



O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Uma boa-tarde a todas e a todos.

Srs. Deputados, Sras. Deputadas, senhores convidados, declaro aberta a presente reunião.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pela Internet no sistema da Câmara. Informo ainda que as imagens e áudios estarão disponíveis para serem baixados na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos e que as fotos do evento serão disponibilizadas no banco de imagem da *Agência Câmara*, na página da Câmara. Informo que as filmagens da *TV Câmara* poderão ser solicitadas à Secretaria desta Comissão.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 302, do Deputado Odorico Monteiro, subscrito pelos Deputados Dr. Sinval Malheiros, Geraldo Resende, Dr. Jorge Silva e Carmen Zanotto.

Estão presentes aqui o Deputado Geraldo Resende e a Deputada Carmen Zanotto.

O objetivo nosso é avaliar e debater o Programa Nacional de Imunizações.

Convido para compor a Mesa: a Dra. Carla Magda Allan Santos Domingues, Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações; o Dr. Hisham Mohamad Hamida, Secretário Municipal de Saúde de Pirenópolis, bela cidade, representando o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS; o Dr. Jurandi Frutuoso, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS; e o Dr. Artur Timerman, Presidente da Sociedade Brasileira de Dengue e Arboviroses.

Comunico aos senhores membros desta Comissão que cada convidado terá o prazo de 15 minutos para fazer sua exposição, prorrogáveis a juízo desta Presidência, não podendo ser aparteado. Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo, não sendo permitido ao orador interpelar quaisquer dos presentes.

Rapidamente, antes de passar a palavra à Sra. Carla, eu queria só fazer uma pequena introdução sobre a importância deste debate. Na realidade, como infelizmente nós tivemos um semestre pouco produtivo nas Comissões — eu acho que esta é uma das coisas que nos deu um sentimento de prejuízo —, em função de um conjunto de questões que nós enfrentamos anteriormente e estamos enfrentando ainda hoje, evidentemente



sobre este tema há vários requerimentos a ser debatidos e discutidos nesta Comissão de Seguridade Social e Família.

Fizemos um acordo de procedimentos na Comissão e, em função dele, estamos fazendo audiências públicas com no máximo quatro debatedores.

Há alguns requerimentos específicos em relação a algumas vacinas, mas entendemos que seria melhor, antes de discutir incorporação de vacina para determinada doença, determinada situação, que fizéssemos uma audiência pública sobre o estado geral do Programa Nacional de Imunizações — PNI. Entendemos que hoje o Brasil não só é o único país do mundo com mais de 200 milhões de habitantes que tem um sistema universal de saúde, mas também tem, sem dúvida nenhuma, um dos melhores programas de imunização do mundo, um programa literalmente universal.

Há várias pesquisas de opinião avaliando o sistema de saúde, e, se existe uma área do SUS sobre a qual há quase um consenso da população brasileira, é a vacina. Quando as pessoas são perguntadas sobre o que reconhecem de bom no sistema de saúde brasileiro, a vacina sempre aparece com mais de 90% de aceitação.

Por outro lado, é um programa que enfrenta sempre grandes desafios, até por ter muita credibilidade, ser uma referência. E uma das áreas que mais cresce, do ponto de vista da biomedicina, do complexo produtivo da saúde, é a área de vacinas. Nessa área, sempre existem alguns enfrentamentos. Primeiro, nós temos que aumentar o nosso potencial em inovação. O mundo todo pesquisa, e geralmente nós incorporamos o que vem de fora, mas também temos que pensar em como inovarmos e incorporarmos coisas nossas. Depois que se cria na população a expectativa do que foi feito, como se incorpora isso?

Hoje, quando eu estava dando uma entrevista a um radialista da *TV Câmara*, ele me perguntou: "*Deputado, o PNI brasileiro custa 3 bilhões de reais. Como o senhor avalia isso? É pouco? É muito?*" Isso representa 3% do orçamento, aliás, menos de 3% do nosso orçamento. Vamos pensar no impacto que o programa tem na saúde da população. Temos um orçamento de 110 bilhões de reais, *grosso modo*. Vamos dizer que seja de 100 bilhões de reais — eu estou colocando só o orçamento federal, não estou falando do orçamento dos Municípios e dos Estados. Nós criamos também a tradição de que a vacina é responsabilidade... Evidentemente, quanto ao HPV, na hora em que os Estados começaram a ensaiar para... Eu acompanhei de perto essa discussão. Mas, se



pensarmos que, de 100 bilhões de reais, nós temos 3 bilhões de reais para imunização, diante do impacto que a imunização representa em economia para o sistema do não adoecimento — estou usando só a lógica econômica, sem considerar o que isso representa em termos de qualidade de vida, de óbitos —, essa quantia é pouco. Alguns dizem: *"Ah, mas são 3 bilhões de reais!"* Mas isso é pouco diante do impacto que representa, está certo? Digo isso para não acharem que nós estamos falando de uma conta muito grande. Não, é uma conta pequena diante do orçamento.

Por isso, é importante debatermos e discutirmos não só a parte orçamentária como também a parte de inovação: no que o Brasil está inovando; o que tem sido desenvolvido no nosso parque tecnológico, no complexo produtivo da saúde; o que falta ser incorporado ou poderá vir a ser incorporado; qual é a política nacional de incorporação. Eu acho que essa é outra questão muito debatida e discutida aqui na Casa, até porque esse é um grande desafio.

Eu me lembro bem da época de estudante de medicina, quando eu participava com o Prof. Joaquim Eduardo de Alencar de pesquisas sobre leishmaniose. Eu até brinco com o pessoal dizendo que fui isca para flebótomo. Nós íamos a uma casa onde estava havendo surto e ficávamos ali para o professor pescar. E eu conheci alguns pesquisadores americanos, de Harvard, que estavam fazendo pesquisa para leishmaniose. Já existem grupos que estão na terceira geração. Já morreu a primeira geração, morreu a segunda, e ainda hoje nós não conseguimos uma vacina eficiente para a *Leishmania* humana. Há a questão do cão. Eu até sou Relator de um projeto de autoria do Deputado Geraldo Resende sobre isso, e estamos discutindo o que se incorpora ou não nessa área, porque é um bom debate a ser feito.

Agora, existe a questão das arboviroses. Como um todo, hoje são um grande desafio as arboviroses, a dengue. Eu me lembro de que, durante muito tempo, quando se perguntava quando sairia a próxima fase de vacina, dizia-se: *"Daqui a 5 anos"*. Hoje nós já temos uma vacina que foi reconhecida pela ANVISA e estamos na expectativa da vacina do Butantan contra a dengue.

Então, um pouco do que queremos discutir e debater aqui é o estado da arte do PNI brasileiro, que tem 43 anos. Eu estava no Ministério quando comemoramos os 40 anos do programa. Para nós, foi uma grande festa. Houve uma Comissão Geral em comemoração aos 40 anos do PNI brasileiro, porque para nós ele é um orgulho. Por outro lado, nós



temos que estar atentos, temos que discutir e debater esse programa, que é tão valioso e tão caro.

Eu era residente de um hospital de infectologia quando tétano era um grande problema, quando difteria e sarampo eram um grande problema, e hoje essas doenças desapareceram. Isso é uma coisa muito boa. Mas, queiramos ou não, é um desafio que temos que colocar, diante dos novos avanços tecnológicos.

Feita esta pequena introdução, passo imediatamente a palavra à Sra. Carla Magda Allan Santos Domingues, representante do Ministério da Saúde.

A SRA. CARLA MAGDA ALLAN SANTOS DOMINGUES - Boa tarde a todos. Obrigada, Deputado Odorico, pelo convite para falar do Programa Nacional de Imunizações.

Falar do Programa Nacional de Imunizações em 15 minutos eu acho que vai ser o maior desafio que já tive na minha gestão no Ministério da Saúde. Mas eu vou tentar ser objetiva, para que possamos apresentar um pano de fundo do processo do PNI.

(Segue-se exibição de imagens.)

Primeiro, para falar da avaliação do PNI hoje, é preciso entender o contexto de sua criação.

Como o Deputado Odorico falou, no início, há 43 anos, quando o PNI foi criado, as doenças infantis eram endêmicas no nosso País, com um número de casos e óbitos gigantesco. Quase todos os hospitais tinham enfermarias para essas doenças. Em 1973, foi criado o Programa Nacional de Imunizações. Acredito que a grande força desse programa é que ele já foi instituído a partir de uma lei que deu toda a sua regulamentação, para que sempre fosse uma política de Estado. Independentemente do partido que estivesse gerindo este País, o PNI sempre foi reconhecido como uma política de Estado, sendo sempre prioridade nas ações do Ministério da Saúde.

Em 1977, nós tivemos a primeira portaria do calendário de imunizações. Naquele momento, nós tínhamos só quatro vacinas elegíveis para o programa, apenas para pessoas no primeiro ano de vida. No entanto, foi um grande desafio, porque naquele momento certas ações de imunização eram realizadas por alguns Estados, mas não havia universalidade. Então, o SUS nasce com a implantação de quatro vacinas em todos os Estados brasileiros, para toda a população, apesar de elas serem apenas para pessoas no primeiro ano de vida.



Na primeira década do programa, apesar de nós termos garantida a sustentabilidade do oferecimento dessas vacinas pelo serviço de saúde — naquele momento, ainda não era o SUS —, tínhamos só 38% de cobertura vacinal. Então, eu acho que o primeiro desafio do programa foi não só universalizar a vacinação, mas também garantir o acesso a ela, fazendo com que as crianças brasileiras tivessem elevadas coberturas vacinais.

O primeiro grande movimento do programa foi quando nós começamos a fazer as campanhas nacionais de vacinação. Naquele momento se discutia que campanhas eram dicotômicas em relação às ações de rotina. Dizia-se que, se nós fizéssemos campanhas, não teríamos impacto e, principalmente, iríamos desestruturar as ações de imunização no País. Muito pelo contrário, nós conseguimos num único dia, na primeira campanha, vacinar 18 milhões de crianças. Isso mostrou realmente a capilaridade desse programa e a força da organização. A partir daí, começou-se a avaliar os princípios de uma ação coparticipativa e a descentralização das ações de saúde. Naquele momento, nem se falava nisso; ainda tínhamos programas verticais em nosso País.

Eu acho que o grande desafio naquele momento foi o envolvimento das sociedades científicas, que realmente trabalharam em parceria com o Ministério da Saúde, sendo o elo de comunicação entre a população e os profissionais de saúde, para que se conseguisse fazer com que a população e o profissional entendessem a importância da vacinação. Também naquele momento nós tivemos a parceria das instituições não governamentais, que trabalharam em conjunto com o Ministério da Saúde. Nesse sentido, o Rotary e a Pastoral da Criança tiveram papéis importantes, também fazendo com que essa comunicação sobre a importância da vacinação chegasse à população.

Na década de 90, tivemos a primeira conquista do Programa Nacional de Imunizações, que foi a erradicação da poliomielite. A partir daí se criou toda a estrutura para que avançássemos rumo à eliminação do sarampo, com uma meta para o ano 2000 — vamos discutir isso um pouco mais para frente.

Também na década de 90 tivemos o primeiro grande desafio: deixar de falar de um programa para crianças e passar a falar de um programa ampliado. A partir disso, tivemos a nossa primeira campanha de vacinação para os idosos. Naquele momento se discutia inclusive o medo da população de que essa vacinação fosse para exterminar os velhinhos, a fim de diminuir o gasto com a Previdência Social em nosso País. Depois,



conseguimos reverter isso e mostrar que a vacinação era uma ação protetora, inclusive para melhorar a qualidade de vida da população idosa do nosso País.

Na década de 2000 tivemos o primeiro grande avanço. Saímos daquele calendário de quatro vacinas para um calendário de nove imunobiológicos. Agora, nós estamos falando de um calendário da família: da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Em pouco mais de 30 anos, tivemos uma mudança de população a ser atendida, de oferta de imunobiológicos, o que mostra a capilaridade do programa num curto espaço de tempo e, principalmente, a manutenção desse programa, que cada vez mais está agregando novas vacinas, além de estar conseguindo melhorar as ações de imunização no nosso País.

Hoje, como estamos? Eu vou abordar as principais doenças — não tenho tempo para falar de todas —, apenas para pensarmos em termos de marco e considerarmos a importância das ações do programa de imunizações. Hoje nós temos um calendário de imunização diferente daquele inicial. Atualmente nós temos 14 vacinas para as crianças. O nosso calendário de imunização não é diferente de nenhum país desenvolvido. Todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde estão no programa. E nós temos também cinco vacinas para o adolescente e para o adulto, além de vacinas para o idoso, o que mostra a importância da ampliação do programa para atender o ciclo da vida.

Como o Rodrigo informou, nós estamos hoje com um orçamento de 3,4 bilhões de reais no quesito aquisição de insumos. Nós estamos fazendo uma pesquisa agora, a qual possivelmente terminará em outubro, que vai avaliar o custo do programa, porque existe o custo do Estado e dos Municípios em termos de recursos humanos, de logística, de armazenamento de vacina, de distribuição. Então, possivelmente esse orçamento é duas ou até três vezes maior. Porém, temos que entender o contexto do orçamento do programa no que se refere não só aos insumos, mas também ao custo desse programa, sendo ele um programa descentralizado e havendo a responsabilidade de Estados e Municípios, para as diversas esferas do SUS, para que possamos avaliar inclusive a definição de novas vacinas e o impacto causado pela introdução de uma vacina na gestão do Estado e do Município.

