



**Ministério Público do
Estado da Paraíba**





Ministério Público do
Estado da Paraíba

MANUAL DE ATUAÇÃO FUNCIONAL

SAÚDE

**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE
DEFESA DOS DIREITOS DA SAÚDE**

PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA
Oswaldo Trigueiro do Valle Filho

1º SUBPROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA
Nelson Antônio Cavalcante Lemos

2º SUBPROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA
Kátia Rejane Medeiros Lira Lucena

SECRETÁRIO-GERAL
Bertrand de Araújo Asfora

COORDENADOR DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
Adrio Nobre Leite

GESTOR DO PROJETO
Alcides Orlando de Moura Jansen

**COORDENADORA DO CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS
PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DOS DIREITOS DA SAÚDE**
Adriana Amorim de Lacerda

DIRETOR DO CEFAP
José Raimundo de Lima

COORDENADORA DO CEFAP
Cristiana Ferreira M.Cabral de Vasconcellos

NORMALIZAÇÃO
Christianne Maria Wanderley Leite - CRB-15/0033
Nigéria Pereira da Silva Gomes - CRB-15/0193

REVISÃO GRAMATICAL
Prof. Francelino Soares de Souza

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO
Geraldo Alves Flôr - DRT 5152/98
João Gomes Damasceno Filho - DRT 3982/01

IMPRESSÃO
Gráfica Santa Marta

P221M Paraíba. Ministério Público do Estado da.
Manual de atuação funcional da Saúde. - João
Pessoa: MPPB/PGJ, CAOP da Saúde , 2011.
163p.

1.Ministério Público – Saúde Pública – Paraíba
I. Título

CDU 347.963:614(813.3)

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
APRESENTAÇÃO	11
PARTE I	13
1 DOS FUNDAMENTOS DO DIREITO À SAÚDE	13
2 DEFINIÇÃO DE SAÚDE E DO SUS	16
3 DOS OBJETIVOS, ATRIBUIÇÕES, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
3.1 OBJETIVOS.	16
3.2 ATRIBUIÇÕES	16
3.3 PRINCÍPIOS	17
3.4 DIRETRIZES	19
4 O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE	20
5 DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES	21
5.1 DA COMPETÊNCIA DA DIREÇÃO NACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE (SUS)	24
5.2 DA COMPETÊNCIA DOS ESTADOS	26
5.3 DA COMPETÊNCIA DOS MUNICÍPIOS	27
6 DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	29
6.1 DA ATENÇÃO BÁSICA	30
6.1.1 Fundamentos da Atenção Básica	31
6.1.2 Da Infraestrutura e dos recursos necessários	33
6.1.3 Das Responsabilidades de cada nível de governo para a Estratégia Saúde na Família	34
6.1.4. Dos sistemas de referência e contrarreferência	37
6.1.5 Da Programação Pactuada Integrada - PPI	37

7 DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E DOS CONSELHOS DE SAÚDE	39
7.1 DOS CONSELHOS DE SAÚDE	40
8 DOS PLANOS DE SAÚDE	41
8.1 DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	43
8.2 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO	43
8.2.1 Definição	43
8.2.2 Estrutura	44
8.2.3 Prazo	44
9 DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	44
9.1 DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL	44
9.1.1 O Pacto pela Saúde	46
9.2 DO FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA	48
9.3 DO FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	50
9.4 DO FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	51
9.5 DO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	53
9.6 DO FINANCIAMENTO DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS	55
9.7 DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/00	55
9.8 DA ATRIBUIÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	56
9.9 CONCLUSÃO	57
10 DA SAÚDE DO IDOSO	58
10.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR	60
10.2 DIREITO AO ACOMPANHANTE	61
10.3 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VONTADE	61
11 DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	63
11.1 DIREITO AO ACOMPANHANTE DA PARTURIENTE	64
11.2 DIREITO AO ACOMPANHANTE	65
12 DA SAÚDE MENTAL	65
12.1 OBJETIVOS DOS CAPS	67
12.2 ESTRUTURA DOS CAPS	67

