a existir como parte da portaria de consolidação”.



Confira na íntegra a Lei Complementar n. 95/1998
goo.gl/sD7UrY



Conheça as 6 Portarias de Consolidação



Dados da 1ª fase do SUS Legis:

- mais de 20 mil Portarias do Gabinete do Ministro (GM) analisadas;
- apenas 700 continham normativas válidas para o SUS;
- aproximadamente 20 mil Portarias GM revogadas.



.....
Lançamento
aconteceu no
auditório da
Universidade de
Brasília, no dia
27 de setembro

Maria Célia Delduque também chamou a atenção para a importância de que as pessoas se acostumem a usar não somente as portarias de consolidação e deu como exemplo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). “As leis trabalhistas eram várias leis dispersas que foram reunidas em um único documento que é a conhecida CLT. Hoje conseguimos consultar a CLT sem a menor dificuldade. Nosso objetivo é que o mesmo aconteça com a Consolidação do SUS”.

Fato inédito

Márcio Iório Aranha, um dos coordenadores do projeto e professor da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, explicou

que o SUS Legis é uma iniciativa inédita que permitiu, pela primeira vez, a aplicação plena do disposto no artigo 59 da Constituição Federal, bem como da Lei Complementar n. 95/1998, que prevê a consolidação das normas para acesso à população.

“Agora gestores da saúde, estudiosos, membros do Ministério Público, procuradorias, magistrados, profissionais de órgãos de controle e cidadãos terão todo arcabouço infralegal da política pública de saúde à sua disposição de modo consolidado, o que garante segurança jurídica da formulação e implementação da política pública de saúde além claro, da transparência dos atos administrativos”, concluiu.

Lançamento

O lançamento da Consolidação das normas do SUS aconteceu no dia 27 de setembro, na Universidade de Brasília. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, observou a importância da iniciativa para os gestores do SUS. “É uma consolidação dessas 20 mil portarias e, por isso, ficará muito mais fácil para todos que hoje trabalham no SUS entender exatamente qual a regra que vale para suas ações e suas necessidades”.

Barros destacou que as portarias estarão disponíveis em uma ferramenta dinâmica que facilitará a busca por qualquer termo e/ou ação em todas as áreas da regulação em que estiver citado.

O presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Paraná, Michele Caputo Neto, parabenizou os envolvidos no trabalho e afirmou que a consolidação é fundamental para o movimento da saúde. “O SUS legis se reveste de extrema importância para todos nós gestores, para o controle social e para o próprio Ministério Público, porque precisamos nos manter atualizados daquilo que é mais importante para o sistema”.

2ª etapa

O projeto SUSlegis contará com uma segunda etapa. Dessa vez, serão avaliadas cerca de 40 mil portarias de todas as secretarias do Ministério da Saúde e também as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), desde o ano de 1990 até o período de 2020, que é o prazo para a término do processo. “As portarias das secretarias complementares essas políticas, sistemas e redes então deixá-las de fora da consolidação seria um erro”, admitiu Delduque.

Vale ressaltar que a consolidação de normas não altera os conteúdos sobre saúde pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, mas sim tem a finalidade de organizar os conteúdos, conforme eixos temáticos, e na estrutura legislativa determinada na lei.

A consolidação foi publicada no Diário Oficial da União do dia 03 de outubro de 2017 e posteriormente disponibilizada para pesquisa no sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde (Saúde Legis). ■



A professora Maria Célia Delduque concedeu uma entrevista à revista **Consensus**. Nela, explicou o projeto SUS Legis. Confira em <https://goo.gl/LwZrbl> ou pelo Qr Code acima.

A queda da imunização no Brasil

ADRIANE CRUZ

Redução da cobertura vacinal no país é preocupante

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial. O Brasil foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas no calendário do Sistema Único do Saúde (SUS) e é um dos poucos países no mundo que ofertam de maneira universal um rol extenso e abrangente de imunobiológicos. Porém, a alta taxa de cobertura, que sempre foi sua principal característica, vem caindo nos últimos anos, conforme demonstra o quadro na página ao lado, colocando em alerta especialistas e profissionais da área.

A coordenadora do PNI, do Ministério da Saúde, Carla Domingues, pondera uma possível dicotomia: o sucesso do programa pode ser uma das causas da queda da cobertura. Isso porque o PNI imunizou amplamente a população que hoje está com 30, 40 e 50 anos de idade, devidamente vacinada na infância, quando doenças como o sarampo ou a poliomielite

eram visíveis e a preocupação em vacinar as crianças era maior. “Hoje, como a doença desapareceu, os pais que foram beneficiados pela vacina e que por isso não conviveram com a doença, muitas vezes não percebem a importância da imunização. Por isso, é imprescindível mostrar que, apesar de raros os casos, as doenças ainda existem e que, portanto, é primordial vacinar as crianças”, analisa.

Especialistas concordam que são vários os fatores que justificam a diminuição da cobertura vacinal no país. O mais importante deles, na avaliação do assessor técnico do CONASS, Nereu Henrique Mansano, é o modelo de atenção à saúde prevalente, que prioriza as condições agudas de saúde e que, descolado da Atenção Primária à Saúde (APS), não dá conta do devido acompanhamento dos cidadãos. “Apesar dos inegáveis avanços e melhoria de acesso à APS, não podemos ignorar que ainda

há uma falta de integração entre ela e as ações de vigilância, prevenção e promoção. Infelizmente, nem sempre a organização dos serviços privilegia a continuidade do cuidado”.

O cuidado a qual Mansano se refere é àquele que acompanha um cidadão desde antes mesmo dele nascer e a imunização é parte imprescindível deste acompanhamento. Por isso, a importância e a necessidade de que as Unidades Básicas de Saúde sejam organizadas para ações de continuidade do cuidado e de acompanhamento e não somente para atendimento de demanda espontânea. “Buscar ativamente a comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, integrar o cuidado com ações de prevenção e promoção, alimentar corretamente os sistemas de infor-

mação são ações que certamente vão tornar a imunização ainda mais eficiente e eficaz no Brasil”, reitera.

Outro aspecto importante que pode influenciar nos dados da vacinação no Brasil é a mudança do sistema de informação do PNI, antes alimentado pelas doses aplicadas, passando para o registro nominal. Carla Domingues afirma que a mudança faz parte das ações que visam contribuir com o programa e que a informatização do processo de vacinação tem como um dos objetivos identificar as áreas que estão efetivamente com baixas coberturas vacinais, considerando que as doenças caminham junto com a população. “O sistema mostrará, por exemplo, se há um bairro específico com baixa cobertura em um

Coberturas vacinais (CV) por tipo de vacinas em crianças menores de 1 ano e 1 ano de idade*, Brasil, 2012 a 2016

Imunobiológicos	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	105,7	107,43	107,28	105,08	95,5
Hepatite B < 1 mês	NA	NA	88,54	90,93	81,66
Rotavírus Humano (<1ano)	86,37	93,32	93,44	95,35	88,97
Meningococo C (<1ano)	96,18	99,70	96,36	98,19	91,67
Meningococo C (1º ref – 1 ano)	...	92,35	88,55	87,85	93,85
Penta (DTP/Hib/HB) <1ano	93,80	95,89	94,85	96,30	89,26
DTP (1º ref)	...	90,96	86,36	85,78	64,27
Pneumocócica	88,39	93,57	93,45	94,23	94,98
Pneumocócica (1º ref – 1 ano)	...	93,12	87,95	88,35	84,09
Poliomielite	96,55	100,71	96,76	98,29	84,42
Poliomielite (1º ref – 1 ano)	...	92,92	86,31	84,52	74,33
Hepatite A (1 ano)	60,13	97,07	71,57
Tríplice Viral D1 (1 ano)	99,5	107,46	112,8	96,07	95,35
Tríplice Viral D2 (1 ano)	...	68,87	92,88	79,94	76,71
Dupla adulto / dTpa gestante	NA	50,69	43,06	42,6	33,80

Fonte: CGPNI (dados extraídos em <http://pni.datasus.gov.br>). Em vermelho coberturas abaixo da meta.

* Tríplice Viral, Hepatite A, Tetra Viral e doses de reforço

município com alta cobertura. Com o registro nominal é possível identificar não apenas a localidade, mas quem são as pessoas, idade, sexo, sendo essas informações fundamentais para o planejamento das ações do programa”. O SIS-PNI atualmente está implantado em 60% das salas de vacina e a meta é de que esteja em 100% delas até o final deste ano.