Hoje, diferentemente daquele momento em que iniciamos, quando tínhamos quatro vacinas, nós temos 45 imunobiológicos para atender as ações de rotina de campanhas, os soros, as imunoglobulinas, as vacinas dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais — CRIEs. Acho que este também é um grande avanço: além da universalidade



das vacinas que estão na rotina, nós temos 42 Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, em que há oportunidade de se vacinar aquele grupo que tem uma comorbidade, que tem alguma situação especial e precisa de vacina. Além disso, a aquisição das vacinas de raiva canina e felina também são de responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações.

Hoje, em relação ao nosso programa, por mais que seja descentralizado e hierarquizado, nós temos claro qual é o papel de cada esfera de gestão, com ações bem definidas, com ações de rotina. Dispomos de 36 mil salas de vacina, 42 CRIEs. Temos campanhas definidas, que são organizadas e estruturadas no âmbito da gestão do SUS, pelas três esferas de governo. E, na medida em que nós temos surtos, temos que ter ações diferenciadas, que também envolvam as três esferas de governo, para que tenhamos um controle mais efetivo de uma situação epidemiológica específica.

Então, qual foi o impacto dessas ações de imunização ao longo desses 43 anos? Hoje nós temos doenças que consideramos estar em fase de eliminação, doenças que estão em fase de redução e doenças que, sem possibilidade de eliminação e erradicação, podemos manter controladas, como é o caso da meningite e da febre amarela. A febre amarela urbana já foi erradicada em 1942, mas a febre amarela silvestre, por ser uma zoonose, nós não temos como erradicar; nós temos, sim, como mantê-la controlada. Todos os casos de febre amarela que nós temos hoje são de pessoas que adentram a mata sem vacinação. Isso mostra que, dentro da área de recomendação, nós vamos ter 100% de pessoas vacinadas, mesmo para uma doença que está erradicada no País desde 1942.

Quando se analisa, percebe-se que o impacto mais importante é o da poliomielite. Nós estamos rumando à erradicação global da poliomielite. A OMS espera que em 2018 a pólio esteja erradicada. E, cada vez que há uma mudança no programa, nós temos que mudar todo o calendário. É o que nós estamos vivendo neste momento: estamos deixando o esquema de duas doses de vacina injetável contra pólio, além das três doses orais; neste ano, nós já estamos introduzindo três doses da vacina injetável contra pólio, que é a VIP. Portanto, estamos mudando a nossa campanha de vacinação, que era feita com uma vacina trivalente e agora está passando a ser feita com uma vacina bivalente. Isso mostra a complexidade desse programa. Mesmo no caso de uma doença que não



apresenta nenhum caso há 27 anos, ainda temos que continuar a readequar esse programa para atender as necessidades de vacinação do nosso País.

No ano passado nós recebemos a certificação da eliminação da rubéola. Isso só foi possível porque fizemos em 2008 uma grande ação de vacinação, por meio da qual 67 milhões de brasileiros foram vacinados em 3 meses. E não estamos falando em vacinação só de crianças, mas de homens e mulheres até 39 anos. Com essa ação governamental, foi possível, em 2015, que chegássemos à certificação da eliminação da rubéola.

Quanto ao sarampo, imaginávamos que iríamos erradicá-lo antes da rubéola, porque, desde 2000, há quase 11 anos, não havia nenhum caso de sarampo. Em 2013, o sarampo recrudescceu no Nordeste, num surto importante em Pernambuco e no Ceará, mostrando que, se nós, no caso dessas doenças que falamos que eliminamos, que erradicamos, pararmos de vacinar, abrimos a guarda e deixarmos de fazer as nossas ações de imunização, elas podem voltar numa velocidade muito importante.

Então, quando falamos em introduzir uma nova vacina, temos que pensar nesse contexto das vacinas antigas que estão no programa e considerar que, ao se introduzir uma nova vacina, temos que garantir a sustentabilidade daquelas 14 vacinas que estão lá. Uma vacina não pode substituir a ação de outra. Por isso, tem-se que garantir toda uma rede organizacional dentro do SUS para darmos conta realmente de manter essas conquistas que foram conseguidas, porque o exemplo do sarampo é claro: na medida em que se abriu a guarda e houve baixa cobertura vacinal, o sarampo voltou para o nosso País, e quase perdemos a oportunidade de certificar a sua eliminação, não só no Brasil, mas em todas as Américas.

Agora em julho vamos receber a Comissão Internacional do Sarampo. Estamos há 1 ano sem circulação de sarampo no nosso País, e eles vão avaliar se temos condições de receber o certificado de eliminação do sarampo, certificando com isso não só o Brasil, mas também todas as Américas — esse é outro problema, porque, na medida em que um país deixa de fazer alguma ação, pode comprometer toda a ação de uma região e até do mundo.

Em relação à gripe, este ano vivemos uma disseminação muito rápida do vírus H1N1. Lembro que a vacina contra a gripe é uma vacina que contém três tipos de vírus, sendo que, a cada ano, há a circulação de um. Anos passado e retrasado, houve uma



circulação com menor intensidade do H1N1. Este ano, ele começou muito mais cedo e com uma velocidade muito grande.

Perguntam por que não começamos a vacinação da influenza em janeiro e fevereiro. Não o fazemos porque não há vacina em janeiro e fevereiro; a OMS só libera a produção de vacina no dia 25 de setembro. É a partir daí que os laboratórios têm autorização para começar a produzi-la, porque ela é diferente da vacina contra sarampo, em que se utiliza a mesma cepa desde 1968 — portanto, basta colocar numa máquina aquele lote de sementes e produzir; se se tiver uma fábrica poderosa, ela, em vez de 1 milhão, vai produzir 2 milhões, 5 milhões. O caso da influenza é diferente: a cada ano tem-se que verificar o vírus que circulou no ano anterior para definir qual é o vírus que vai ser introduzido na vacina.

Não há como ter estoques grandes de vacina de influenza, porque sua produção depende da formulação que a OMS vai determinar para ela. Então, é só a partir de 25 de setembro que se começa a produção, e vamos ter 6 meses para produzir 54 milhões de doses. Não é possível começar a vacinação antes. Nem que tivéssemos cinco fábricas de vacinas para influenza, nós não teríamos capacidade de produção, por conta de que não há velocidade na formulação, porque a formulação só começa em 25 de setembro.

Mesmo com todas essas dificuldades que são colocadas, nós somos o primeiro país da América a começar a campanha de vacinação. Há países que estão começando a vacinação só no final de junho, porque ainda não haviam recebido a vacina. Nós compramos 54 milhões de doses de vacina para atender os grupos-alvo, definidos pelo Ministério da Saúde. Esses grupos foram definidos através de ampla discussão com a sociedade científica, à luz também das evidências de que esses são os grupos que têm o maior risco de adoecer, ter complicações e ir a óbito.

Então, não vamos discutir eliminação, erradicação e diminuição de incidência de influenza com vacinação, com ações de bloqueio e de surto. Essa é uma vacina que tem o objetivo de diminuir gravidade, complicações e óbitos. Por isso, nós temos que vacinar os grupos elegíveis, que têm maior risco de complicação, internação e óbito. É esse o nosso foco.

Hoje, todos os grupos recomendados pela OMS estão incluídos no nosso programa de vacinação. E vamos além da recomendação. A OMS recomenda vacinar só as gestantes, e nós vacinamos também as puérperas. A OMS não fala em indígenas, e nós,



por entendemos que temos uma quantidade importante de indígenas, uma população que é vulnerável, os incluímos. Nós entendemos que populações privadas de liberdade, que vivem em aglomerações nos presídios, podem ser um foco de disseminação, por isso nós também as vacinamos. A OMS recomenda somente que crianças até 2 anos de idade sejam vacinadas, e nós vacinamos crianças de até 5 anos de idade. Fazemos essa ampliação porque identificamos grupos que necessariamente deveriam ser vacinados, além dos recomendados pela OMS.

Eu acho que este é um ponto importante: à luz das evidências científicas e de marcos importantes que indiquem que há necessidade de ampliação, o Ministério tem sempre avançado nessas definições, nessas discussões. É claro que isso também sempre é discutido nos fóruns tripartites, porque, toda vez que falamos de introdução de uma nova vacina, nós estamos falando de aumentar atividades e processos de trabalho inerentes aos Estados e Municípios do nosso País.

Este é o resultado da nossa campanha. Vocês podem ver que, desde 2011, quando nós a ampliamos, deixando de vacinar só idosos e passando a vacinar também outros grupos, nós sempre temos atingido a nossa cobertura de 80%. Este ano nós atingimos a meta de 93,5% de cobertura. Este foi o ano em que tivemos a maior elevação de cobertura vacinal, mostrando que a vacina foi suficiente, sim, para vacinar o grupo-alvo definido pelo Ministério da Saúde. O que houve foi uma demanda de grupos que não estão incluídos e que não são elegíveis para vacinação, mas não houve falta de vacinas para os grupos definidos como elegíveis para vacinação em nosso País. Todos os grupos atingiram meta de cobertura vacinal. Nenhum ficou sem vacina. Superou-se inclusive a meta.

Em relação às comorbidades, acho que elas são o nosso grande desafio. Em 2013, começamos a vacinar e a realmente estudar e trabalhar esses grupos de forma muito criteriosa com toda a sociedade científica. Então, definiu-se naquele momento uma meta, com base nas estimativas que nós tínhamos — não há um denominador para identificar, por exemplo, qual é a real população diabética no nosso País, ou a população obesa, ou a população renal crônica, então trabalhamos com estimativas. E, naquele momento, chegamos a 7 milhões de pessoas, o que foi muito próximo da nossa meta, que era de 7,5 milhões. Vacinamos 7,3 milhões de pessoas.



Em 2014 e 2015, nós continuamos mantendo essa meta. Então, só vamos comprar mais vacinas se houver uma demanda a mais naquele grupo que justifique essa necessidade. A população de crianças é o número de nascidos vivos. Não há motivo para se comprar mais vacinas, porque essa população corresponde ao número de nascidos vivos, diferentemente do grupo de comorbidade, que é uma estimativa. A partir de 2016, o meu "n" deixa de ser 7 milhões, passando a ser 9 milhões e 300 mil pessoas. É isto que buscamos fazer todo ano: olhar o que aconteceu no ano anterior para fazer essa identificação. Então, já de pronto sabemos que vamos vacinar 2 milhões de pessoas a mais no ano que vem. Uma vez que se atingiu a meta daquele grupo, nós vamos já estimar que a nossa cobertura para comorbidade é de 2 milhões a mais de pessoas.

Vamos considerar o que está ali em azul, que corresponde à doença respiratória crônica, o grupo que achamos ter o maior número de pessoas que deveriam ser vacinadas. Se olharem a proporção em todos os anos, de 2013 até 2016, verão que nós estamos vacinando em torno de 50% dos grupos de comorbidade. Então, mesmo este ano, em que estamos aumentando o número de pessoas vacinadas, diminuiu o número de pessoas com doença respiratória crônica, uma população que deveria ter tido, inclusive, um aumento. Portanto, quando falamos em aumentar a população-alvo a ser vacinada, é nesse grupo que temos que aumentar a vacinação, ou seja, no grupo de comorbidade, que tem risco de adoecer e de ter complicação e óbito. Então, eu acho que este tem de ser o nosso foco: trabalhar com a sociedade científica para identificar melhor quem é esse cidadão que tem comorbidade, para ele ter acesso à vacina e para que possamos melhorar a nossa vacinação nesse grupo com indicação.

Qual é a situação de abastecimento hoje? Todos vocês estão acompanhando uma crise de abastecimento de insumos no País. Vamos trazer aqui o que realmente está acontecendo, para que possamos entender e, inclusive, identificar caminhos para melhorar essa discussão da produção.

Em 2013, a ANVISA solicitou que os laboratórios produtores de soros e vacinas — temos sete laboratórios públicos desse tipo no País — readequassem seu parque fabril às Boas Práticas de Fabricação — BPF. Para isso, tem-se que fazer vários tipos de reformas, de obras, de modo que uma linha de produção que era feita de uma forma passe a ser feita de outra, pois cada vez é exigido mais controle de qualidade. Para se ter uma ideia, havia um ar-condicionado de uma forma. Nessas salas, quando há BPF, tem



que haver ar-condicionado com temperaturas negativas. Não pode entrar nenhum ar. Para um produto sair de uma sala e entrar em outra, tem que haver vários tipos de processos de qualificação. Então, exige-se cada vez mais qualificação no processo produtivo.

Com isso, muitos laboratórios tiveram que parar sua produção para fazer essa adequação. Isso impactou, em Bio-Manguinhos, as vacinas tríplice viral, contra sarampo, rubéola e caxumba, e tetraviral, contra sarampo, rubéola, caxumba e varicela, além da vacina de febre amarela. No Butantan, levou inclusive à suspensão da produção de DTP, dT e de vacina de hepatite B. Na Fundação Ataulpho de Paiva — FAP, que é o único produtor da vacina BCG, impactou a produção dessa vacina, que, inclusive, é uma vacina que não podemos buscar no mercado internacional, porque é uma cepa que há mais de 100 anos só é utilizada no nosso País, e não temos como mudá-la. Então, essa é uma coisa complexa. Hoje a situação da FAP é a seguinte: ela entregará 54% da produção agora em julho, e nós esperamos que, em agosto, tenhamos a previsão de liberação e regularização da distribuição. Mas possivelmente até o final do ano nós ainda continuaremos com problemas de intermitência de fornecimento dessa vacina.

Para discutir a regularização das vacinas tríplice viral, DTP, dT e de hepatite B, que existem no mercado internacional, nós estamos buscando a aquisição delas junto à OPAS, através do Fundo Rotatório. A tríplice viral já está regularizada, assim como a dT e a DTP. Então, como a produção nacional não está dando conta, nós vamos buscar isso no mercado internacional.

No mês passado, nós fomos surpreendidos com a decisão do Butantan de parar de produzir a vacina da Hepatite B. Assim, nós faremos toda a aquisição da vacina no mercado internacional. Ele está readequando o seu parque, inclusive para a produção da vacina de dengue — acha que vai ser o carro-chefe dele. Quanto a essas vacinas que têm menor valor agregado, o laboratório tomou a decisão de que vai parar de produzi-las, e nós estamos buscando essas vacinas no mercado internacional.

Acreditamos que, à medida que agora nós sabemos qual é a demanda do mercado internacional, que nós não vamos mais contar com os laboratórios produtores para produzir, pelo menos, 100% das vacinas como tínhamos antes, vamos conseguir regularizar a produção, porque nós sabemos qual é a demanda que nós vamos precisar para o mercado internacional.



Em relação ao soro, eu não só acho que este é realmente a nossa maior dificuldade, como também vejo impedimentos de se encontrar uma solução a curto prazo.

Nós estamos falando de quatro laboratórios hoje, que são: IVB — Instituto Vital Brazil, FUNED — Fundação Ezequiel Dias, Instituto Butantan e o CPPI — Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos, que fica no Paraná, e, por conta da questão do BPF — Boas Práticas de Fabricação, interrompeu a produção e não conseguiu retomá-la. Além disso, esses laboratórios possuem problemas gerenciais internos, que não são só em relação à ANVISA. Houve greve de funcionários, roubo de cavalos na FUNED, que é onde se faz a imunização do animal. Esta imunização não pode ser feita em qualquer animal, tem que ser um animal preparado. Cada vez que se vai imunizar um cavalo, tem-se que esperar 3 meses para fazê-lo. À medida que se perde o plantel, ele não é substituído de outra forma rapidamente. Principalmente com esta questão da crise que nós estamos vivendo no nosso País, os laboratórios estão tendo dificuldade de adquirir matérias-primas com velocidade.

O Ministério da Saúde não tem problema de recursos para passar para o laboratório, mas esses laboratórios, por serem estaduais, dependem do recurso que nós passamos para o Estado para passar para o seu laboratório. Se há uma contingência de recursos no Estado que acaba prejudicando esses laboratórios estaduais, diferentemente do que ocorre em Biomanguinhos, que é um laboratório federal e não sofre influência do recurso federal, eles terão maior dificuldade. O dinheiro vai para Secretaria, que depois o repassa para esses laboratórios.

Esta situação muito complexa que nós estamos vivendo está impactando e virando realmente uma bola de neve. O BBF implicou a parada de produção. Por exemplo, mesmo o caso do IVB, que já tem a certificação de BPF e já foi autorizado pela ANVISA, não consegue retomar a produção, devido a esses problemas que eu estou colocando, que acabam impedindo a produção dos soros.

Eu acredito que este seja realmente o maior problema hoje vivido pelo programa, cuja solução não vejo a curto prazo. Nós ainda viveremos os anos de 2016 e 2017 com esta situação de abastecimento ou fornecimento insuficiente para atender a demanda.

Eu acho que este é um ponto que temos que parar para discutir também. Como se discute com a população para se ter boas práticas de proteção, não se deve contar só com o soro e a vacina. Se eu vou entrar em uma mata, eu tenho que usar botas, usar um



EPI. Nós temos que fazer esta comunicação com a sociedade também para enfrentar este problema sério na questão da regularização.

Amanhã, nós iremos fazer uma reunião na própria ANVISA, para discutir um plano estratégico de como nós minimizaremos esta discussão da produção e esta falta de abastecimento de soro, a fim de se encontrar um caminho para se melhorar o suprimento, mas não resolvê-lo. Eu acho que este é um ponto que precisamos deixar claro. Nós estamos apagando incêndios todo o tempo, buscando soluções para minimizar o problema, mas nós não estaremos resolvendo esse problema a curto prazo.

Quais são os desafios do programa? Tivemos problemas de abastecimento com vacinas, mas em outros casos não tivemos problemas nenhum. Estamos vendo as coberturas vacinais caírem mesmo para aquelas vacinas que estão com o fornecimento adequado. Temos população que não vai às unidades de saúde porque os centros de saúde não estão abertos na hora em que a população está disponível, a população está trabalhando. Hoje não estamos falando só de criança, mas também de adulto, de idoso. O horário de funcionamento hoje não é adequado para a nova lógica do Programa Nacional de Imunizações. Nós temos uma população que se recusa a ser vacinada ou que começa a ser vacinada e não completa o seu esquema vacinal. Nós temos uma população flutuante. Ela começa a vacinar aqui, muda e vai vacinar em outro local. Ela não tem a caderneta de vacinação e não sabe se foi vacinada, tendo em vista esse complexo calendário de vacinação.

Nós estamos começando a viver no nosso País o grupo antivacina, que nós não vivíamos. Vimos muito isso na Europa, nos Estados Unidos. Esses grupos começam a vir com muita força, sem evidência científica nenhuma, veiculam matérias nas redes sociais, principalmente para adolescentes, afirmando que vacina mata, que vacina aleija, que vacina traz problemas de saúde, anulando todo esse benefício das vacinas. Essa geração não viu ninguém usando equipamentos para poliomelite, com dificuldades de andar. Essa população não viu enfermaria de polio, de sarampo. Essa população acha que não precisa ser vacinada. Então, nós temos que enfrentar, sim, esse desafio da comunicação, para ter uma comunicação adequada e levar informação até a população.

A forma de comunicar, principalmente com as sociedades científicas, deve ser no sentido de que elas sejam parceiras do programa e mostrem essa nova realidade, de um grupo que não reconhece a vacina como uma ação prioritária, que se apegue à vacina em



um momento de surto, como vimos com o H1N1 este ano. No ano passado, a vacina estava disponível, mas nós demoramos 4 meses para atingir meta. É preciso morrer cinco pessoas em uma fila de hospital para todo mundo achar que a vacina é importante. No ano em que temos uma diminuição da gravidade da doença, a população tem um reconhecimento de que aquela vacina não é importante.

Como comunicamos para a sociedade que, independentemente de haver uma alta sazonalidade ou uma baixa sazonalidade, essa vacina tem que ser utilizada?

Eu acho que a discussão dos eventos adversos não se pode sobrepor ao benefício da vacina. A vacina, como qualquer medicamento, tem o risco de apresentar eventos adversos, mas são eventos adversos leves e raríssimos. Mesmo o sarampo, que as pessoas acham que é doença de criança, é uma doença que causa surdez, cegueira e pode levar ao óbito. É isso que precisamos comunicar. Uma criança ter febre depois de uma vacina é normal. Isso não é nenhum problema. Temos que ter essa forma de levar essa comunicação.

Hoje, como é que levamos a vacinação para a escola, principalmente no caso do adolescente? No MEC ainda há uma resistência muito grande para fazer a vacinação dentro da escola. Como quebrarmos essa barreira de fazer com que a vacinação seja uma ação preventiva inclusive na escola? Para isso, nós temos que melhorar o nosso dever de casa dentro da nossa esfera de gestão, a ampliação da rede de frio. Toda vez que falamos em introduzir uma nova vacina, eu tenho que olhar se a minha rede de frio está adequada, senão eu vou jogar insumos fora. Se uma geladeira de um Município não está adequada e há uma queda de energia, todo aquele imunobiológico é jogado no lixo, em razão de não haver uma cadeia adequada.

Essa infraestrutura estamos discutindo dentro do SUS, numa ação tripartite. Nós já investimos quase 200 milhões de reais em termos de recurso do âmbito federal, mas é preciso que Estados e Municípios também invistam nessa cadeia de rede de frio, para que mantenhamos a qualidade dos insumos que são ofertados e não tenhamos o desprezo dessa vacina, porque ela não foi condicionada de forma adequada.

Nós temos recursos humanos que precisam ser capacitados. Muitos dos erros e eventos adversos acontecem porque são formas inadequadas de aplicação de vacina. Então, nós precisamos ter uma rede adequada e capacitada para utilizar essas vacinas da forma como é preconizada.



Por fim, precisamos implantar nosso sistema de informação nominal. Temos um sistema que hoje está disponível para todas as salas de vacina, em que vamos trabalhar com o indivíduo vacinado e não com dose aplicada. Com isso, podemos conhecer o cidadão efetivamente que foi vacinado e poder identificar onde estão os bolsões suscetíveis, onde está a população que não foi vacinada e fazer uma estratégia diferenciada para aquele Município.

Nós começamos a implantar esse sistema em 2012. Estamos com 51% das salas de vacina implantadas. Quanto a esse sistema, estamos falando de 18 mil salas de vacina, mas ainda temos 18 mil salas de vacina que ainda estão trabalhando com doses aplicadas. Precisamos assumir essa discussão na gestão do SUS, em termos de enfrentamento, a fim de que possamos ter um sistema nominal, inclusive para poder monitorar os insumos que estão sendo utilizados, as perdas que acontecem, para melhorar realmente a gestão desse programa e ser cada vez mais eficiente.

Por fim, se não assegurarmos os imunobiológicos para atender à atual demanda, como é que vamos estar falando de ampliação e de inclusão de novos grupos, se não estamos dando conta da rotina neste momento?

Estamos vivendo um momento delicado. Realmente esse é um divisor de águas do programa, e precisamos melhorar a eficiência dessas esferas de gestão, para que possamos discutir a ampliação de novas vacinas, de novos grupos, porque nós temos uma agenda inconclusa, a ser feita ainda.

É isto o que acreditamos: *"(..) um programa de vacinação de uma doença bem conduzido é capaz de mudar todo um sistema de saúde(..)".* É isso o que o Programa Nacional de Imunizações fez. Ele fortaleceu o SUS. É isso o que esperamos: que essas ações de imunização sejam realmente a âncora do SUS, para que possamos levar saúde e melhoria de vida à população brasileira.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Sra. Carla.

Antes de passar para o próximo debatedor, que é o nosso querido Sr. Jurandi Frutuoso, vou dar a palavra à Deputada Carmen Zanotto, que, como todos nós aqui, anda para cima e para baixo, para dar conta dessas agendas nossas aqui. A Deputada vai ter que ir à outra reunião.

Antes disso, peço a V.Exa. que nos dê sua contribuição, por favor.



A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Obrigada, nobre Deputado Odorico, autor do requerimento desta audiência pública para avaliar e debater o Programa Nacional de Imunizações. Peço desculpas aos demais palestrantes, mas sou obrigada a correr para outra reunião, e eu não poderia me furtar de fazer minhas observações, porque, além disso, também subscrevi esse requerimento.

Há outra audiência pública que solicitamos — e podemos otimizar o tempo de todo mundo aqui —, que trata da inclusão e da obrigatoriedade da vacina para gripe a populações específicas. Sou Relatora desse projeto de lei, Dra. Carla, o PL nº 7.697, de 2014, de autoria do nobre Deputado Sandro Alex, do Paraná.

E por que esse projeto não tramitou ainda? Exatamente por essa compreensão que temos por conta dos 43 anos de existência do sistema nacional de imunização. Tenho 33 anos nessa área. Foi como estudante de enfermagem ainda que começamos a atuar nas campanhas. A meu ver, o sistema nacional de imunização ainda é o nosso carro-chefe do Sistema Único de Saúde. Se algumas pessoas não estão indo às unidades, é porque elas ficam confusas com relação ao fato de faltar uma vacina e já achar que é aquela específica, e, por isso, não querem perder a viagem ou se deslocar desnecessariamente.

Porém, acredito efetivamente que avançamos muito no País com relação às campanhas. É algo mais do que tripartite, o conjunto de secretários municipais, secretários estaduais, os trabalhadores da saúde, porque as campanhas passaram a ser da sociedade como um todo através das entidades.

É importantíssimo dizer isso. Tenho duas observações a fazer. Se a senhora puder nos responder depois, agradeceria. Na proposta do projeto apresentado pelo Deputado Sandro Alex, consta a inclusão dos profissionais da educação como público alvo de vacinação da influenza A (H1N1) e das populações residentes em Unidades da Federação ou Municípios onde as condições climáticas favoreçam o contágio, que é o caso nosso do Sul do País, em função das baixas temperaturas. Queria saber se poderíamos estudar a obrigatoriedade da inclusão da vacina influenza A (H1N1) para os professores e para as regiões mais frias ou menos favorecidas mais propícias ao contágio, se a senhora puder responder depois.

Há outro ponto que ficou muito claro para mim. Já debatemos muito e dividimos as nossas angústias. Num primeiro momento, pensávamos que a falta de vacinas poderia estar associada ao subfinanciamento do SUS, e, com certeza absoluta, não está.



Como nós Parlamentares poderíamos ajudar o Ministério da Saúde e os técnicos em especial do setor de imunização com relação a essa nova regra das boas práticas de fabricação da ANVISA?

Não significa em hipótese alguma que até ontem se produzia com práticas errôneas de fabricação. O que aconteceu foi que as normas ficaram um pouco mais exigentes, mas eu não me lembro de nenhum risco de vacina que tenhamos tido no País na rotina que vinha sendo feita. Não se pode mudar uma rotina e um parque tecnológico de produção porque saiu uma nova norma, colocando em risco toda a população, toda a produção que garantiu abastecimento adequado, sem risco à saúde da população que estava sendo vacinada. Não é porque se baixam regras diferentes que vamos ter, do papel para a prática, da noite para o dia, aquela demanda atendida.

Por essa razão, como nós Parlamentares poderemos ajudar, tendo em vista que as boas práticas já vinham sendo praticadas pela indústria de produção de vacinas no País? Não é porque não o praticavam; é porque a legislação mudou um pouquinho. Essas mudanças e novas exigências impactaram no desabastecimento, o que, a meu ver, é muito mais grave do que a rotina que tínhamos anteriormente. Não lembro e gostaria de saber se existia algum risco, se tivemos algum fenômeno no País que levasse a ANVISA a mudar as regras sem o debate de como estaria a produção a partir da nova legislação e quais seriam os riscos do desabastecimento.