Para tanto, alguns obstáculos precisam ser enfrentados pois além dos equipamentos e toda logística necessária, é preciso ter pessoal treinado para alimentar o sistema, conforme explica a coordenadora do PNI. “São necessárias informações como o nome completo, endereço, telefone, tipo de vacina aplicada, etc., o que torna o processo mais complexo e exige mais organização”, explica. No entanto, a mudança pretende otimizar as ações futuras, por isso, vale a pena o esforço e preparo dos estados e municípios para atender essa nova demanda do programa, conforme destaca Nereu Henrique Mansano, que é coordenador das Câmaras Técnicas de Epidemiologia e de Informação e Informática do CONASS. “Além de melhorar a avaliação da cobertura, o sistema permite o acompanhamento adequado do usuário

caso ele mude de unidade de saúde ou perca o cartão de vacinas”.

Os estados e municípios são os maiores responsáveis pelo controle das vacinações, mas o fortalecimento do PNI depende do avanço da gestão em todos os níveis do SUS. “A experiência com a vacina do HPV, que não atingiu as coberturas vacinais, é um bom exemplo de como a gestão pode atuar para evitar perdas e desperdício. A validade da vacina é muito específica, por isso a oferta deve ser planejada e as campanhas intensificadas. Caso a cobertura não seja alcançada e haja sobra, a vacina pode ser ofertada para outros grupos. Estados e municípios podem melhorar a gestão do programa, identificando os locais de baixa cobertura e promovendo ações em períodos e para grupos determinados”, avalia Carla Domingues.

A importância da vacina

Como dito anteriormente, muitas pessoas e até mesmo profissionais de saúde nos dias de hoje desconhecem diversas doenças, extintas graças ao advento das vacinas no Brasil e no mundo. A compreensão da importância

Sistema de Informações do PNI

O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

A CGPNI (Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações) é responsável pelas ações de vacinações em nosso país. Para maiores esclarecimentos sobre vacinação, entre em contato através do *e-mail* pni_cgpmi@listas.datasus.gov.br ou pelos telefones: (61) 3213-8356 e (61) 3213-8357.

Para solicitar suporte técnico à equipe de desenvolvimento dos sistemas informatizados do SI-PNI entre em contato através do *e-mail* pni@listas.datasus.gov.br ou pelos telefones: (21) 3985-7237 e (21) 3985-7258.

Fonte: Ministério da Saúde

Proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas por tipo de vacinas (Homogeneidade de coberturas vacinais), Brasil. 2011 a 2016

Imunobiológicos	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	53,7	47,4	40,1	46,2	54,9	44,5
Poliomielite	71,2	57,5	44,7	51,2	60,4	43,1
DTP/Hib/HB	70,4	54,8	59,9	49,7	64,0	50,5
Rotavírus	58,0	52,7	44,7	50,6	71,0	59,9
Pneumocócica	47,0	49,3	56,8	48,8	60,7	59,5
Meningococo C	72,4	52,2	64,1	50,0	65,5	54,3
Tríplice Viral	65,0	61,4	75,1	55,2	58,8	58,9

Fonte: MS/SVS/DEVIT/CGPNI/Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações (<http://pni.datasus.gov.br>)

da vacinação felizmente prevalece e, aliada ao desenvolvimento científico e tecnológico, ao trabalho realizado pelos gestores e ao senso de responsabilidade dos cidadãos, reforça a consciência de que vacinar uma criança significa não apenas protegê-la, mas sustentar uma condição de saúde coletiva alcançada com muito trabalho e esforço.

Fazer a vacinação dentro do calendário definido pelo Ministério da Saúde, a partir do esquema vacinal correto que considera o número de doses e as idades adequadas para cada vacina também é fundamental para o sucesso da imunização, conforme explica Domingues. “Toda vacina tem um esquema definido e um prazo adequado. Não adianta chegar ao fim do ano, por exemplo, e fazer as três doses de uma vez, pois a vacina só vai manter a elevada eficácia se forem feitas as duas ou três doses, dependendo do esquema e dentro do prazo adequado”, elucida.

Os resultados desses esforços podem ser medidos também pela homogeneidade da cobertura vacinal, que é a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas. Em 2016, só 44% dos municípios brasileiros tiveram a cobertura preconizada, por exemplo, para a BCG (*Bacilo Calmette-Guérin*). A ho-

mogeneidade é um dado que historicamente apresenta coberturas mais baixas, mas percebe-se claramente a queda do percentual de municípios com coberturas adequadas (veja quadro acima).



Diretor de Bio-Manguinhos, Mauricio Zuma afirmou que o PNI tem os resultados mais relevantes do mundo

A imunização é a única maneira de garantir que doenças erradicadas não voltem. Para o diretor de Bio-Manguinhos, Mauricio Zuma, é preciso fortalecer a confiança da sociedade nas vacinas de distribuição pública. “Em 1930 as doenças infecciosas e parasitárias representavam 45,7% dos óbitos do Brasil, índice que caiu para 4,3% em 2010, segundo o Ministério da Saúde. Na década de 1980, sarampo, poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita, meningite, tétano, coqueluche e difteria causaram 5,5 mil óbitos em crianças de até 5 anos no Brasil. Em 2009, foram 50 óbitos”, demonstra.

Para Zuma, não existe no mundo um programa de saúde pública com resultados tão relevantes, robustos e claros quanto o PNI, reafirmando que graças à vacinação pública o Brasil está livre de diversas doenças. “É por compreender essa importância que nossa sociedade entende as vacinas como direito inalienável e, aliás, reclama quando vai aos postos e não encontra os imunizantes”.

O diretor da Divisão de Ensaios Clínicos e Farmacovigilância do Butantan, Alexander Roberto Precioso, acredita que há muita confiança da sociedade nas vacinas oferecidas pelo SUS. “O que se faz necessário é a divulgação frequente dos benefícios associados à imunização e a disponibilidade de vacinas no SUS”, defende.



Para Julio Cesar Felix, presidente do Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar), a questão financeira pesa muito na produção de vacinas, que requer muito recurso por se tratar de um processo muito caro. “O nosso desafio, acredito, é estreitar e desenvolver uma melhor relação entre as secretarias e o Ministério da Saúde para a elaboração de estratégias conjuntas”.

Movimento antivacinas

Até chegar aos cidadãos, as vacinas passam por um rigoroso processo de produção, começando com estudos e pesquisas, passando por inúmeros testes até ser validada e disponibilizada nos postos de saúde. Esse esforço também passa pelos gestores da saúde, responsáveis pela distribuição dos imunizantes e pela preparação dos profissionais de saúde para a aplicação da vacina.

Apesar dos números inegáveis que demonstram a eficácia e importância da vacina, cresce o número de pessoas que se recusam a vacinar seus filhos, fomentando um movimento perigoso que pode trazer de volta doenças como o sarampo e a poliomielite. “Apesar de essas doenças não acontecerem mais no nosso território, elas ainda são endêmicas em outros países e não vacinar as crianças aumenta as chances de essas doenças voltarem a ser um problema de saúde pública”, alerta Carla Domingues.

Em tempos de excesso de informações e superficialidade de conteúdos, muitas pessoas em todo o mundo, principalmente na Europa, vêm aderindo a um movimento conhecido como anti-vacina. Seja por questionarem a segurança da vacina, por temerem os efeitos colaterais, ou por acreditarem que não estão suscetíveis às doenças, estes grupos estão crescendo cada dia mais, levando países

Para o presidente da Tecpar, Júlio Cesar Felix, a vacina está cada vez mais segura

desenvolvidos, como a Itália, a se depararem com surto de doenças há muitos anos erradicadas, como o sarampo. Cabe reafirmar que é inevitável o fluxo de pessoas entre os países, tanto pelo turismo quanto pelos negócios, e o fato de algumas delas não estarem vacinadas pode provocar seu adoecimento e trazer de volta doenças extintas e todos os problemas de saúde pública que elas acarretam.