A nosso ver, o desabastecimento nesse setor é a questão fundamental. O que menos queremos é que a população não confie mais no sistema de imunização. Muito pelo contrário, é algo muito histórico. Algumas pessoas dizem que não usam o SUS, só que elas se esquecem de que vão às nossas salas de vacina, porque a sala de vacina é o Sistema Único de Saúde como um todo. Há aqueles que dizem: *"Mas eu não uso o SUS, não preciso do SUS"*. Usa o SUS, sim, quando está indo às nossas salas de vacina.

Se a senhora pudesse nos falar um pouquinho sobre isso.

Deputado Odorico, pensando no coletivo da nossa Casa, acho importante até uma reunião com a ANVISA, para que a ANVISA seja mais clara com relação a essa nova norma. Claro que as normas precisam ser cumpridas. Tenho muito medo até de afirmar isso aqui na Casa, e alguém dizer assim: *"Estão defendendo que não tenhamos boas práticas"*. Não é isso o que estamos dizendo, só que toda mudança de um parque de



produção de qualquer medicamento é algo muito delicado, ainda mais nesse setor que são, na grande maioria, laboratórios públicos estaduais e federal.

Obrigada, Deputado. E, por favor, me desculpem, porque sou obrigada a correr para outra reunião.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Deputada, pela contribuição. Parte dessas questões vou retomar quando eu for falar. Eu ainda queria colocar o seguinte: não só a ANVISA, mas os próprios laboratórios. É um debate que temos que fazer. Já estão fazendo nesta Casa um debate em relação aos laboratórios privados e também em relação ao laboratório público. Há um projeto de lei que está sendo discutido que estabelece que nenhum laboratório privado pode deixar uma linha de produção de medicamento sem negociar com o sistema.

Como um instituto nosso deixa uma linha de vacinação sem negociar e sem discutir?

Concordo plenamente com essa observação. Estou achando que essa audiência, a meu ver, está indo além da expectativa, porque muitas vezes terminamos, no dia a dia, não tendo noção da gravidade do problema de que estamos falando. Nessa questão, inclusive, não é pelo fato de estarmos com esses problemas que não podemos discutir incorporação de novas vacinas. Aqui nós trocamos pneu com carro andando. É o que temos feito todo o tempo.

Esse é um debate extremamente importante. Depois a Sra. Carla vai comentar sobre essa observação, e serei porta-voz das suas demandas, que também são minhas, Deputada.

Além disso, foi colocada aqui não só a tarefa de implementação do programa, mas a de produção também, porque os Estados são grandes produtores. Então, há o duplo chapéu: de distribuidor e de produtor.

Passo a palavra, então, ao representante do CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde nos Estados, o Sr. Jurandi Frutuoso.

O SR. JURANDI FRUTUOSO - Boa tarde. Eu queria saudar o Deputado Odorico e, na sua pessoa, parabenizar todos os que tiveram essa ideia de trazer aqui esse tema à discussão. Já estamos há 2 anos, 3 anos, provocando o debate sobre a necessidade de descobrir a questão da cobertura vacinal no Brasil. Tenho ciência de que devemos



conversar um pouco sobre esse assunto não só aqui dentro da instituição, mas também fora dela, porque também isso é transmitido às pessoas que estão em casa.

Eu queria saudar os membros da Mesa. Estava aqui refletindo um pouco sobre isso, Deputado Odorico, nós que já temos uma certa idade e que fizemos a trilha do Município para o nacional, que vivemos um tempo em que era romântico pegar um cavalo ou subir numa moto e buscar a última criança, em qualquer lugar em que ela estivesse, para vacinar e fechar o dia nacional de vacinação gloriosamente, com a comemoração da equipe, porque cumpriu a meta que lhe foi dada. Esse tempo passou, e eu estava me lembrando disso aqui.

Estava lembrando um tempo em que as pessoas do começo do século XVIII, quando se introduziu a questão do saneamento, conseguiram, só por conta disso, modificar a grande quantidade de óbitos que aconteciam pelo mundo apenas com essa medida. Depois, após 1850, veio o impacto da introdução da alimentação correta ou da nutrição um pouco mais favorável, e novamente se conseguiu evitar outra grande quantidade de mortes. O fato é que a introdução médica, com impacto na vida humana, só começou mesmo depois da Primeira Guerra Mundial. O advento da vacina, da imunização, é tão importante quanto as outras que eu citei.

Deputado, eu estava aqui pensando. Tudo isso que a Carla acabou de colocar é muito preocupante. Não é por acaso, Carla, que isso faz parte da preocupação dos gestores ao longo dos dias — e têm sido dias bastante preocupantes. Nós estamos vendo ali perto avançar, com muita velocidade, a fragilização do SUS em todos os aspectos: na assistência, na promoção e na prevenção. Quando eu sou acordado às 5 horas da manhã por um secretário estadual para começar uma busca insana, com o telefone no ouvido, para saber qual Estado pode me arranjar algumas ampolas de soro antibotrópico para salvar duas pessoas em um domingo, e isso só se efetiva no fim do dia com um avião do Governo voando de Estado em Estado para colher cinco ampolas aqui, oito ali, e distribuir para um hospital e outro, isso demonstra claramente que nós precisamos discutir, aqui nesta Casa, algo muito mais profundo, como a vacina, inclusive.

Eu digo isso com certa emoção. O Deputado Odorico Monteiro é um histórico da saúde pública e contribuiu favoravelmente com muitas ideias brilhantes para que o SUS tivesse o seu aprimoramento acontecido com muita clareza, mas, hoje, nós estamos mastigando a rotina do dia a dia, tentando ultrapassar os obstáculos que a vida nos impõe



e, muitas vezes, sequer somos ouvidos ou entendidos. É isso o que me amargura profundamente, mas não só a mim. Há muitos outros colegas secretários estaduais e municipais nos ouvindo, porque isso faz parte da nossa vida, da nossa história, da nossa luta sanitária ao longo desses anos.

Para mim, essa introdução que eu faço — e a Carla aqui colocou de maneira muito clara, com foco na cobertura vacinal — é amargurante, terrível, porque eu me lembro desse dia que ela falou. Em 1998, em tempo de eleição municipal, no meio de uma campanha política para Prefeito, nós tivemos a ousadia de vacinar 60 milhões de pessoas contra a rubéola, em 3 meses. Que país do mundo é capaz de fazer isso?

Falando um pouco para fora, eu não quero colocar essa preocupação apenas na equipe de saúde ou na gestão. Ela falou aqui uma coisa que é grave. Durante a existência do PNI, nesses 43 anos, já vimos de tudo, inclusive a ampliação em 42 tipos de insumos, vacinas ou soros. Um País pobre como este ofertar gratuitamente 42 tipos de insumos não é brincadeira, é muito compromisso. Mas o Brasil o fez. De repente, começamos a ficar preocupados em ver o caminho inverso acontecer.

Os grupos de que ela falou aqui, dos ativistas que pregam o risco da imunização, realmente não conheceram o tempo da poliomielite, da cadeira de rodas em abundância, do pai choroso porque, após o diagnóstico, não tinha mais o que ser feito para recuperar em 100% a saúde do filho, daquele atleta que poderia vir a ser o do futuro, mas, de repente, passou a ser um cadeirante. Eles não viram esse tempo. Com certeza, não é por desconhecimento, Carla, porque esse ativismo é de pessoas claras, cultas, sabidas, informadas, e mesmo assim acontece. Por isso, ficamos muito preocupados com o que está acontecendo no Brasil.

Eu botei ali uma apresentação.

(Segue-se exibição de imagens.)

No segundo eslaide, há a questão da vacinação homogênea. Em 2013, nós fizemos um estudo na UnB, o Nereu, eu, a Rita e mais alguns colegas. Estudamos a heterogeneidade da vacinação e os riscos que isso acarreta para a reintrodução de doenças novas no Brasil, tipo a poliomielite, por exemplo. Não pensem que ela acabou. Acabou aqui, mas ainda existe em alguns países do mundo. Desses países, está havendo um grande fluxo migratório para o Brasil, entrando pelo Acre, e estão esquecendo isso. Há um outro grupo entrando pelo Pará, e estão esquecendo isso. No entanto, o Brasil



tem, em média, uma boa cobertura vacinal, mas esquecem de olhar os bolsões que existem de baixa cobertura, que somados com a alta cobertura dão uma média que parece confortável, o que é um risco muito grande. Esses bolsões são por onde poderão entrar, na verdade, algumas doenças que chamamos de reemergentes.

Mais à frente, há seis mapas pintados de verde e vermelho, que são os nossos perigos. Nós temos, na BCG, uma cobertura apropriada acima de 90%, mas há vários Municípios, em vermelho, que estão com a cobertura abaixo de 90%, a qual não é adequada. No segundo mapa, ainda na horizontal, nós temos a situação da meningocócica, também cheio de Municípios sem a cobertura esperada de norte a sul do Brasil. Não são os pobres do Nordeste nem os pobretões do Norte, não! No Sul, no Centro-Oeste e no Sudeste também há vários Municípios com baixa ou não-adequada cobertura também para a meningocócica.

Ainda para a direita, nós temos a DTP, o HIB e o HB também com grande quantidade de Municípios com baixa cobertura. Embaixo, no primeiro, a pneumocócica; no meio, a poliomielite — que eu acabei de citar em uma situação bastante preocupante —; e no último, o rotavírus, menos grave, mas também existente. Eu estou me referindo ao ano de 2014. E pensamos: em 2015 vai melhorar.

Em 2015, a situação continuou igual, não melhorou. Apesar do alerta, da advertência, do risco, dos esclarecimentos, da Internet, da televisão, do jornal e do rádio anunciando isso, não conseguimos avançar em 2015.

Está aqui a realidade. Percentual de Municípios com 75% ou mais das vacinas do calendário básico de vacinação com cobertura adequada... Vou repetir: percentual de Municípios com 75% ou mais das vacinas com cobertura adequada, no Norte, são 35%; no Nordeste, só 40%; no Sudeste, só 57%; no Sul, só 47%; e no Centro-Oeste, só 53%. No Brasil, 47,7% é a média dos Municípios que têm, pelo menos, 75% das vacinas com coberturas adequadas. Nós estamos falando disso. É isso o que angustia a Carla, o secretário municipal, o secretário estadual. As condições estão dadas.

Neste próximo eslaide, nós comparamos os Municípios que atingiram as metas de cobertura vacinal com a cobertura populacional pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 2014. No verde, há grande cobertura do programa, mas no vermelho e no verde a situação novamente não se altera, ela continua em risco grave, com uma grande



quantidade de Municípios em vermelho, ou seja, abaixo de 75% daquilo que eu acabei de citar como ideal para nos deixarem em uma situação mais confortável.

No próximo, eu comparo com a cobertura da Estratégia Saúde da Família. Está tudo roxo. O Programa Mais Médicos chegou, ajudou bastante, e o Brasil está roxo, está coberto praticamente todo com o Saúde da Família, mas o quadro não muda. Aí eu quero parar um pouco para pensar sobre isso. Avançamos na cobertura assistencial, ampliamos o PACS, o Saúde da Família, mas o quadro não muda. Eu acho que temos que parar um pouco para pensar na gestão. Não é o dinheiro, é a gestão. O que o Estado está fazendo? Como o Estado está assumindo o seu papel de coordenador da política de saúde do seu território? Como o Município está fazendo para poder coordenar as suas equipes do Saúde da Família, da atenção primária, de saúde como um todo, que está levando a esse desastre? Nós temos que perguntar por que isso está acontecendo. Eu acho que está na hora de pensarmos em eficiência. Apesar do pouco recurso, deu para avançar naquele tempo. Apesar do decréscimo agora, nós não temos outro jeito, nós não vamos parar, não vamos fechar o sistema, não vamos desistir do sistema. Então, nós vamos ter que parar para ver como se faz a coordenação para que possamos mudar esse quadro que está posto — além do que ela coloca, que é a deficiência no fornecimento dos insumos, um fator altamente preocupante.

O primeiro problema que o CONASS detecta como sério é a irregularidade no abastecimento dos imunobiológicos, que ela já colocou. O Deputado está correto — e o Sérgio também está ali preocupado com isso. Não dá para parar o processo e querer fazer um novo sem uma transição com o velho. Está levando a isso, ao desabastecimento, à piora da cobertura e, muitas vezes, a questões que são de muita gravidade no País como um todo. Então, aí é aumentar a prioridade para esses insumos nas áreas meio. *"Ela só coordena o PNI"*. Mas, para coordená-lo, tem que receber o insumo para mandar para o Estado, e este para o Município.

Sabemos o que está acontecendo. Está havendo uma demora infernal na área meio, na questão de dar conta de fornecer esse insumo para que ele possa chegar adequadamente lá na sua coordenação para chegar ao Estado e Município. Isso é grave. Alguém tem que ver. Melhorar o conhecimento das peculiaridades do programa pelos órgãos de controle. Aumentar o investimento nos laboratórios públicos federais — e nos que sejam estaduais também. Mas há que investir! Vamos fazer como a SEMI, fechar os



nossos e esperar pelos de fora? Quando vamos repor isso? Há que atuar agora, fazer o investimento e procurar resolver o que tem imposto agora e impedindo que eles avancem. Roubar cavalo? Cavalo imunizado? Não há vacina porque os cavalos sumiram? Espere aí! Os cavalos têm que ser protegidos. Eles não podem estar comendo em uma roça de capim onde não exista vigia nem cerca. É terrível isso.

Dificuldades na logística de distribuição de imunobiológicos. Aumentar o investimento na rede de frio. Nós temos problemas na rede de frio, e isso também não pode acontecer. Nós temos que rever a rede de frio para que esse imunobiológico possa chegar e ser guardado de maneira adequada, no lugar mais longínquo que pode ser, para que ele seja de fácil acesso. Isso é coisa de país subdesenvolvido. Eu tenho Internet em todos os postos, mas não tenho uma geladeira! O que é isso? Talvez a prioridade não esteja correta. Antigamente, fazíamos isso com mais facilidade.

Perda de imunobiológicos. Nós temos que repensar os horários de funcionamento das salas de vacinação. Quarenta por cento das mães trabalham, então tem que haver um horário modificado e flexibilizado para que elas possam ter acesso na hora que elas podem ter. É a dificuldade de acesso ao serviço. Eu coloquei isso aqui.

Por último, é a distorção do modelo. Essa questão nós temos que colocar, originalmente proposta para a atenção primária à saúde, o Saúde da Família. Nós temos que recuperar o foco, reintegrar essas esferas, reintegrar as equipes, fazer a integração da atenção primária com a vigilância, pensar a equipe como um todo. Não existe equipe fracionada. É equipe de saúde, sistema de saúde. Não é o meu pedaço, o do vizinho e o do outro. Há que ser um todo indivisível que atue de maneira ordenada por um processo de coordenação que seja eficiente e lidere a equipe em torno da melhor solução para o sistema de saúde como um todo.

Deputado Odorico Monteiro, eu sei que o senhor vai fazer isso com toda a certeza. É uma pessoa comprometida e está nisso, pois foi secretário municipal de vários Municípios, assumiu a SGEP por quase 4 anos, saiu para ser candidato e logrou êxito na sua campanha para Deputado Federal. O senhor junto com outros Deputados, aqui nesta Casa, são do sistema de saúde. A Deputada Carmen Zanotto foi Secretária de Santa Catarina; o Jorge Solla, da Bahia; o Marcus Pestana, de Minas Gerais; o Osmar Terra, que hoje é Ministro, do Rio Grande do Sul. Enfim, vários foram secretários municipais e viveram esse drama de dentro do sistema. Agora é hora de cobrar de quem deve as



obrigações que eles têm com a população, vendo como pano de fundo o que está posto na Constituição brasileira: saúde para todos é dever do Estado e direito da população.

Eu quero terminar parabenizando-os pela hora exata da colocação desta audiência pública. Eu espero que ela seja apenas a primeira. Esse programa não pode sofrer o revés que está sofrendo, porque esse é o atestado final de que o SUS fracassou redondamente. Portanto, essa é a nossa tábua de salvação. Por ela nós temos que lutar.

Portanto, quero agradecer a oportunidade e parabenizar a todos pela participação.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Jurandi, pela sua contribuição. Estou cada vez mais convencido de que esta audiência realmente chegou numa hora oportuna. Acho até que temos de pensar na criação de um grupo de trabalho da Comissão para fazer o acompanhamento.

Ouvimos os representantes dos Estados. Agora vamos ouvir dos Municípios e depois as sociedades médicas.

Passo a palavra a Hisham Mohamad Hamida.

O SR. HISHAM MOHAMAD HAMIDA - Boa tarde a todos. Quero agradecer ao Deputado e parabenizá-lo pela audiência pública.

Eu acho que tanto a Carla quanto o Jurandi já falaram um pouco desse anseio que os Municípios têm. Então, um ponto chave está nessa produção do imunobiológico. Garantir essa produção é fundamental para o sucesso do Programa Nacional de Imunizações. Não precisamos falar que esse é um programa vitorioso, de sucesso e referência mundial. Mas, para que continue avançando e atingindo o seu objetivo, ele precisa do imunobiológico para segurá-lo. O que compete ao Município? Ele está lá na ponta, ele executa, ele não produz, ele vai executar aquilo que é distribuído para ele.

O Jurandi também falou com relação a revermos essa distorção no papel da equipe. Então, isso é de fundamental importância, porque o que notamos hoje é um pouco de descomprometimento de parte da equipe com relação ao próprio Programa de Imunizações. Quando precisa de uma busca ativa, o Município é obrigado a centralizar o serviço, seja em termos do local físico, como uma sala de vacina, seja em termos do dia da semana, por falta de insumo. Isso acaba levando um pouco a descrédito o próprio programa.

Então, se aquela dona de casa — e foi colocado que mais de 40% trabalham — vai um dia procurando a vacina e não encontra, ela não volta. Para recuperar isso, é preciso



comprometimento tanto da equipe quanto do fornecimento de imunobiológicos. Então, quando não há esse fornecimento, isso automaticamente gera um descomprometimento da equipe com relação a essa busca ativa.

Nós avançamos em relação à abertura de novas salas de vacina, de equipes do Saúde da Família descentralizadas em região para aumentar esse alcance e essa cobertura. Mas, com essa falta de insumos, estamos regredindo. E não podemos deixar isso acontecer. Faço minhas as palavras do Jurandi: esta audiência veio num momento excelente para discutirmos e repensamos isso.

Conforme a Carla colocou, esse não é um problema que vai ser solucionado agora. Nós temos problemas ainda para 2016 e 2017. Temos que repensar ainda o refinanciamento. Talvez ele não seja o principal problema neste momento, mas é um problema constante, inclusive para incorporação de novas tecnologias, de novos imunobiológicos ou para o aumento da cobertura de vacina para esse grupo, como foi colocado pela Deputada Carmen Zanotto. Devemos ampliar o grupo que vai receber a vacina. Então, esse é um tema que tem que ser discutido.

Com relação à possibilidade de incorporarmos a monodose, a questão é o custo, é a viabilidade? O desperdício está diretamente ligado a isto: ou o Município centraliza o local e o dia da vacina ou perde a possibilidade de captar o usuário da vacina.

Essa discussão é ampla, complexa. Esse é um desafio. Se fosse fácil, não estaríamos aqui. Foi colocada a questão do cavalo para o soro. Essa é uma coisa para observarmos, que mostra a fragilidade do sistema como um todo, não só na parte de segurança. A imunização, a vacina nós estamos levando. Mas e o soro? O Jurandi deu um depoimento que acho que reflete a realidade de todo o País. Nós temos dificuldade de produção. Isso já foi colocado, inclusive, na última reunião tripartite. Então, acho que devemos rever isso para fortalecer: a priorização à produção de imunobiológicos; o comprometimento da Estratégia Saúde da Família; e a integração entre os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate a endemias — a integração entre a vigilância e a atenção básica como um todo.

Rever esse papel é de fundamental importância para a população. Olhar esses dois pontos é a chave para o sucesso, para avançarmos, caminharmos e não deixarmos o programa retroceder, que é o risco iminente que temos observado. Então, eu acho que, para a vacina, é isso. Em relação ao soro, nós também não podemos deixar esse



retrocesso que já está acontecendo com a normatização da burocratização por parte da ANVISA. Não estou dizendo que não deve acontecer esse controle — não é isso. Mas devemos priorizar essa transição, que é de fundamental importância.

Também há outras doenças, outros agravos, como a febre amarela em alguns pontos específicos. Por mais que não haja falta de imunobiológicos, precisamos questionar como está a procura e a captação dessa população, como está o comprometimento dessa equipe. Então, essa balança, esse contraponto entre a motivação da gestão e o comprometimento da equipe, nas três esferas, com relação à produção de imunobiológicos, é de fundamental importância para o sucesso do programa.

É isso.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Vou passar a palavra agora ao Dr. Artur Timerman, que é Presidente da Sociedade Brasileira de Dengue e Arboviroses. Entendo que esse é um tema que a sociedade deve estar debatendo, discutindo, principalmente porque é uma agenda importante de ser enfrentada. Isso ainda não ocorreu aqui. Houve uma expectativa de que debatêssemos o tema, mas vai ficar para a próxima rodada. Espero que a provocação dele possa nos ajudar a construir uma agenda nesse sentido.

O SR. ARTUR TIMERMAN - Obrigado, Deputado Odorico Monteiro, pelo convite. Depois que eu ouvi a Carla, o Jurandi e o Secretário de Pirenópolis, a minha tarefa fica mais fácil e difícil, por incrível que pareça.

Eu vou me ater a discutir uma das possíveis inclusões em calendário de vacinação. Mas, para nós da Sociedade Brasileira de Dengue e Arboviroses, em primeiro lugar, é fundamentalmente importante discutir a epidemiologia das arboviroses, a situação peculiar que o Brasil vem vivendo nos últimos anos, para então conseguirmos discutir com mais base os aspectos da vacina contra a dengue. A discussão sobre vacina contra a dengue vem eivada de muita emoção, o que eu acho que, para a ciência, não faz bem. Eu tenho 40 anos de formado e já vi muito estudo clínico, mas eu nunca vi um estudo clínico começar, ser anunciado por várias autoridades. O estudo de fase III, no Butantan, quando foi se iniciar, lá estavam Governador, Presidente da República, Ministro, lá estava todo mundo para o lançamento de um estudo. Como o próprio nome diz, é um estudo. Nós precisamos saber o que vai acontecer. Não podemos ter o viés de torcer para



determinado resultado. Nós temos que ter a isenção científica para analisar com muita prudência todos esses resultados.

Para se garantir a ética em pesquisa clínica, a primeira coisa é não se violar a identidade dos participantes. Nesse caso, três pessoas que foram participar do estudo deram entrevista. Essa é uma emoção que não cabe. E há muito o que se discutir em relação à incorporação dessa tecnologia. A vacina contra a dengue tem que ser avaliada diante desse contexto peculiar que nós já mencionamos. O Brasil é um dos únicos países do mundo onde há a circulação de três vírus transmitidos pelo mesmo mosquito. E a febre amarela está nos rondando com os imigrantes da Angola e do Congo.

Qual é o produto da interação da circulação desses três vírus? Isso tem que ser muito bem entendido. Temos que ter toda a precaução do mundo para analisarmos a eficácia da vacina contra a dengue diante desse contexto. Nós sabemos das reações cruzadas entre os anticorpos induzidos por esses três vírus. Qual é o papel do anticorpo? No Brasil, existe muito pouco estudo sobre soroepidemiológico, mas se acredita que existam de 30 milhões a 40 milhões de pessoas previamente infectadas por alguns dos quatro sorotipos do vírus da dengue. Que papel isso vai ter em termos de proteção ou estimulação dos aspectos relacionados à *chikungunya* e à zika? Eu não sei, ninguém sabe.

Então, o contexto da vacina contra a dengue tem que ser muito bem analisado diante dessa circunstância que nós estamos tendo no Brasil. Aquele trabalho da Patrícia Brasil, do Rio de Janeiro, mostrando o índice mais elevado de transmissão, no caso de mulher infectada pelo vírus da zika, de transmissão para o feto, mostrou que, naquelas mulheres que tinham anticorpo contra dengue, previamente, a infecção pela zika correlacionou-se a uma maior chance de transmissão para o feto. Isso foi corroborado em outros estudos? Não, ainda não. Há até um estudo que mostra o contrário: a presença prévia de anticorpo contra a dengue numa mulher infectada pelo vírus da zika poderia prevenir essa transmissão materno-fetal.

Esses são aspectos de ciência básica que são fundamentais para a elucidação da resposta imunológica à vacina contra a dengue. Por exemplo, nós vamos ter uma vacina contra a dengue. Nós vamos indicá-la ou não para uma mulher em idade fértil? Não dá para responder a essa pergunta. Há muita pressão da indústria. Há três vacinas em desenvolvimento. Uma é a da Sanofi, já aprovada pela ANVISA e que está aguardando



precificação. Há 20 dias, houve uma grande cerimônia, o dia inteiro, de lançamento dessa vacina lá em São Paulo, mas, em nenhum momento, discutiu-se esse aspecto de que estou falando.

Para se incorporar um agente no Programa Nacional de Imunizações... Eu dou muitas aulas no Brasil sobre imunização, principalmente em idoso, vacina pneumocócica, vacina de gripe. Até tenho um eslaide muito interessante que mostro sempre: qual o fator que mais leva uma pessoa a ser vacinada? Quando ela e o médico estão de acordo que ela deve tomar vacina. Se o médico ou o profissional de saúde orientar essa pessoa... Eu sei que, na minha classe, há muita gente que não concorda com isso, mas acho que qualquer profissional de saúde, seja enfermeiro, seja farmacêutico, envolvido no atendimento à pessoa, tem um papel de convencimento para que a pessoa tome a vacina.

Como eu disse, há a vacina da Sanofi Pasteur, que foi lançada com pompa e circunstância há três semanas. Há também o estudo clínico da vacina do Butantan, que foi lançado com muita pompa e circunstância. As pessoas estavam dizendo que é melhor do que a da Sanofi, pois é uma dose só, enquanto a da Sanofi são três doses. Eu disse: *"Esperem aí, se quisermos fazer medicina ou ciência baseada em evidência, vamos esperar a conclusão do estudo"*. Esse estudo do Butantan está levando em consideração a possibilidade de coinfeção? Não, não está. Vimos o desenho do estudo e observamos que não está.

A nossa sociedade está tentando criar fundamentação para que se produza... O Brasil tem de estar na linha de frente disso, porque é aqui que está acontecendo isso. A nossa universidade tem de estar na frente disso. Nós temos de fazer estudo com esse produto vacinal. É aqui entre nós que ele tem de ser feito.

Há ainda a vacina da Takeda. O laboratório é japonês, mas quem a está desenvolvendo mesmo é a filial deles da Inglaterra e da Tailândia. E ela também está na fase III de pesquisa. Eles estão com menos pompa e circunstância do que os outros dois laboratórios.