Especialistas explicam que a vacina, como qualquer outro medicamento, pode trazer eventos adversos. No entanto, ponderam que eles são infinitamente mais leves do que as doenças e suas possíveis sequelas. As doenças preveníveis pelas vacinas podem, por exemplo, causar cegueira, retardar o desenvolvimento, provocar surdez e até paralisia infantil, meningite e pneumonia. São doenças graves que muitas vezes levam à interação e a consequências piores. Já eventuais reações podem ocorrer pela própria resposta do organismo, que está criando anticorpos contra aquela enfermidade e mostrando que, se estiver vacinado, estará mais preparado para enfrentar a doença caso ela apareça.

O diretor do Butantan destaca que, assim como os medicamentos farmacêuticos, a vacina não é isenta de eventos adversos, mas seus benefícios superam tais eventos. Outro fator a ser considerado é como a prática médica em geral vem sendo realizada, caracterizando-se por uma relação médico/paciente ou médico/sociedade fragilizada, onde o tempo e o ambiente de interação entre as partes não têm favorecido a conversa sobre práticas preventivas e promotoras de saúde, como é o caso da imunização. “Finalmente, resalto que é muito importante que o PNI, em parceria com os produtores públicos e privados, estabeleça canais de comunicação rápidos e efetivos com a sociedade para prestar esclarecimentos quanto à eventual divulgação de eventos desfavoráveis associados às práticas de imunização. O esclarecimento rápido e efetivo é o



Carla Domingues ressaltou que a mudança do sistema de informação do PNI tem como um dos objetivos identificar áreas com baixa cobertura vacinal

melhor instrumento de prevenção contra os movimentos antivacinação”, destaca.

Mauricio Zuma também acredita em estratégias mais apropriadas para enfrentar o movimento antivacinas. Para ele, é preciso aumentar a circulação de informações qualificadas e cientificamente comprovadas, aproveitando a comunicação de massa e também eventos científicos, das redes sociais *on-line* aos eventos presenciais. “Temos inúmeros exemplos, como a erradicação da varíola, o controle da poliomielite, do sarampo, da rubéola e a notificação mais baixa de doenças imunopreveníveis na história da saúde pública brasileira. Os perigos da não vacinação são grandes. Em 2017, isso ficou bastante claro para nós no Brasil, quando um surto de febre amarela levou a mais de 200 óbitos, mesmo existindo a vacina”, aponta.

O diretor de Bio-Manguinhos explica que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sarampo ainda mata 400 crianças



Processo de produção de vacinas em Bio-Manguinhos

por ano, mesmo em países avançados, onde o movimento antivacinação se propagou, principalmente por meio das redes sociais. “O movimento acontece com a disseminação de inverdades, boatos sem fundamentação científica ou fraudes comprovadas, como a que relacionava as vacinas e o autismo, baseando-se em um artigo publicado em 1998 pelo inglês Andrew Wakefield. Descobriu-se posteriormente que ele falsificou dados e teve sua licença cassada pelo Conselho Médico Britânico em 2010”, alerta Zuma.

Nereu Henrique Mansano, do CONASS, também destaca a importância do PNI e lembra a evolução do programa que hoje abrange todas as idades e atua contra inúmeras doenças. “É um programa com muitos anos de estrada e muita experiência acumulada, sempre primando pelo embasamento técnico e científico”.

Produção de vacinas no Brasil

O fortalecimento da produção nacional de vacina é um dos grandes desafios do Brasil,

ressaltando que ela difere muito da produção de medicamentos, pois depende do crescimento de produto biológico vivo e, se há alguma contaminação, ele deve ser desprezado e a produção começa do zero. Trata-se de um processo quase artesanal no qual as matérias-primas estão mais sujeitas à contaminação e justamente por primar pela segurança, se há algum problema ou indício, todo o lote é desprezado, muitas vezes levando ao desabastecimento.

Aumentar a produção para garantir o fornecimento das vacinas é de suma importância e esse é um problema mundial nos dias de hoje, em que a demanda é maior do que a oferta, o que também é considerada uma evolução do PNI. “Não só do Brasil, mas em todo o mundo, na medida em que os programas de imunização se fortalecem, aumenta a procura pelas vacinas e aumenta a demanda nos laboratórios. Portanto, é preciso criar mecanismos que fortaleçam os laboratórios para garantir o suprimento das vacinas”, enfatiza Carla Domingues. Ela destaca o investimento no complexo industrial da saúde, por meio da

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que passa recursos para os laboratórios ampliarem suas produções visando aumentar o parque industrial da saúde e, conseqüentemente, a oferta de vacinas.

O presidente da Tecpar acredita que nos próximos 3 anos haverá um grande fortalecimento e ampliação da produção de vacinas no país, considerando a nova política do complexo econômico industrial da saúde. “Acho que as empresas detentoras de tecnologias descobriram que o único caminho de manter a posição no país é abrindo mais essa cooperação”.

Para Precioso, entre os maiores desafios para a ampliação da produção de vacinas no Brasil está a obtenção de investimentos financeiros para renovar e adequar as fábricas produtoras dos laboratórios produtores públicos. “Elas devem contemplar as crescentes demandas regulatórias nacionais, e eventualmente internacionais”. E completa dizendo que também se faz necessária a facilitação e agilização dos processos de importação de materiais de consumo e insumos que são utilizados na produção de vacinas, além do apoio contínuo do Ministério da Saúde na produção de vacinas nacionais visando o fortalecimento do programa brasileiro de autossuficiência em vacinas.

Já Mauricio Zuma aponta o acelerado desenvolvimento da ciência como grande desafio, uma vez que permite a produção de vacinas mais eficazes, seguras e multivalentes, com uma única dose protegendo contra várias doenças. Ele explica ainda que é permanente o desenvolvimento e atualização da infraestrutura, das plantas produtivas, dos mecanismos de qualidade e regulatórios que demandam a também permanente qualificação de Recursos Humanos em toda a cadeia. “Podemos entender a ampliação da produção de três formas: a primeira que é mais rápida, via aumento de produção das vacinas existentes, sendo necessárias novas instalações fabris e, pelas exigências regulatórias muito complexas, requer um investimento alto. Garantido o investimento,

são 3 a 4 anos para o desenvolvimento do projeto, sua construção, e para equipá-las com a devida infraestrutura e equipamentos, a maioria importada. Para tornar esta planta operacional, é preciso contar com um grupo de profissionais altamente especializados”, detalha. A segunda via de ampliação de produção é o desenvolvimento de novas vacinas via transferência de tecnologia, o que leva mais tempo do que a primeira, pois é necessário acrescentar o prazo de identificação do produto e a respectiva tecnologia desejada. “Essa via demanda um período de negociação que pode levar de 1 a 2 anos. Passando para o desenvolvimento do projeto, construção, etc. são mais 5 a 6 anos”. A terceira forma é o desenvolvimento tecnológico autóctone para o qual existem inúmeras etapas, cada uma tendo especificidade científica e tecnológica, exigindo muitas vezes parcerias especializadas. “Essa terceira forma leva, em média, de 15 a 20 anos para obtenção do registro do produto. Todo esse processo é complexo e demanda elevado investimento, de altos custos fixos”, detalha.

95% das vacinas ofertadas na área de imunização no Brasil são ofertadas pelo PNI, então só 5% está na área privada



Nereu Henrique Mansano destaca que além de melhorar a avaliação da cobertura, o sistema de informação do PNI permite o acompanhamento adequado do usuário caso ele mude de unidade de saúde ou perca o cartão de vacinas



Folha de S. Paulo:
Metade dos
jovens brasileiros
entre 16 e 25
anos tem HPV,
estima pesquisa
goo.gl/rDsH6o



O cálculo deste investimento, que se traduz não apenas na garantia de bem-estar da população, através da prevenção, é intangível, conforme explica Mauricio Zuma, ressaltando que a própria Organização Mundial da Saúde estima que, no século XX, a morbidade das doenças preveníveis caiu entre 90% e 100% em consequência do uso de vacinas. “Há também a economia de recursos, ainda mais para um sistema de saúde universal como o brasileiro: ao analisar dados de 94 países e projetar as taxas de vacinação pelo período de 2011 a 2020, pesquisadores da Johns Hopkins University dos EUA concluíram que para cada US\$ 1 investido em vacinas, os países economizam US\$ 16. Os desafios, portanto, são científicos, tecnológicos, acadêmicos, de formação, mas também de ordem política e comunicacional: a sociedade deve manter a compreensão, e o Estado nacional garantir o apoio, de que a produção de vacinas é item prioritário para o país”, finaliza Zuma.

Jovens e Adultos

Levar informação e compreensão à população jovem e adulta, para que entenda que hoje o calendário de vacinação não é só para as crianças, também é um desafio do programa de imunização. O calendário

vacinal acompanhou as transições demográfica, territorial e epidemiológica e hoje abrange todas as faixas etárias, cabendo ao cidadão ir ao centro de saúde e identificar se alguma vacina precisa ser tomada, segundo a coordenadora do PNI. “Se não vacinarmos a também a população adulta de acordo com o calendário, pode acontecer o deslocamento de faixa etária, que é quando a doença que ocorria somente na infância, passa a ocorrer na fase adulta, como é o caso da caxumba, por exemplo, por isso a necessidade de a população até 29 anos tomar as duas doses da vacina”.

Para tanto, faz-se necessária uma gestão mais otimizada e adequada para o atendimento dos jovens, que além de não terem o hábito de frequentar unidades básicas de saúde, têm resistência para tomar as vacinas. Foi o que ocorreu com a vacina contra o HPV (papilomavírus humano) que levou em conta a problemática da questão de que os jovens não se dirigem aos postos de saúde e por isso foi até as escolas. Ainda assim houve resistência e sobra de vacinas, que passaram a ser aplicadas em grupos não prioritários para que não perdessem a validade. Para questões como estas, é preciso estabelecer estratégias diferenciadas, fazendo palestra para pais, promovendo debates e depoimentos e realizando ações em locais predominantemente frequentado por jovens. “A vacinação não pode se dar apenas nos centros de saúde, com essa ampliação do programa e esse escopo você tem que ter ações diferenciadas para toda a população”, completa Domingues.

A importância da comunicação

O programa brasileiro de imunização tem 44 anos e sua atuação é marcada pela recomendação da sociedade científica. A inserção de vacinas só é possível após análise de arcabouço teórico e científico, estudos e validação. “Essa é, sem dúvida, a fonte mais segura para busca de informações e nosso papel frente a esses



Alexander Roberto Precioso acredita ser necessária a divulgação dos benefícios da imunização e também da disponibilidade de vacinas no SUS

grupos é mostrar que a vacina é segura e eficaz, que passa por um processo rígido de validação e de controle de qualidade tanto pelas agências reguladoras quanto pelo Programa Nacional de Imunização”, reitera a coordenadora do PNI. Ela completa dizendo que o rigoroso controle de qualidade visa assegurar a segurança da vacina para que ela realmente proteja as pessoas, fomentando a compreensão de que a imunização traz muito mais benefícios do que riscos para a população.

Para tanto, faz-se imprescindível aprimorar a comunicação com a população e com os profissionais de saúde, seja nas Unidades Básicas ou por meio da ação dos Agentes Comunitários de Saúde, pois a unificação das informações corretas e seguras dentro do SUS é fundamental. “O médico não pode deixar dúvida e muito menos dizer que não se deve tomar a vacina no SUS. Ele é o maior formador de opinião, por isso, cada vez mais há necessidade de atualizar os profissionais de saúde, responsáveis pela orientação correta e adequada. Também precisamos de mecanismos de formação de opinião nos nossos *sites* e diversos meios

digitais de comunicação e, nesse aspecto, é fundamental o papel do Ministério da Saúde, do CONASS, do Conasems e de toda a rede do SUS, seja nos conselhos de saúde e nas sociedades científicas. A imprensa também tem papel fundamental e é uma grande aliada no que concerne à prestação de serviços relacionados à saúde das pessoas”, destaca Carla Domingues.

As secretarias municipais e estaduais de saúde têm papel muito importante, pois estão mais perto dos usuários. “Ao contrário do que pregam alguns movimentos, a vacina está cada vez mais segura e tem aumentado seu escopo”, destaca Felix, sugerindo que a comunicação com a população deve ser clara, enfatizando a segurança da vacina, que não se produz de uma hora para outra. ■

Programa Nacional de Imunizações

O SUS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), oferece todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Calendário Nacional. Atualmente, são disponibilizadas pela rede pública de saúde, de todo o país, cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos ao ano, para combater mais de 19 doenças, em diversas faixas etárias.

Ao longo do tempo, a atuação do PNI, ao consolidar uma estratégia de âmbito nacional, apresentou consideráveis avanços. As metas mais recentes contemplam a eliminação do sarampo e do tétano neonatal, além do controle de outras doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche e tétano acidental, hepatite B, meningites, formas graves da tuberculose e rubéola, assim como a manutenção da erradicação da poliomielite.

CUIDADOS PALIATIVOS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE

TATIANA ROSA

Aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares é um dos propósitos da prática ainda pouco difundida no Brasil

Certamente você já ouviu falar de Cuidados Paliativos e talvez os tenha associado àqueles cuidados dados aos pacientes que estão à beira da morte. Este é, segundo o presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o médico Daniel Forte, o maior equívoco que as pessoas cometem ao se depararem com o assunto. “No Brasil, as pessoas ainda estão com um conceito muito antigo do que são cuidados paliativos e ainda acham que é algo para quem está morrendo”, disse, afirmando em seguida que os cuidados paliativos são basicamente uma competência para cuidar do sofrimento de quem tem uma doença grave.

Para o médico, essa concepção equivocada pode ser o motivo de o Brasil ser tão mal classificado em Cuidados Paliativos, segundo dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). “A OMS fez um levantamento da qualidade desse serviço oferecido no mundo, e o Brasil é classificado apenas com iniciativas isoladas. São poucas as pessoas que os fazem e normalmente elas fazem contra tudo e contra todos, com o apoio de alguns poucos gestores que conseguem enxergar mais longe”, observou Forte.

Mesma opinião tem a geriatra do Hospital Albert Einstein Ana Cláudia Arantes. “Existe um enorme preconceito em relação à prática do cuidado paliativo. As pessoas acreditam que ele se encaixa em um momento em que não há mais nada a se fazer pelo paciente. Essa situação de não ter nada para fazer é tão temida pela família e também pelo médico que está cuidando do paciente que eles acabam não falando sobre isso”, alertou.

Daniel Forte acredita que, ainda que a política oncológica aborde os cuidados paliativos, falta uma política de saúde voltada para essa questão. Ele afirmou que a ANCP está trabalhando no sentido de construir uma Política de Cuidados Paliativos e observou que o Ministério da Saúde reativou um grupo de trabalho sobre o assunto e que este se reuniu ao longo de todo o ano de 2017.

Questionado sobre como o Ministério da Saúde tem abordado essa questão, o coordenador geral de Atenção Especializada/DAET/SAS/MS, Sandro Martins, ressaltou que a abordagem voltada para aliviar o sofrimento quando a cura não é possível é consagrada na medicina, sendo amplamente aplicada por profissionais, mas observou que a

sistematização do cuidado multiprofissional ainda é incipiente.

Ele explicou que a Academia Nacional de Cuidados Paliativos e o Ministério da Saúde têm dialogado no sentido de fundamentar bases técnicas para organização dos serviços que prestam cuidados paliativos no país. “Uma proposta formal deve estar disponível para debate entre gestores públicos, responsáveis últimos pela concretização de políticas de saúde, ainda no 1º semestre de 2018”, afirmou.

O vice-presidente do CONASS na Região Norte, Vitor Manuel Jesus, visitou, em novembro deste ano, uma unidade de Cuidados Continuados e Paliativos em Portugal e explicou que lá a rede foi construída no Sistema Nacional de Saúde (SNS). “Ter isso constituído dessa forma permite consideravelmente diminuir a hospitalização, as interações sociais que acontecem na maior parte dos países e também ter uma melhor integração do paciente com os familiares, já que nessas unidades de cuidados continuados é

permitido esse acesso, ou seja, uma abertura de cuidados que passam a ter coparticipação da família e uma nova abordagem junto aos pacientes”, destacou.

Desafios

Para o presidente da ACNP é preocupante o fato de que as autoridades não tenham ainda dado o devido valor aos cuidados paliativos, uma vez que, em termos de medicina baseada em evidências, os dados comprovam que, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, os cuidados paliativos reduzem o uso de recursos na saúde. “As evidências mostram que eles agregam valor para o Sistema Único de Saúde, mas infelizmente as autoridades do nosso país ainda não se convenceram em investir em cuidados paliativos para conseguir ter esse retorno de valor para o sistema”, lamentou.