O que nós da Sociedade Brasileira de Dengue e Arboviroses estamos martelando, mas com pouca repercussão infelizmente, é que, para a prevenção de dengue e de qualquer outra dessas arboviroses, tem que se discutir muito seriamente e enfaticamente saneamento básico. Se não colocarmos isso na linha de frente e colocarmos a vacina



como... Eu vejo muitos perguntarem: *"Quando vai ficar pronta a vacina contra a zika? Precisa ser rápido, em 1 ano"*. Quem estuda vacinologia sabe que isso não é factível. Quem diz isso está falando besteira, desculpem-me. Nós nem sabemos em relação ao zika qual é o anticorpo que se correlaciona à proteção. Como há quem fale que daqui a 1 ano vai ter vacina contra a zika se nem sei qual é o anticorpo que eu quero induzir?

Então, se nós não salientarmos o papel do saneamento básico... Existe trabalho realizado na cidade de São Paulo que mostra que em regiões em que se coleta lixo uma vez por semana há 16 vezes mais casos de dengue quando comparado a locais em que essa coleta se dá três ou mais vezes por semana. Se uma vacina protegesse isso, estaria bom.

Diante do que a Carla expôs, do que o Jurandi expôs, embora sendo Presidente da Sociedade Brasileira de Dengue e Arboviroses, não é que eu queira dizer que seja uma vacina inútil, que não tenha um papel, mas ela tem que ser incorporada com muito mais conhecimento do que nós temos hoje em dia, com muito mais subsídio. É uma vacina que tem uma limitação importante; ela não pode ser usada em criança com menos de 9 anos, pois os estudos clínicos só foram feitos até os 45 anos de idade, é um grupo muito restrito; ela requer três doses; ela protege contra o sorotipo 2, que é aquele que tem menos eficácia protetora, menos que 35%. O sorotipo 2 é o que vem aumentando este ano no Brasil. Então, por todos esses aspectos, ainda mais ressaltados por tudo o que nos foi exposto previamente, não é que eu ache que não deva ser incorporada, acho que se deve ter muito mais precaução e cautela.

Devemos discutir cada vez mais saneamento básico e arbovirose: que tipo de urbanização nós queremos para as nossas cidades? Isso vai ter impacto a curto prazo? Certamente não. Na última reunião da Organização Mundial da Saúde, realizada em abril, em que discuti o impacto mundial da zika, a sexta conclusão — foram oito conclusões —, está lá escrita, diz que todos os processos enfatizados em quase todo o mundo de combate ao vetor intradomiciliar, única e exclusivamente peridomiciliar, são "inócuos". Esta é a palavra que está escrita lá.

E isso vem se revestindo muito mais de caráter, vamos dizer assim, midiático do que de efetividade. Com tudo o que temos aqui no Brasil, desde outubro ou novembro — a dengue está circulando entre nós há 30 anos, com mais ou menos ênfase —, talvez neste ano houve a maior ênfase de todas: *"O mosquito não vai vencer o Brasil"*; *"Vamos*



matar o mosquito dentro da nossa casa". Em que resultou isso? Nós temos 50% a mais de casos de dengue este ano do que no ano passado. Então, isso precisa realmente ser discutido. Eu acho que vacina pode ser uma parcela da solução. E estou falando da dengue especificamente, que é o que já temos.

Em relação à zika e à *chikungunya*, nós temos aspectos... Hoje saiu uma publicação, que foi até enfatizada no *site* Globo.com, informando que a maior causa de letalidade por arbovirose no Nordeste do Brasil este ano foi por *chikungunya*, que era, até então, tida como uma doença relativamente benigna na sua gravidade, mas que deixava muita sequela a longo prazo. Este ano, 45 pessoas morreram por *chikungunya* no Nordeste do Brasil. Então, nós precisamos entender: será que essas pessoas tinham anticorpo contra dengue previamente? Será que tiveram *chikungunya* de uma forma mais grave? Não sei. Isso é importante. Essa discussão é absolutamente relevante quando nós discutimos a vacina.

Eu quero enfatizar uma vez mais a importância da imunização. Nós, como infectologistas, circulamos por várias áreas das infecções. Há um artigo na *New England Journal of Medicine*, uma revista médica das mais importantes do mundo, de 2011, mostrando as intervenções médicas que mais impacto causaram na história da humanidade. Em terceiro lugar, foi a hemodiálise; em segundo lugar, a imunização; e, em primeiro lugar, por incrível que pareça, a terapêutica anti-HIV. Isso ressalta a importância da vacinação.

Como profissionais de saúde, quando se está na linha de frente disso, Carla e Jurandi, nós todos temos que nos antepor a essa mistificação de que vacina é causadora de malefícios. Certamente isso está na contramão das evidências científicas, na contramão da história. Isso é um absurdo! Tudo o que eu falei aqui em relação à dengue não quer dizer que eu me contraponha à vacina contra a dengue, mas acho que ela precisa realmente ser muito mais bem analisada, ainda mais diante de toda essa circunstância. Nós não estamos voando num "céu de brigadeiro" nem navegando num "mar de comodoro", em que possamos implementar, incorporar essas novas tecnologias sem uma discussão muito aprofundada, ainda mais com essa circunstância de circulação desses três vírus no nosso Brasil.

Era isso o que eu tinha a dizer.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Dr. Artur.



Eu queria, além das contribuições que a Deputada Carmen Zanotto deixou e à luz das questões aqui levantadas, colocar algumas questões para a Mesa.

Primeiro, eu acho que esta audiência nossa, nesta última semana deste semestre legislativo, é muito importante.

Inclusive fizemos um esforço para mantê-la, com toda a dificuldade de data, porque também deverá haver, já no início do próximo semestre, uma audiência pública para discutir a questão da dengue. Eu acho que, ao mesmo tempo, nós já estamos fazendo um pouco essa discussão aqui. Estou convencido de que a situação é mais grave do que tínhamos de noção aqui na Casa em relação à questão do abastecimento.

Eu estava pensando aqui em algumas questões que eu queria levantar para os três convidados. Acho que nós precisamos fazer uma agenda interfederativa do problema, envolvendo o Ministério, o CONASS e CONASEMS. Acho também que tem que haver um grupo de trabalho para discussão. Inclusive vou oficializar isso, como autor do requerimento e como Vice-Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família. Amanhã nós vamos debater isso aqui, porque eu estou ficando muito preocupado com essa questão. Acho que cresceu muito o programa e em algum momento se perderam as pontas.

Eu acho que as várias transições que houve no Ministério nos últimos anos trouxeram prejuízo para a estabilidade. Estávamos vivendo com a média de um Ministro por ano, depois passamos por certa estabilidade e agora estamos com quase um Ministro por semestre — o Ministro Padilha foi até 2014; depois o Ministro Arthur, até 2015; o Ministro Marcelo, 2015 e 2016; e agora, o Ministro Ricardo Barros. Na realidade, essa transição traz prejuízo para a estabilidade. Eu acompanhei muitos Secretários Municipais, muitos Secretários Estaduais e percebi que alguns Estados, nos quais havia muita instabilidade, tiveram problema sério depois na questão das políticas. E o Programa Nacional de Imunizações — PNI é realmente, como disse a Carla, um programa de Estado. Ele não pode ser encarado como programa de Governo, mas, sim, de Estado. Porém, à medida em que há alta instabilidade nas políticas de Governo, afeta as políticas de Estado. Essas políticas mais sensíveis, como é o caso da imunização, sofrem rapidamente. E aí fica nisto: os laboratórios que são parceiros do programa terminam ficando com interesse só naquilo que é bom para eles; eles não pensam no todo, só pensam no seu interesse. Quer dizer, quando um determinado laboratório diz que



determinada linha não o interessa mais, larga para lá e o Ministério que se vire, ele não está pensando na República; ele está pensando no interesse dele. Mas, quando é lucrativo para ele incorporar uma determinada vacina ou liderar uma determinada Parceria para o Desenvolvimento Produtivo — PDP, aí ele se interessa.

Então, eu acho que essa visão republicana está em falta dentro dessa questão. Acho que nós precisamos debater, discutir isso. Eu senti falta disso. Carla, eu queria colocar que isso é uma coisa... Evidentemente, a senhora também está vivendo uma transição, muitas vezes, fragilizada nessa questão, mas eu acho que nós precisamos ter mais clareza disso.

Nossa Presidenta, outra coisa: eu acho que nós precisamos explicitar melhor os problemas do ponto de vista das suas causas, dos efeitos, das soluções e dos cronogramas. Eu senti falta disso.

Nossa Presidenta, Deputada Conceição Sampaio, seja bem-vinda aqui.

Então, eu acho que teríamos de pensar melhor qual é o problema que está ligado à questão de infraestrutura dos laboratórios na transição com a ANVISA e por que não houve um termo de ajuste de conduta com a ANVISA para que pudesse ser feita a programação do desmame e da transição de boas práticas sem prejuízo para o programa. Eu acho que este é o dever de casa: se for o caso, nós temos que chamar a ANVISA aqui para debatermos sobre isso. Inclusive ficamos no maior dilema quanto ao acordo de procedimento, que só são quatro em cada audiência. Mas, neste caso aqui, eu acho que nós vamos ter que incorporar a ANVISA para que possamos debater. Eu não tinha noção dessa gravidade.

E há mais: eu acho que vamos ter que fazer uma próxima audiência com os laboratórios. Vamos trazer o Butantan, o Farmanguinhos, o Vital Brazil e a Fundação Ezequiel Dias — FUNED para que possamos ouvir algo deles também.

Nós já vamos montar a próxima audiência para termos uma dimensão. Isso envolve questões de boas práticas e gestão dos laboratórios. Acho que é importante o CONASS chamar esse debate para ele próprio e em sua assembleia puxar essa discussão, Jurandi. A FUNED é do Governo de Minas Gerais. Como é que a Secretaria de Saúde de Minas Gerais está discutindo com a FUNED essa questão? O Instituto Vital Brazil — IVB é do Governo do Rio de Janeiro; o Butantan, do Governo de São Paulo; o Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos — CPPI, do Paraná. Só aí há três Estados importantes



envolvidos com laboratórios que estão em crise em relação ao Programa Nacional de Imunizações.

Então, o CONASS tem que colocar esse debate na agenda, ter isso como agenda curta, no miúdo, ou seja, verificar o que tem a ver com boas práticas, o que tem a ver com gestão. Isso porque nós temos clareza de que não há problema de financiamento. Está lá o orçamento dos 3,2 bilhões de reais garantidos. No ano passado, quando vimos que chegou o zika, nós colocamos 500 milhões de reais só para a incorporação tecnológica, só para incentivar os laboratórios e os pesquisadores e cientistas brasileiros. Foram publicados 1,2 bilhão de reais só para editais do CNPq. Isso se deu a partir de iniciativa da Comissão de Seguridade Social e Família, que provocou a Comissão de Orçamento e colocou 500 milhões de reais, em função da questão da zika.

Nós não estamos diante de uma situação de financiamento do programa, mas diante de uma situação de gestão. Eu acho que, devido a essas transições por que passou o Ministério da Saúde — Ministros Padilha, Arthur Chioro, Marcelo Castro, e agora o Ministro Ricardo... Ao mesmo tempo, também houve a transição das boas práticas por parte da ANVISA. Então, eu acho que precisávamos de causas, de efeitos, de cronogramas para essas soluções.

Quanto ao enfrentamento, eu acho que essa questão dos grupos antivacinas é uma agenda que tem de ser feita com a educação. Eu acho que esta é uma grande agenda para o CONASEMS e a União dos Dirigentes Municipais de Educação — UNDIME: fazer o debate nas escolas. Nós temos que fazer com que o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde promovam esse debate em conjunto. Eu acho que o próprio Ministério da Saúde tem que fazer campanha nas redes sociais, fazer a contraofensiva nas redes sociais sobre essa questão da imunização, reforçar as campanhas de vacinação na televisão. Isso é um modismo. Às vezes é um modismo que pega.

A Europa foi muito forte nisso, o Japão foi muito forte. Enfrentamos grandes debates. Eu, como sanitarista, enfrentei alguns sanitaristas que também eram antivacina. Isso foi motivo de bons debates. Mas isso tem que ser uma coisa isolada. No momento em que isso começa a se tornar uma prática, um modismo, o Ministério tem que intervir, tem que fazer campanha, da mesma forma que fez contra o tabagismo, contra as drogas, contra o álcool. Eu acho que isso é modismo. O Ministério tem que colocar isso na agenda republicana. Ou seja, da mesma forma que uma agência de publicidade faz uma



série de campanhas, tem que colocar a questão em todos os sentidos, inclusive nas redes sociais. Acho que isso é uma coisa importante.

Agora vou colocar uma questão tanto para a Sociedade Brasileira de Dengue e Arboviroses quanto para a FUNAD, para o CONASEMS e para o Ministério. Eu acho que no Brasil nós nunca construímos uma boa relação; estabelecemos uma relação de falsidade. Por exemplo: temos que incorporar tecnologia. Quando a tecnologia surge, ela tem que ser incorporada, mas ficamos sem querer incorporá-la porque temos medo de discutir com o complexo produtivo. Temos que acabar com isso! O Estado brasileiro é o maior consumidor do complexo produtivo da saúde. Por quê? Porque é um sistema universal! Ele é consumidor, não é produtor. Ele produz pouca coisa. Mas ele é consumidor, então tem que dialogar com o mercado.

Eu fiz o meu pós-doutorado no Canadá e os meus colaboradores Jean-Louis Denis e Pascale Lehoux tinham um grupo só para discutir avaliação, tecnologia e saúde. E há uma diferenciação na maneira como eles e os europeus trabalham. Os europeus trabalham muito no *post facto*. Eles jogam no PET Scan e depois avaliam qual foi o impacto. Eles estão discutindo, antes do PET Scan ser lançado, como é o complexo produtivo, e o Estado vai discutir. Essa é a diferença entre o modelo liberal americano, o modelo europeu e o nosso. Como o nosso sistema é universal, a vacina, principalmente, é praticamente responsabilidade do Estado; então, o Estado garante a universalidade da vacina. O Estado tem que dialogar com o complexo produtivo em todos os sentidos e não pode ter medo de discutir, senão vai ser tratorado.