Para o secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal e vice-presidente do CONASS na Região Centro-Oestes, Humberto

14 de Outubro

DIA MUNDIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS



Campanha da ANCP para o Dia Mundial de Cuidados Paliativos: uma data de ação unificada para apoiar os Cuidados Paliativos em todo o mundo

Fonseca, existem uma série de procedimentos que não beneficiam o paciente e as famílias, conseqüentemente gerando grande custo para a rede de saúde. “Investir em cuidados paliativos não é só algo que faz bem para os pacientes e suas famílias, faz bem para os profissionais que compreendem esse processo da morte que faz parte da vida, mas também têm um impacto muito grande em saúde pública”.

No Distrito Federal, o Hospital de Apoio tem uma ala inteira especializada em cuidados paliativos com equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, técnica de enfermagem, voluntários etc. O secretário explicou ainda que há um programa de residência em medicina paliativa que foi uma das três primeiras do Brasil. “Além de reabrir esta ala no Hospital de Apoio, nós também inserimos os cuidados paliativos geriátricos que avançaram em relação aos cuidados paliativos exclusivamente oncológicos”, comemorou.

Para o coordenador do DAET/SAS/MS, Sandro Martins, sem dúvida a oferta de cuidados paliativos de modo integrado às linhas de cuidado e programas de saúde é uma necessidade. “Ainda engatinhamos nos esforços, por exemplo, de proporcionar acesso adequado ao controle de dores crônicas, fator dos mais debilitantes e incapacitantes para pessoas doentes”.

Segundo Martins, a necessidade de serviços especializados em cuidados paliativos, para tratar condições mais complexas e que requerem profissionais com capacitação específica, a abordagem de cuidados paliativos precisa se fazer presente em cada equipe de saúde da família, centro de saúde, consultório especializado ou hospital, em todo o país.

A assessora técnica do CONASS Maria José Evangelista explicou que alguns pontos

precisam ser regulamentados, como a Política de acesso e controle de medicamentos analgésicos, a delimitação das funções de cada nível de atendimento (Unidade Básica de Saúde, Hospital e Domicílio) e a formação dos profissionais de saúde.

Sobre uma Política Nacional Norteadora de Cuidados Paliativos, a assessora explicou que ela precisa ser baseada em um tripé que incentive a integração dos cuidados paliativos na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS); promova a formação dos profissionais de saúde, de voluntários e do público geral; e garanta a disponibilidade dos medicamentos essenciais para o manejo da dor e outros sintomas físicos e psicológicos, em especial os analgésicos opioides.

Já a médica Ana Cláudia Arantes, destacou que a educação é um grande desafio, uma vez que a sociedade, os médicos e os profissionais de saúde precisam ser capacitados para oferecerem melhores condições de saúde para esses pacientes.

Ela também falou sobre os recursos humanos e destacou que para fazer Cuidados Paliativos é necessário, além dos médicos, uma equipe minimamente qualificada que tenha formação para atender a necessidade do paciente”.

Para o vice-presidente do CONASS na Região Norte e secretário de Estado da Saúde do Pará, Vitor Manuel Jesus, é iminente que o Brasil implante uma política de cuidados paliativos. “Precisamos de um consenso entre CONASS, Conasems e Ministério da Saúde, para a construção de uma política que venha atender essa necessidade, visando principalmente montar essa rede de cuidados continuados e paliativos que passa consideravelmente a ser uma inovação no que diz respeito à política pública de saúde”, finalizou. ■

“Proteger. Esse é o significado de paliar, derivado do latim pallium, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. Por esse motivo, quando ouvir que você ou alguém que conhece é elegível a cuidados paliativos, não há o que temer”.

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos



INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL DE LISBOA E CONASS REALIZAM SEMINÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS E SISTEMAS DE SAÚDE

ADRIANE CRUZ

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (IHMT) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizaram, nos dias 6 e 7 de novembro de 2017, o Seminário Luso-Brasileiro sobre Organização e Avaliação dos Cuidados e Sistemas de Saúde, em Lisboa, Portugal, com o objetivo de promover a discussão sobre a temática, considerando a experiência portuguesa e a cooperação entre as duas instituições na formação em avaliação de políticas e programas de saúde.

O assessor técnico do CONASS, responsável pela área de Relações Internacionais do Conselho, professor Fernando Cupertino, explica que a missão à Portugal teve duas partes – a participação no seminário, no qual discutiu-se as formas de remuneração dos profissionais do serviço de saúde; a contra-

tualização; e a problemática da organização dos cuidados continuados e dos cuidados paliativos e após o seminário, a equipe fez uma agenda de visitas no intuito de ver a prática das questões debatidas do ponto de vista teórico e conceitual durante o seminário. “Fomos recebidos na Agência Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que é uma área metropolitana e grande regional de saúde, onde tivemos uma conversa técnica que nos mostrou a sistemática da contratualização com os hospitais, os indicadores etc. Em seguida, visitamos uma Unidade de Saúde da Família, onde pudemos ver o funcionamento do prontuário eletrônico e da utilização das tecnologias de informação, tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários”, relata Cupertino.



Vitor Manuel (SES/PA), René Santos (CONASS), Luís Pisco (Agência Regional de Saúde de Lisboa/Vale do Tejo), Maria José Evangelista e Fernando Cupertino (CONASS)

A equipe também visitou uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, onde foi apresentada a Rede Portuguesa de Cuidados Continuados e Integrados. A comitiva visitou ainda um Agrupamento dos Centros de Saúde, organismo que gere os diferentes tipos de saúde em APS e que, fora do âmbito hospitalar, reúne serviços profissionais de apoio.

O vice-presidente do CONASS na Região Norte, secretário de saúde do Pará, Vitor Manuel, reiterou a importância de conhecer os tipos de unidade que estão sendo implantadas em Portugal visando a constituição de uma Rede de Cuidados Continuados e Paliativos. A visita e a participação no seminário, além de

estreitar os laços entre os dois países no que concerne à organização dos seus sistemas de saúde, serviu como subsídio para o desenvolvimento de ações previstas no planejamento do CONASS em temas como contratualização de serviços na Atenção Primária e Hospitalar; organização de serviços de cuidados paliativos; e definição de novas formas de remuneração dos profissionais e serviços de saúde.

Por meio da assessoria técnica, a secretaria executiva do CONASS irá aprofundar a análise das informações e documentos recebidos e, na sequência, serão elaborados conteúdos que servirão de base para a construção de propostas voltadas para os temas abordados no decorrer da visita à Portugal. ■

CONASS reúne autoridades e profissionais de direito em Brasília para debater a judicialização da saúde

TATIANA ROSA

Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS promoveu o debate sobre os impactos da judicialização e a troca de experiências entre os estados

Nos dias 6 e 7 de novembro, a Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS (CTDS) reuniu em Brasília desembargadores, promotores, procuradores, juízes, auditores de tribunais e demais profissionais de direito para debater a judicialização da saúde e suas implicações para o SUS. O encontro teve como objetivo desenvolver processo de integração e troca de experiências entre as Secretarias Estaduais de Saúde e compartilhar informações e a busca por subsídios técnicos para as discussões entre os gestores do SUS.

Os técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) debateram com os convidados temas como judicialização e fraudes, o sistema SCODES, a cooperação técnica com a Procuradoria-Geral do Estado de São Paulo, a aplicação de penalidades pessoais a gestores, entre outros.

O secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, falou sobre a importância da Câmara Técnica, pois é por meio dela que é possível discutir os temas de forma aprofundada, além de subsidiar os secretários estaduais em seus posicionamentos na Assembleia

e na Comissão Intergestores Tripartite. “A judicialização começou a ganhar espaço há alguns anos, mas o debate sobre ela requer organização e pensamento estratégico de atuação, especialmente na comunicação, que atualmente é falha e deve servir de importante instrumento para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”, observou.

Alethele Santos, assessora jurídica e coordenadora da CTDS, destacou que as câmaras técnicas do CONASS são uma das melhores estratégias para estimular a cooperação e mostrar experiências exitosas e para que as pessoas tenham a oportunidade de conhecer as diferentes realidades dos estados.

Nos dois dias do encontro, além de debater o panorama geral da judicialização, o grupo também discutiu temas como o funcionamento do sistema SCODES, desde a chegada da demanda até a análise dos fatos e a detecção de possíveis fraudes; a atuação das procuradorias junto aos tribunais superiores; os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário e os Comitês Estaduais do Fórum Nacional de Saúde, entre outros. Auditores do



Câmara Técnica de Direito Sanitário reuniu, no auditório da Fiocruz em Brasília, autoridades em Direito e técnicos das secretarias estaduais de saúde

Tribunal de Contas da União (TCU) também apresentaram o resultado de três trabalhos realizados pelo TCU: um levantamento sobre judicialização da saúde em 10 estados brasileiros; um levantamento sobre governança e gestão em saúde em todos os estados e municípios e um trabalho sobre gestão da Atenção Básica em Saúde nos estados, municípios e no Ministério da Saúde.

Marcelo Rocha Chaves, secretário de controle externo da saúde do TCU, destacou a importância da aproximação dos órgãos de controle com os gestores de saúde. “Essa é uma oportunidade de conhecer melhor uma realidade que, muitas vezes, não se conhece apenas com a análise de processos”, observou.

Em relação aos trabalhos apresentados, dados mostraram que 72% das demandas estavam na região Sudeste e que dos recursos transferidos pelos estados e municípios 54% eram em função de um medicamento específico. Chaves ressaltou que foram recomendadas ao Ministério da Saúde algumas medidas como a criação de rotinas para a fiscalização dos trabalhos, o estabelecimento de objetivos e metas que permitam gerenciamento eficaz sobre a judicialização, o compartilhamento dessas informações com a Receita Federal e o Ministério Público Federal, a criação de orientações para os juízes em casos que o exigirem em função das especificidades de medicamentos ou de procedimentos de forma e a regulamentação do ressarcimento entre entes.

A reunião contou ainda com a participação inédita da Câmara Técnica do Colégio Nacional de Procuradores Gerais dos Estados e do DF (CNPGEDF). Ulisses Schwarz Viana, procurador do estado do Mato Grosso do Sul e presidente da CNPGEDF, observou uma mudança de paradigma na atuação dessas procuradorias que antes atuavam de forma isolada e agora passaram a atuar coletivamente, auxiliando o Judiciário com a visão do estado sobre questões que têm gerado controvérsia

social como a oferta de medicamentos, por exemplo. “É uma forma de a advocacia pública estar presente de forma coordenada e racionalizada”, esclareceu.

Alethele Santos enfatizou a importância da participação do colégio de procuradores. “É muito importante essa aproximação do vocabulário da saúde a esses procuradores. Isso aumenta a nossa *network* e as possibilidades de cooperação”.

Já sobre a penalização pessoal do gestor, o promotor do Ministério Público de São Paulo, Arthur Pinto Filho, afirmou que há desconhecimento, pois não se pode imaginar que todo descumprimento de ordem judicial seja, de forma imediata, por desobediência. “A desobediência, para caracterização, exige o dolo, ou seja, a livre e consciente vontade do agente em não cumpri-la. No entanto, se a decisão não é cumprida por que não é possível naquele momento, não se pode caracterizar um crime de desobediência”, ratificou.

Renato Dresh, desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, afirmou que o Judiciário precisa compreender o impacto da judicialização da saúde para então encontrar meios de otimizar as demandas judiciais. Dresh também defendeu ser necessário que o Judiciário compreenda o impacto dessas demandas.

“Apesar de a Constituição Federal assegurar de fato a saúde como direito humano fundamental, ainda assim é preciso compreender o impacto da judicialização, bem como também é necessário compreender as políticas públicas”.

A coordenadora da CTDS avaliou positivamente o resultado das discussões. “Fiquei muito feliz com a participação em peso das SES. Os secretários designam técnicos muito qualificados para participarem desse grupo e acredito que devemos fazer mais o intercâmbio com câmaras técnicas de outras entidades e até mesmo entre nós”, concluiu. ■



Na página do CONASS na internet é possível assistir ao que alguns dos participantes da Câmara Técnica falaram sobre a judicialização da saúde e suas implicações para o SUS. Confira o Especial Judicialização da Saúde disponível em goo.gl/Hr3aDj



GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Parceira entre o setor privado, estados e municípios deve ter como pilares a transparência e qualidade dos serviços prestados

ADRIANE CRUZ, COM INFORMAÇÕES DO IBROSS

O seminário “Organizações Sociais de Saúde: transparência e eficiência”, realizado no dia 9 de novembro de 2017, numa parceria entre Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), reuniu representantes de OSs de todo o Brasil, convidados especialistas, profissionais e gestores interessados no tema.

O evento teve como objetivo abrir o diálogo com os órgãos de controle e gestores públicos, visando aperfeiçoar a modalidade e garantir à população um serviço público de qualidade. Participaram da abertura o ministro da saúde, Ricardo Barros, o presidente do Ibross, Renilson Rehem, o CEO do Hospital Oswaldo Cruz, Paulo Bastian, os secretários estaduais de Saúde de Goiás, Leonardo Vilela, e de São Paulo, David Uip, além do secretário municipal da Saúde de São Paulo, Wilson Pollara e do presidente da Associação Brasileira das Organizações Sociais de Cultura (ABRAOSC), Luís Sobral.

Renilson Rehem, afirmou o compromisso do Ibross com a transparência da utilização dos recursos públicos e com a qualidade dos serviços prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com o poder público nas diferentes esferas de governo. “Por isso é importante destacar a parceria com o CONASS, para avançarmos no diálogo com as secretarias estaduais, municipais e com os órgãos de controle para que a gente possa ter serviços de qualidade e bom uso do recurso público”, enfatizou.



Gestores e órgãos de controle debatem sobre a gerência de serviços de saúde por OSs

Representando o CONASS, o secretário de Saúde de Goiás, Leonardo Vilela, falou que a aceitação das OSs no Brasil é resultado do controle e transparência que permitem à sociedade criticar e avaliar a competência dessas organizações. “Assim podemos desmistificar preconceitos e mostrar os resultados dessa importante parceria para a gestão do SUS”. Vilela também apresentou os dados da gestão por OSs em Goiás e listou aqueles que considera os seus pilares: “Bom arcabouço jurídico, lei estadual, qualificação e certificação das OSs, termo de referência eficiente para uma melhor seleção, contrato de gestão sólido, controle, transparência e diálogo com órgãos de controle”.

Os palestrantes enfatizaram que o modelo de parceira entre o setor privado, estados e municípios para gerência de serviços de saúde deve ter como pilares a transparência e qualidade dos serviços prestados.

O encerramento do encontro foi feito pelo Senador José Serra, que destacou os principais pontos do Projeto de Lei n. 427, de sua autoria, que tem como propósito modernizar a legislação sobre as Organizações Sociais, aperfeiçoando os contratos de gestão firmados com as três esferas de governo. O projeto também amplia o prazo máximo de vigência dos contratos para até 20 anos, de modo a aumentar a previsibilidade da prestação dos serviços, seguindo o interesse público. ■

*A consolidação do arcabouço infralegal do SUS: o enfrentamento necessário**

MARIA CÉLIA DELDUQUE

Advogada, Doutorado em Saúde Pública pela FSP/USP e Pós-doutorado em Direito pela Universidad de Cantabria, Espanha. Coordenadora do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz Brasília-FIOCRUZ.

MARCIO IORIO ARANHA

Professor Associado de Direito Constitucional e Administrativo da Faculdade de Direito da UnB. Coordenador do Núcleo de Direito Setorial e Regulatório da Faculdade de Direito da UnB e Diretor do Centro de Políticas, Direito, Economia e Tecnologias das Comunicações da UnB.

JOÃO ALBERTO LIMA

Analista de Sistemas do Prodasen (Senado Federal), mestre em Engenharia de Software, doutor em Ciência da Informação, doutorando em Direito (UnB).

* A equipe que compôs o projeto, em ordem alfabética: Alethele Santos, Amanda Espiñeira, Andreson de Paula, Ana Luisa Carvalho, Edilenice Passos, Everton Montenegro, Fabio Likima, Fernanda Terrazas, Isabella Arruda, João Alberto Lima, Julio Ferreira, Lauro Araújo, Lenir Santos, Letícia Campo, Lucas de Araújo, Lourdes Almeida, Luiz Carlos Romero, Marcio Iorio Aranha, Maria Celia Delduque, Maria Ester Rodrigues, Nathália de Carvalho, Orlando da Silva Jr, Paulo Ferreira, Tharcísio Mendonça e Valeria Salgado.