Eu me lembro do dilema que era no Ministério da Saúde a discussão sobre o HPV. Chegou-se a um momento em que tinha que incorporar... Em 2009, eu estava no Canadá e minha filha foi lá, com a autorização da escola, para que fosse ministrada nela a vacina do HPV. Quando chega ao Brasil, há um dilema: a vacina não tem eficiência, não tem eficácia, não sei o quê, não sei o quê. Depois que os Estados começaram a discutir, lá foi o Ministério correndo atrás e teve que incorporar.

Eu estou colocando isso para dizer que também estamos fazendo esse debate sobre a incorporação tecnológica numa frente Parlamentar. Estamos discutimos a incorporação tecnológica para esse enfrentamento das arboviroses.

Eu acho que podíamos discutir aqui algo de que sinto falta: uma agenda do Ministério da Saúde sobre as pesquisas brasileiras e as realizadas fora do País em várias



áreas e possíveis processos de incorporação. É evidente que a CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, criada pela lei que trata de incorporação, veio nessa perspectiva. Mas, na minha concepção — e é neste sentido que temos de fazer um debate —, a CONITEC não é passiva, a indústria é que provoca, vai lá e incorpora. Temos que pensar em como o Estado pode fazer uma aliança com a academia brasileira, com editais, com pesquisadores, para que a nossa própria academia, com um grupo de pesquisadores e avaliadores, possa dialogar e ter com o Ministério e conosco aqui na Câmara o *expertise* para esse debate.

Eu estou colocando essa questão porque acho que nisso não podemos ficar a reboque da indústria nem da emoção, como bem disse o Artur Timerman.

Nós vivemos esse problema agora nesta Casa. A fosfoetanolamina foi um grande problema. Conseguimos fazer uma lei, está toda na ANVISA, que tem de produzir um medicamento — aí, sim, trata-se de emoção — para pacientes terminais, que veem nesse medicamento sintético uma possibilidade, uma chance de cura. Eu mesmo tenho uma amiga com câncer de mama avançado que me liga perguntando: "*Quando é que nós vamos ter acesso a essa droga?*" Nessa discussão temos de fazer a mediação. Eu acho que a ideia desta nossa audiência é trabalhar.

Nesse sentido eu acho que devemos pensar nesses problemas com uma velha prática nossa: "*trocar pneus com o carro andando*". Ao mesmo tempo em que estamos tendo problemas com o abastecimento de soro e de vacinação, não podemos deixar de discutir a incorporação tecnológica. Eu acho que essa é uma agenda que temos que fazer simultânea e assincronicamente. Temos de ir trabalhando os problemas e encontrar solução, pois alguns problemas são estruturais, outros são conjunturais. Temos de discutir essas questões, porque nós precisamos dessa agenda.

Conforme disse o Artur, há três vacinas. Uma delas já está aprovada pela ANVISA. Porém, há um problema: são necessários quase 3 meses para precificá-la.

Eu acho que temos de fazer, Presidenta, no caso da ANVISA — amanhã eu vou colocar isto —, uma solicitação no sentido de que ela justifique por que até hoje essa vacina não foi precificada. Isso não se justifica, porque há pessoas que querem ter acesso a ela, mas até hoje não está precificada. Então, temos essa questão da precificação, do Butantan e da Takeda, não é isso?



Portanto, há três vacinas sendo discutidas. No âmbito dessas vacinas, surgiram agora a contra a *chikungunya* e a zika, que vão incorporar mais questões nesse processo todo.

Essas são algumas questões que eu queria colocar. E eu queria saber um pouco, Carla, como está a questão do sistema nominal de que você falou. Parece-me interessante. Isso está dentro e-SUS AB, é paralelo? O e-SUS AB é o prontuário eletrônico, é um sistema que está sendo implantado pelo Ministério da Saúde dentro do processo de informatização do prontuário eletrônico. E eu queria saber também como isso casa com o sistema nominal de vacina.

Eu fico muito feliz pelo fato de hoje não precisarmos mais falar de vacinas de crianças, e sim de vacinas de família. Isso para mim é uma coisa boa, ótima! Temos a criança, o adolescente e o idoso. A vacina agora não é mais uma coisa... É por isso que essa questão da campanha antivacina é fundamental para que esse modismo não pegue e nos traga prejuízos.

É isso.

Antes de passar a palavra para você, Carla, eu queria passar a palavra para a nossa Presidenta, que está aqui e tem dirigido tão bem a nossa Comissão de Seguridade Social e Família.

A SRA. CONCEIÇÃO SAMPAIO (Bloco/PSDB - AM) - Muito obrigada, meu querido amigo Deputado Odorico.

Inicialmente, quero cumprimentar todos os que compõem esta Mesa, as pessoas que estão nesta plenária e também lembrar da importância deste debate no dia de hoje. O Programa Nacional de Imunizações é certamente um dos mais importantes que temos no Estado brasileiro.

Veja, Deputado Odorico, a importância deste debate: tentar tirar da cabeça do cidadão ou da cidadã o que V.Exa. acaba de dizer. Às vezes alguns modismos são muito prejudiciais, como esse que hoje o Brasil está enfrentando. Digo isso porque essa questão da vacina contra o HPV veio do Amazonas e sei muito bem o que representa para a população do meu Estado e de todos os demais Estados do nosso País o PNI.

No Amazonas tivemos a oportunidade, há cerca de 2 anos, de ter dentro desse Programa Nacional de Imunizações, para as meninas de 9 anos, 10 anos, 11 anos, a vacina contra o HPV. Foi uma luta muito grande, mas o Amazonas foi um dos



protagonistas. Enquanto o Brasil ainda não estava adotando em todos os lugares, o Amazonas já estava oferecendo.

Manaus, infelizmente, hoje é capital mundial do câncer de colo do útero. Então, preparar uma nova geração de mulheres, evitando essa doença, faz a diferença. Nós sabemos o que a vacina, de modo geral, pode trazer na promoção da saúde pública. Quando falamos em saúde, sempre falamos de doença. Temos que promover a saúde.

Deputado Odorico, V.Exa. sabe quanto, na Comissão de Seguridade Social, da qual V.Exa. é Vice-Presidente, todos os colegas Parlamentares estão empenhados na reconstrução deste País e, acima de tudo, em assegurar saúde de qualidade à população que aqui representamos. Essa é uma discussão extremamente importante para nós. E essa discussão sobre o PNI e a garantia de se ter nesse programa de imunizações vacinas contra a dengue e a zika é fundamental, faz a diferença. Se nós não temos problemas de financiamentos, já é um grande passo.

E digo isso porque pelo que mais se luta nesta Casa hoje é para que não tenhamos mais nada sendo retirado da saúde. Temos conversado muito com o nosso querido Ministro Ricardo Barros nesse sentido. E temos que fazer com que a seguridade social faça parte, nesta Casa, desse tripé tão importante, no qual está a saúde.

Então, precisamos ter voz ativa em defesa da população, cobrando saúde de qualidade. E o PNI não poderia ficar de fora desta discussão.

Obrigada, Deputado Odorico Monteiro.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigada, Deputada.

Passo a palavra à Carla.

A SRA. CARLA MAGDA ALLAN SANTOS DOMINGUES - Obrigada, Deputado Odorico.

Obrigada pela presença, Deputada Conceição Sampaio. Infelizmente a senhora não estava presente no momento em que eu fiz a apresentação, mas, neste momento da discussão, é importante sua participação.

Vou tentar ser sintética. O Deputado Odorico trouxe pontos importantes e acho importante esclarecer algumas coisas. Infelizmente, em 15 minutos não conseguimos abordar tudo.



Quando eu mostro um orçamento de 3,4 bilhões de reais, estou falando de orçamento para aquisição de insumos e não de investimento. Hoje os laboratórios públicos, principalmente os laboratórios estaduais, dependem do Governo Federal.

Qual é a justificativa do Governo do Estado de São Paulo para investir em laboratório público, sendo que hoje, apesar de ele ser estadual, produz 100% de seus produtos para o Governo Federal?

Então, com essa crise de financiamento para tudo, na minha opinião, se ele está produzindo para o Estado, em âmbito nacional, e não regional, ele tem que ter investimento público nacional.

Quando se discutiu essa questão, eu era ainda muito nova, não vivi isso, eu estava trocando fralda naquele momento. A primeira crise de abastecimento foi em 1986. Gonzaga Abreu e Lima, que foi meu primeiro chefe, mudou a história deste País. Ele tomou para si a responsabilidade e mudou a história da produção de soros neste País ao criar uma política de investimento em laboratórios públicos.

Nós criamos um programa que tinha um investimento de 250 milhões, mas que não saiu do papel. Hoje não há investimento do Estado nos laboratórios públicos. Quando se discute, quando se vai à mesa de negociação para adquirir a vacina, vem a questão da legislação. A Lei nº 8.666, de 1993, não está preparada para aquisição de insumos, ela serve para comprar caneta e papel. Como eu disse, ela não está preparada para a compra de insumos.

E se coloca na mesa de negociação que o laboratório tem que reduzir preço. Como ele vai reduzir preço se ele tem que adequar uma boa parte da fabricação e fazer uma reforma no processo produtivo? É isso o que temos de olhar, o todo, e não ficar crucificando o laboratório, dizendo que ele não está produzindo e não se adequou. Ele tem uma agenda de investimento que precisa ser feita, mas ele não tem o orçamento para fazê-la porque o preço da aquisição da vacina não pode ser reduzido. Ele não precifica a vacina o suficiente para poder gastar em investimento.

Ao mesmo tempo, ficamos nessa amarra legislativa que tem um monte senões, em que os servidores são colocados o tempo todo em PAD — Processo Administrativo Disciplinar porque não estão seguindo a lei, porque não estão seguindo a burocracia dos processos administrativos para aquisição de insumos.



Nós estamos hoje numa amarra que não é só da ANVISA, mas é de todo um processo legislativo de aquisição de insumos, que não está preparado para essa complexidade que virou o SUS, no que diz respeito à questão dos insumos.

Quando colocamos que a ANVISA exigiu demais, que deveríamos ter diminuído antes, também acho que deveríamos refletir um pouco. Desde 2006, a ANVISA vinha cobrando a questão das boas práticas de fabricação e os laboratórios empurrando com a barriga porque não tinham recursos.

A ANVISA também é legislada por um órgão internacional. Se ela não seguir a normativa de que os seus laboratórios estejam com boas práticas, ela perde a condição de agência reguladora internacional também. Então, efetivamente foi-se empurrando, empurrando, empurrando até o momento em que não havia condições mais. Por outro lado, se a ANVISA não tivesse feito isso, muitos laboratórios ainda estavam produzindo produtos — e eu concordo com a Deputada Carmen — com segurança, mas com condições completamente inadequadas, porque os laboratórios não podem exportar. E hoje, se os laboratórios tiverem boas práticas de fabricação, eles podem inclusive ser exportadores e ter o aumento de divisas à medida que aumentam a produção.

Portanto, é toda uma roda que nós temos que olhar, porque, se uma engrenagem dessas não funciona, nós não conseguimos ver o todo.

Eu acho que não é só a questão da ANVISA, não é só a questão do Ministério da Saúde, não é só a questão, como o senhor mencionou, Deputado, das várias mudanças de gestão. Eu acho que está no momento realmente de pararmos e olharmos toda a engrenagem: o marco jurídico para se adquirir vacinas, o marco regulatório, o marco de financiamento desses laboratórios. Isso porque, se não tivermos um marco de financiamento, daqui a 3 anos vamos estar discutindo esse mesmo processo. Como mudarmos esse processo? Nós estamos conseguindo, sim, aumentar o orçamento do PNI para aquisição do insumo, mas nós não estamos conseguindo aumentar o investimento para que haja realmente a melhoria dos processos de produção, que é uma melhoria para podermos ser um mercado exportador de insumo.

Com relação à vacina contra a dengue, eu acho que hoje nós não tivemos tempo de discutir. Eu nem sabia que a tônica era essa, mas eu concordo plenamente com o Artur. Nós não somos contra a introdução da vacina contra a dengue no Programa Nacional de Imunizações, mas temos muitas dúvidas e há muitas questões que precisam ser



esclarecidas. Nós precisamos introduzir essa vacina com critério no programa. Essa vacina respondeu muito bem nas pessoas que já tiveram contato com o vírus anteriormente. Como é que essa vacina vai se comportar em uma região, vamos supor, do Paraná, onde há baixa incidência da doença? Pode ser que essa vacina traga eventos adversos dos quais nós não sabemos. Como é que essa vacina vai se comportar quando houver uma circulação forte de *chikungunya* e zika? Ela vai trazer algum efeito colateral?

Então, sobre a discussão do PNI, entendendo a importância dessa vacina e a necessidade dela, nós criamos um grupo de trabalho que ficou 1 ano discutindo essa questão, antes mesmo de a vacina ser registrada. Nós lançamos um relatório, no qual colocamos todas essas questões. E a nossa sugestão é que essa vacina seja implantada em um projeto-piloto, para que nós possamos avaliar efetividade e não eficácia, que são coisas completamente diferentes. A eficácia é um estudo clínico controlado em pessoas saudáveis, as quais o pesquisador sabe exatamente quem são. Quando eu falo de efetividade, refiro-me a introduzir uma vacina no mundo real, pois eu vou trabalhar com pessoas que apresentam comorbidade, com processos complexos de utilização. Eu não sei qual vai ser o efeito dessa vacina se eu tomar a primeira dose e abandonar as doses subsequentes e depois eu tiver uma reinfecção pelo vírus da dengue.