A decisão política para a solução de problemas é expressa em determinações legais como decretos, resoluções, leis e portarias. Isso porque todo o jurídico aspira ao político e todo político pressupõe e reclama de alguma forma o jurídico. Ambos confluem em um mesmo e único objeto de observação: “o Estado, sujeito simultaneamente político e normativo” (BUCCI, 2006).

Assim é que “governar não se restringe à administração da conjuntura, mas planejar o futuro por meio de políticas de médio e longo prazo” (COMPARATO, 1997). É desse modo que a política pública visa produzir efeitos, realizar objetivos e proporcionar bens e serviços à população.

Mas se é verdade que o interesse público, no moderno Estado de Direito, está definido na vontade da sociedade expressa em textos normativos, então a política pública é expressão de uma vontade social e, como tal, reclama o arcabouço legal que lhe possibilite a transformação do fático ao normativo. Por isso, as políticas públicas têm uma dimensão jurídica, porque estão inscritas no direito e decididas por leis financeiras ou leis-programas.

Assim, a política pública tem suporte legal que pode ser expresso na Constituição, na lei *stricto sensu* e nas normas infralegais. Por isso é que, no campo do conhecimento das chamadas políticas públicas, é requerido a organização de seu alicerce normativo que deve ser coerente, disponível e sistemático.

No campo da saúde, a autoridade competente para a emissão e sistematização desse arcabouço normativo infralegal é o Ministério da Saúde, que, por meio das portarias ministeriais, organiza a política pública e transforma o jurídico em fático, atendendo aos princípios e às diretrizes constitucionais e legais.

Essa é forte razão para que a ossatura normativa mereça um tratamento organizativo moderno e atual, com o propósito de não apenas dar publicidade a essas informações infralegais, mas orientar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo sistematizado, facilitador da correta aplicação da norma e sua interpretação.

Até há pouco tempo, a miríade das portarias do Ministério da Saúde tornava o trabalho dos formuladores de políticas

públicas e dos executores de tais políticas um campo inóspito e de difícil assimilação. Para o cidadão, que é a principal razão da atuação ministerial, a ausência de uma normatização consolidada constitui-se em mais um obstáculo para o exercício do direito fundamental à saúde, sem falar na magistratura nacional que, diante de casos concretos, via-se na condição de fundamentar as decisões em arcabouço legal e constitucional, visto haver pouca clareza no sistema normativo infralegal do SUS, para sua aplicação judicial.

Desse modo é que foi fundamental estruturar o conjunto de normatização secundária federal oriundo de portarias do Ministério da Saúde, consideradas relevantes, em grandes temas dispostos em uma norma consolidadora, a fim de possibilitar a construção de um modelo institucional do SUS.

Além do benefício esperado de maior clareza proporcionada pela estruturação das normas reguladoras do SUS em conjunto consolidador – um verdadeiro modelo institucional –, a consolidação das portarias normativas do SUS visa dar maior transparência e certeza jurídica, beneficiando os órgãos da Administração Pública brasileira, tanto em nível federal quanto estadual e municipal, bem como os atores envolvidos no setor de saúde como prestadores de serviços e usuários, enfim, toda a sociedade brasileira, que reconhece no SUS a mais importante política pública do setor.

O esforço de consolidação com base no molde consolidador definido pelo art. 13, § 2º, da Lei Complementar (LC) n. 95/1998, configurou-se em passo necessário ao alcance do desiderato nela previsto ao se reunir, em poucos documentos normativos, todo o conjunto normativo secundário pertinente ao rol de grandes temas relevantes para a atividade normativa do SUS, em um documento codificado.

Todos os envolvidos e compromissados com a saúde no Brasil sofriam com a difusão de normas e proliferação de subdivisões normativas despidas de estrutura institucional própria à complexidade do setor, dificultando sobremaneira a fixação de regras jurídicas claras e seguras, a produção de decisões judiciais concertadas com as políticas de saúde brasileiras e, finalmente, a compreensão dos direitos e deveres de todos os cidadãos/usuários do SUS para apropriação social do sistema.

Por isso a dimensão e complexidade das normas analisadas, revogadas e consolidadas recomendou que todo o processo fosse apoiado por um método consolidador que contemplasse controle e segurança das etapas de cadastramento de normas e geração de matriz consolidadora.

Além da estrutura tecnológica em que se assentou o trabalho, a hercúlea tarefa de consolidar mais de 20.000 portarias Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS), utilizou-se de método de organização da informação jurídica apoiado em contribuições do institucionalismo jurídico clássico (ROMANO, 2008), do positivismo jurídico (RAZ, 1970; HART, 1982), da filosofia da linguagem (SEARLE, 1969), da ontologia (SMITH, 2003), e, finalmente, mas não por último, do neoinstitucionalismo (MACCORMICK, 1986; RUITER, 2001).

Assim é que, ao considerarmos a instituição como uma unidade componente de um ordenamento jurídico, percebemos que surge nova entidade posicionada entre os textos das disposições e das normas jurídicas propriamente ditas. Essa entidade, a instituição, como ensinado por MacCormick (1986, p. 53), tem capacidade sistematizadora dupla: permite lidar tanto com a complexidade como com a extensão de determinado ordenamento.

Além de ser um fato institucional, a norma jurídica, mediante declarações, pode definir novos tipos de instituições, que moldam

o convívio social pela definição de padrões de comportamento. Por exemplo: determinada política pública de saúde pode criar ou determinar a criação de novas instituições – programas, comissões de assessoramento, redes de serviços, sistemas de informação etc. – para a consecução dos seus objetivos.

O método também teve a função de garantir que a norma consolidadora fosse estruturada conforme os requisitos mais avançados de técnica legislativa e que fosse acompanhada das referências analíticas das normas de origem, preservando-se as referências das normas revogadas no produto final.

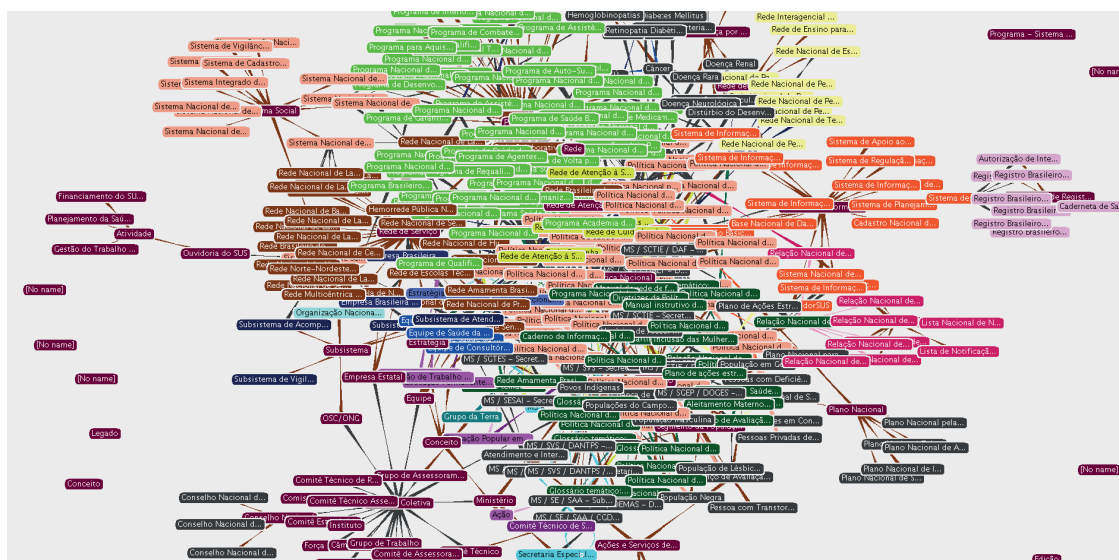
A geração da Matriz de Consolidação, produto final do trabalho, algo inexistente no país, tendo sido a Saúde o primeiro setor da Administração Pública a atender ao disposto na LC n. 95/1998 e na Constituição Federal, foi precedida de pesquisa de ponta na inter-

secção entre as áreas de Direito, Informação e Tecnologia da Informação.

É, assim, um Sistema Consolidador que deverá ser utilizado como instrumento contínuo de consolidação de todas as normas do Ministério da Saúde vindouras, a solução de tecnologia da informação para contínua atualização da norma consolidadora *ad infinitum*.