Então, há tantas perguntas sem respostas... É esta discussão que nós estamos fazendo no programa: como nós podemos introduzir e fazer um estudo de efetividade para avaliarmos e acompanharmos o efeito dessa vacina na população em geral?

Portanto, eu acho que, diferentemente de outras vacinas que não tinham esse monte de questões por trás, essa vacina é muito complexa. E nós precisamos ter a responsabilidade sanitária de pensar como vamos introduzi-la no programa.

Quando se lançou o e-SUS, que é o prontuário eletrônico, a primeira coisa que nós fizemos lá foi discutir como colocarmos o PNI dentro dessa proposta para que não tenhamos um sistema paralelo. Só que o nosso sistema já estava lançado, e o DATASUS não conseguiu integrar todas as funcionalidades do SI-PNI no e-SUS.

Portanto, é disto que gostaríamos: que o DATASUS também pudesse fazer a integração de todas as funcionalidades de que nós precisamos para gerenciar o Programa Nacional de Imunizações dentro do e-SUS. Mas, infelizmente, nós não conseguimos fazer essa agenda, dentre tantas agendas que o DATASUS tem, para que



possamos abandonar o SI-PNI e efetivamente termos todas as funcionalidades desse sistema dentro do e-SUS.

Creio que tentei ser o mais objetiva. Estou à disposição se precisar complementar alguma coisa.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Carla.

Vamos passar a palavra ao Sr. Jurandi Frutuoso, para completarmos a rodada e passarmos às considerações finais.

O SR. JURANDI FRUTUOSO - Eu acho excelente a sua sugestão de trazer os laboratórios do CONASS para fazermos essa discussão de maneira mais direta. Quem sabe, já na próxima assembleia, convidá-los e discutir isso com mais profundidade para ver o que está pegando. O fato é que está pegando, e a população está numa situação de ameaça, está fragilizada porque está pegando. Temos que discutir qual é o problema e colocar a solução na mão de cada um que tenha a atribuição de fazer algo, cada qual com a sua competência. Todavia, não é admissível hoje, num país com 200 milhões de habitantes, eu saber que, se amanhã eu for mordido por uma cobra, vou morrer porque não há soro. Isso é ridículo! Isso é século XVIII. Não dá para admitir algo desse tipo.

Há uma questão que nós vamos ter que corrigir aqui. Esta audiência está sendo transmitida por aí afora. Se nós passamos aqui a impressão de que temos financiamento suficiente, é hora de corrigir. Se a minha fala aqui passou essa impressão, eu me desculpo ao vivo e reafirmo que nós estamos vivendo um processo de subfinanciamento drástico da saúde pública no Brasil.

Em relação às comparações feitas com qualquer país do mundo, até os mais pobres, nós estamos em situação vexatória: são menos de 300 dólares por habitante/ano, algo em torno de 15% ou 20% do que gasta um canadense, um inglês e talvez 10% do que gasta o americano.

E não são boas as notícias. É bom que se tenha um olhar bem especial para essa PEC 241/16, para ver qual a implicação que ela vai ter na saúde pública brasileira, o que ela vai trazer de agravante para a saúde pública brasileira. O fato é que nossa população, que é 75% usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde e que está aumentando a cada dia por conta dos que estão saindo de planos de saúde e indo para o SUS, não pode ficar ameaçada por conta do subfinanciamento. E onde ela afeta a questão da vacina? Na desestruturação da rede, conforme eu falei inicialmente; na complicação da rede de frios,



que está incompleta; no retardo — e aí eu não sei a que ponto a burocracia está forçando a barra — da aquisição desses insumos. Tudo isso é muito grave por conta da situação que o Brasil vive.

Então, nós temos que convidar o laboratório. Essa foi uma boa sugestão, eu não tinha pensado nisso. Excelente sugestão!

Agora, o Deputado colocou uma coisa que é fatal e que para mim é a causa básica: quatro Ministros em 4 anos, Deputado, quatro Ministros em 4 anos! Nem Prefeito do interior é desse jeito! Quatro Ministros em 4 anos! Isso tem implicação muito forte na desarrumação administrativa do Ministério da Saúde e daí para baixo, em Estados e Municípios. São programas e ideias novas, novos pensamentos, novas estratégias, que vão desarrumando as coisas, porque também desarruma internamente a equipe do próprio Ministério.

Estou usando a palavra "desarrumar" de propósito, pois dá aquela impressão de desarrumar mesmo. Isso vai forçando e fazendo com que tenhamos o Ministério desorganizado. Leva-se tempo para preencher o que fica vago, aumentando o meu estresse, o da Carla Domingues e dos Secretários como um todo.

Reafirmo o que disse no começo: a desacreditação do PNI é o último passo para a desacreditação do SUS como um todo. Esse é o programa que o povo mais respeita, de que ele mais gosta e que mais sabe que funciona, o povo daqui e o povo de fora. Se isso vier a ser desacreditado, terá sido o golpe de misericórdia no sistema, o que é muito grave. E não podemos nos calar a respeito, porque é muito sério.

Quanto à vacina, Deputado, eu tenho um pensamento parecido com o do Artur. Não é essa a vacina, ou a de uma ou de três doses. Tem que se ter calma, porque é a introdução de uma vacina nova para uma doença que tem quatro vírus. Já estão descobrindo coisas novas da zika. De repente, a zika era mais forte em Pernambuco, com 1.000 casos, sendo 1.700 no Brasil todo. Mas por que 1.000 casos em Pernambuco? Por que mais na Paraíba? É uma discussão nova, que não vamos querer adiantar aqui. Isso mostra que a ciência tem muitas variáveis. Nesse caso, para uma vacina de quatro vírus, para se conseguir uma boa imunização que proteja a população, que confira imunidade com dose única, que tenha eficácia de longa duração, que não produza efeito adverso e que tenha custo efetivo, é preciso ter um pouco de prudência, porque senão poderemos



estar dando um mergulho no escuro e fazendo uma iatrogenia, em vez de fazer a proteção de que população precisa.

Eu queria agradecer a oportunidade, despedindo-me. Estou satisfeito, porque foi um debate oportuno, ao qual se precisa dar sequência, com as sugestões que V.Exa. acabou de apresentar.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, nosso querido Jurandi! Eu fico feliz com essa ideia, que, pelo que entendi, é uma agenda dos Secretários para trabalhar uma proposta de investimento nos laboratórios oficiais. Na realidade, essa tem que ser uma política de Estado — e aqui está o nosso Mario Sergio Ramalho, que foi Secretário Executivo da ALFOB. Isso é fundamental, é estratégico. Vamos voltar a debater isso.

Vou passar a palavra ao Secretário de Pirenópolis, do CONASEMS.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. HISHAM MOHAMAD HAMIDA - Já estão todos convidados! Sejam todos bem-vindos! *(Risos.)*

Neste momento de preocupação nossa com o SUS, acho que Pirenópolis deve tranquilizar um pouco a todos.

Retomando a fala do Jurandi com relação ao financiamento, eu estava até preocupado com o entendimento. Acho que o fato de estar garantido o orçamento para o imuno, não significa que está todo o resto garantido. E há essa preocupação com a PEC 241, que só não passou agora porque foi inserido um dispositivo na PEC, no relatório da LDO 2017. Isso preocupa ainda mais. O CONASEMS tem trabalhado nisso, e pedimos o apoio dos nobres Deputados com relação à possibilidade de votar em separado. Relembro que o impacto da perda acumulada para 2017-2018 vai chegar perto de 13 bilhões, e isso produz um efeito dominó em todo o orçamento e financiamento da saúde.

Outra questão é essa articulação com os outros movimentos, seja da UNDIME ou do próprio Ministério da Educação. Mas, para fazermos essa articulação, temos que voltar à questão da garantia do abastecimento de imuno. É preciso que haja essa produção e tudo isso, para, quando formos articular e resolvermos executar, teremos o material necessário.



Com relação à dengue, esse é o posicionamento do CONASEMS, há essa preocupação. Já conversamos sobre a eficácia e a efetividade e de não deixarmos agir com o coração. Acho que temos que ter uma fundamentação técnica muito forte para olhar para a inserção dessa vacina contra a dengue e definir para qual população será destinada: para quem já contraiu ou não contraiu a doença. Temos que ser muito criteriosos com relação a isso.

E é o que tem que ocorrer, temos de trazer a ANVISA e os laboratórios para discutir tudo isso e encontrar o melhor caminho. A Carla disse que, desde 2006, isso vem sendo notificado pela ANVISA e pelos laboratórios, no sentido de haver essa mudança. Contudo, essa mudança depende também do financiamento. Assim, temos que trazer essa discussão à mesa, temos que trazê-la à audiência. Não há como negar que o financiamento é um problema crônico do Sistema Único de Saúde, que se vem agudizando, a cada dia mais.

Portanto, a luta é grande e tem que ser constante, principalmente agora em relação à PEC 241.

Era isso que tinha a dizer.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Com a palavra o Sr. Artur, para suas considerações finais.

O SR. ARTUR TIMERMAN - A minha participação final é só para enfatizar o nosso desejo, com a constituição da Sociedade Brasileira de Dengre/Arboviroses, que tenta ser multiprofissional, com médicos e outros profissionais da saúde. Nós temos trabalhado muito em conjunto com ONGs de saneamento básico. Acho cada vez mais fundamental fazermos isso. E nós temos o desejo ou a pretensão de trabalhar junto com autoridades do Ministério da Saúde, até para desenharmos — acho absolutamente fundamental, Carla, realmente termos isto — pilotos de campo para consubstanciar a eficácia ou a não eficácia dessa vacina.

Nós temos resultados de estudos realizados e publicados, conhecemos muito bem estudos que foram feitos em regiões do mundo onde não há zika nem *chikungunya*. Eu tenho dado muitas aulas no Brasil sobre dengue, *chikungunya* e zika. Até dezembro do ano passado, havia 56 trabalhos publicados sobre zika. Até dia 30 de maio, já passavam de 2.500. Imaginem a quantidade de informação que está surgindo, para conseguirmos juntar isso tudo! E ainda há a circunstância agravante de que, no Brasil, estão circulando



os quatro vírus da dengue e a chikungunya. Sobre esse negócio de gostar ou não da vacina, eu até disse ao pessoal da Sanofi: "Gostar, eu gosto dos meus netos, da minha família e do Corinthians, mas para vacina temos que ter fundamentação científica".

Há esse nosso desejo de poder interagir mais com o Ministério da Saúde, pois acho que falta um pouco essa possibilidade de interação. Quem sabe o Deputado Odorico tenha nos dado a oportunidade de começar a dar um estímulo a essa interação com as autoridades aqui?

Acho que a dengue, a zika e a *chikungunya* constituem problemas dramáticos, dramáticos! A Dra. Margaret Chan, da Organização Mundial de Saúde, da seção dos problemas emergentes, chegou a divulgar uma informação, há 3 semanas, em que prevê de 40 mil a 50 mil crianças nascendo com malformação fetal até 2020, sendo 30 mil delas aqui no Brasil!

E qual é o papel da dengue nisso, se houver algum papel? Eu imagino que haja. Mas é urgente que consigamos nos contrapor a isso. Nós, que temos visto essas crianças com malformações, vemos que é um drama humano, um drama pessoal, um drama social. Em Natal, há 14 crianças abandonadas por pai e mãe. O pai vai embora, o pai é covarde. E é impressionante que também haja caso de mães que abandonam. Há uma maternidade em Natal onde as enfermeiras têm que fazer plantão para balançar as crianças, porque elas não param de chorar.

Agradeço uma vez mais essa oportunidade, Odorico! Posso chamá-lo de Odorico?

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Sim.

O SR. ARTUR TIMERMAN - Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Eu gostaria de saber se mais alguém gostaria de se manifestar.

Entendo que foi muito proveitosa esta audiência pública, que está pautando uma agenda importante.

Ficou um dever de casa para o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde. Para nós, o dever é o de retomarmos uma nova audiência pública com os laboratórios.

Nós entendemos que o nosso parque tecnológico nacional está passando por uma crise, desde questões de financiamento na infraestrutura até questões de gestão, de greve, de abandono, inclusive com roubo de cavalos imunizados, o que traz prejuízo à produção de vacinas.



Estamos vivendo uma situação do século XIX, que é a questão do soro antiofídico. E não tem jeito! Eu, que fui médico no interior, salvei paciente ali na hora, não é, Jurandi? E você também fez isso. Fizemos isso lá em Icapuí e Quixadá, e você, em Pedra Branca. Isso para nós sempre foi um grande desafio. E hoje nós vemos o nosso Secretário de Saúde do CONASEMS passando por um sufoco, desesperado para salvar uma pessoa, buscando dose da vacina em algum lugar. Essa é uma agenda que para nós envolve manter o nosso parque atual, manter a produção de vacina, uma agenda de incorporação à luz de situações como a que estamos vivendo agora, com dengue, zika e *chikungunya*, sendo produzidas três vacinas. Essa é a agenda colocada, extremamente importante.

Vou encerrar dizendo que, para o próximo semestre, teremos várias novas audiências. Espero que tenhamos um semestre mais produtivo do que este, Presidente, pois tivemos as Comissões funcionando só durante a metade do semestre. Que, a partir de agosto, possamos fazer uma grande agenda de audiências públicas.

Agradeço aos senhores convidados e a todos os Deputados a presença e a contribuição.

Nada mais havendo a tratar, vou encerrar a presente reunião, antes convocando reunião de audiência pública para amanhã, dia 13 de julho, neste Plenário 9, às 9h30min, com o Ministro da Saúde Ricardo Barros.

Está encerrada a reunião.

Muito obrigado a todos.