O levantamento teve como marco temporal inicial o início de vigência da Lei n. 8.080, isto é, 19 de setembro de 1990,¹ e como marco temporal final a data mais próxima da última publicação das portarias consolidadas, ou seja, 3 de outubro de 2017, data da publicação do Diário Oficial da União com as seis portarias de consolidação. É bom que se diga que fizeram parte do universo apenas as portarias pertinentes ao SUS, de caráter normativo e de origem no Gabinete do Ministro da Saúde, as conhecidas Portarias GM/MS.²

Figura 1. Aparência da estrutura normativa do SUS anterior à consolidação



1 O marco temporal de início não impediu a inclusão de portarias de caráter normativo vigentes anteriores a 19 de setembro de 1990. A portaria mais antiga incluída na consolidação foi a Portaria GM/MS n. 635 de 26 de dezembro de 1975, que aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano.

2 Está prevista para 2018/2019 a continuidade do projeto para a consolidação das portarias originárias nas Secretarias do Ministério da Saúde.

De um total de 20.000 portarias encontradas apenas na definição de Portarias GM/MS, após uma sistemática leitura e separação das normas, chegou-se a um universo de 750 portarias normativas, entre políticas, redes, sistemas, estrutura e financiamento do SUS.

Nota-se que a figura 1 representa o formato de organização das portarias normativas do SUS, demonstrando ser um sistema pouco amigável ao interessado em consultar o regramento do SUS. O amontoado de normas não estimulava a consulta e tampouco a compreensão do sistema normativo ao revés, revelava-se muito pouco satisfatório à consulta dos interessados, gestores e cidadãos, podendo inclusive levar à aplicação equivocada da regra jurídica.

A figura 2 demonstra o resultado do trabalho de consolidação, organização sistematizada das 750 portarias normativas, demonstrando que a estrutura jurídico-legal do sistema está organizado em apenas seis portarias, consubstanciadas nos seguintes temas: organização e funcionamento, políticas, redes, sistemas, ações e serviços e financiamento, respectivamente.

Como dizia o fundador da psicologia cognitiva, George Miller (1956), há um número ótimo máximo de subdivisões com as quais o ser humano consegue lidar e processar com tranquilidade, sem perder a noção de unidade do todo. Ele tratava de sete, mais ou menos dois. A Consolidação das Normas do SUS foi concebida em seis partes, compostas por duas

Figura 2. Situação da consolidação das portarias GM/MS, a partir de setembro de 2017



portarias de consolidação diretivas, sobre os direitos, deveres, organização, funcionamento e políticas do SUS; duas portarias de consolidação estruturantes, sobre redes e sistemas do SUS; e duas operacionais, sobre ações e serviços de saúde e financiamento do SUS. Nesse formato, tem-se não somente um produto de organização da informação jurídica pautado pelo que há de mais avançado em técnicas de estruturação institucional do Direito, como, finalmente, na história do SUS, um conjunto

normativo facilmente apreensível pelas instâncias pactuadoras do SUS, pelo profissional da saúde, pelo gestor municipal e estadual, pelo formulador e executor de políticas públicas de saúde nas três esferas federativas, enfim, pelo cidadão que, a partir deste ano de 2017, tem condições de visualizar o conjunto normativo infralegal da saúde e, compreendendo-o, apropriar-se dele como construto da sociedade brasileira merecedor de atenção constante. ■

REFERÊNCIAS

- BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em Direito. In: BUCCI, M. P. D. (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- COMPARATO, F. K. *Para viver a democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- HART, H. L. A. *Essays on Bentham: Jurisprudence and political philosophy*. Oxford: OUP, 1982.
- MACCORMICK, N.; WEINBERGER, O. *An institutional theory of law*. Dordrecht: Springer Science & Business Media, 1986.
- MILLER, G. A. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, vol. 63, 2, p. 81–97, 1956.
- RAZ, J. *The concept of a legal system*. Oxford: Clarendon, 1970.
- ROMANO, S. *O ordenamento jurídico*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.
- RUITER, D. W. *Legal institutions*. Dordrecht: Springer, 2001.
- SEARLE, J. R. *Speech acts: an essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press, 1969
- SMITH, B. John Searle: *From speech acts to social reality*. In: _____. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. v. 1, p. 34-51

curtas

No dia 6 de outubro, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM n. 2.566, que institui **Núcleo de Judicialização** com a finalidade de organizar e promover o atendimento das demandas judiciais no âmbito do Ministério da Saúde, compreendendo como tal as ações judiciais que tenham por objeto impor à União a aquisição de medicamentos, insumos, material médico-hospitalar e a contratação de serviços destinado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A portaria pode ser acessada na íntegra em: <https://goo.gl/Dbf41>



Em novembro o CONASS instituiu a **Câmara Técnica de Qualidade e Segurança do Paciente (CTQSP)** com o objetivo de contribuir com a Secretarias Estaduais de Saúde na implantação/implementação e aperfeiçoamento das práticas de segurança do paciente, por meio de discussões técnicas e troca de experiências.

O Brasil aumentou o diagnóstico e o tratamento para o HIV. É o que mostra o **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**, lançado pelo Ministério da Saúde, no final do mês de novembro. Segundo os dados apresentados no documento, o número de pessoas diagnosticadas com a doença aumentou 18% e o acesso ao tratamento, 15%. Também se observou redução da circulação do vírus no sangue dos tratados, indicando sucesso dos medicamentos ofertados no SUS. O relatório pode ser acessado pelo link: <https://goo.gl/8weWbr>



No dia 21 de novembro, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Ministério da Saúde lançaram o **projeto e-NatJus**, uma ferramenta com subsídios técnicos para apoiar o judiciário nas decisões relacionadas à saúde em todo o país, na qual os magistrados terão acesso a pareceres técnicos da área da saúde para apoiar suas decisões. Todos os procedimentos e medicamentos, incorporados ao SUS, estarão disponíveis à consulta no portal do CNJ (<http://www.cnj.jus.br/>). A medida é resultado de uma parceria entre o CNJ, o Hospital Sírio-Libanês, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi), com a coordenação do Ministério da Saúde.

A Lei Federal n. 13.504, de 7 de novembro de 2017, criou o **Dezembro Vermelho**: uma Campanha Nacional de Prevenção ao HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis. Com foco na prevenção, assistência, proteção e promoção dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids, a campanha prevê a realização durante todo o mês de dezembro de atividades e mobilizações, tais como iluminação de prédios públicos com luzes na cor vermelha; veiculação de campanhas de mídia; palestras e atividades educativas; e promoção de eventos.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga

twitter.com/CONASSoficial



Curta

facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2017/2018

PRESIDENTE

Michele Caputo Neto (PR)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: José Iran Costa Júnior (PE); **Região Norte:** Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); **Região Centro-Oeste:** Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF); **Região Sudeste:** Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior (RJ); **Região Sul:** João Gabbardo dos Reis (RS)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Claudia Luciana de Sousa Mascenas Veras (PB); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); George Antunes de Oliveira (RN)
Suplentes: Marcos Esner Musafir (TO); Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: Henrique Jorge Javi de Sousa (CE)

ANS: Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ), e René Santos (CONASS)

Anvisa: Humberto Lucena Pereira da Fonseca (DF), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: Michele Caputo Neto (PR), Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (CONASS)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2017

Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB); David Everson Uip (SP); Fábio Vilas Boas (BA); Florentino Alves Veras Neto (PI); Francisco Deodato Guimarães (AM); Gastão Valente Calandrini de Azevedo (AP); Gemil Júnior (AC); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); José Almeida Lima (SE); José Iran Costa Júnior (PE); João Gabbardo (RS); Leonardo Vilela (GO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Luiz Antonio Vitorio Soares (MT); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marcos Esner Musafir (TO); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Paulo Bastos Linhares (RR); Ricardo de Oliveira (ES); Vicente Caropreso (SC); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); Williames Pimentel (RO)



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

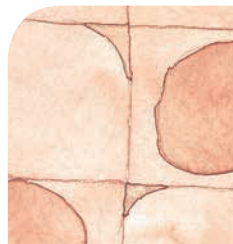
IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

TIRAGEM

3.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.



Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde





Opiniões, sugestões e pautas
Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br


Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF


Siga o CONASS nas redes sociais!




 facebook.com/conassoficial

 flickr.com/conass

 twitter.com/conassoficial

 slideshare.net/conass

 youtube.com/conassoficial

 conass.com.br