12.3 TIPOS DE CAPS	68
13 DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	69
14 RENAME	72
14.1 CRITÉRIOS PARA A ATUALIZAÇÃO DA RENAME.....	73
15 DOS EXAMES E DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	76
16 DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD	76
17 DA REGIONALIZAÇÃO	77
17.1 DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA NA PARAÍBA	78
18 DATAS DA SAÚDE	87
19 OUTRAS REFERÊNCIAS PRÁTICAS.....	95
19.1 COBRANÇAS INDEVIDAS	95
19.2 DECLARAÇÃO DE ÓBITO	96
19.2.1 Morte natural	98
19.2.2 Morte não natural	98
19.3 TRANSPLANTES	99
20 LEGISLAÇÃO	102
20.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	102
PARTE II.....	147
1 PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA	147
1.1 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA COMISSÃO PERMANENTE	147
1.2 PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA.....	149
2 COMPETE AO CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES-GERAIS - CNPG.....	151
2.1 PRESIDÊNCIA	151
2.2 CONSELHO NACIONAL-CNPG.....	152

2.3 PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA E PROCURADORES-GERAIS DE JUSTIÇA	152
3 COMISSÃO PERMANENTE DE DEFESA DA SAÚDE COPEDS .	153
4 CENTROS DE APOIO OPERACIONAIS OU ÓRGÃOS CONGÊNERES	154
5 ÓRGÃOS CONGÊNERES DE EXECUÇÃO	156
5.1 RECURSOS HUMANOS NO SUS	156
5.2 FINANCIAMENTO	156
5.3 PLANEJAMENTO	157
5.4 FISCALIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO	157
5.5 FISCALIZAÇÃO DO SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	157
5.6 CONTROLE SOCIAL.....	157
5.7 PODER LEGISLATIVO	158
5.8 SOCIEDADE CIVIL	158
6 COMISSÃO PERMANENTE DE SAÚDE.....	158
REFERÊNCIAS	161

PREFÁCIO

Diante de tantos desafios e diversos temas relevantes, a atuação do Ministério Público ganha traços significativos de complexidade. A sociedade de massa gerou conflitos os mais variados e densos. São muitas as atividades do Ministério Público, em diversos campos e áreas tão distintas. A carga de demandas enseja sempre maior preparo, sob diversos matizes. A exigência social envolve a necessidade de um tempo de resposta cada vez menor.

Frente a essa realidade, em setembro de 2010, a imensa maioria dos que fazem o Ministério Público da Paraíba se reuniu para discutir em profundidade questões institucionais, no primeiro *Workshop* de Alinhamento Estratégico, ocasião em que ficou muito nítida a pretensão da classe no sentido da atuação ministerial de forma *integrada* e *uniforme*, de tal modo que esse anseio passou a figurar como objetivo transversal em nosso Mapa Estratégico.

Um dos projetos imaginados para começar a garantir a concretização dessa ideia coletiva foi o de disponibilizar aos que fazem a Instituição Ministerial esta coleção de MANUAIS DE ATUAÇÃO FUNCIONAL, com o pensamento de minimizar esforços e, sobretudo, reduzir o tempo empreendido no trabalho de cada um. Na verdade, o material produzido tem o papel de facilitar o contato mais direto e rápido com questões enfrentadas no dia a dia, induzindo práticas otimizadas que auxiliem as nossas rotinas, transmitindo à sociedade a segurança jurídica de que falamos a mesma língua, do litoral ao sertão, materializando, enfim, o primeiro dos nossos princípios institucionais que é o da UNIDADE como está escrito na Carta da Nação

Mas, claro que não é só isso. O desafio que se lança ao Ministério Público é enorme. É preciso a introdução e o desenvolvimento de mecanismos que permitam o fortalecimento da Instituição. Os membros do Ministério Público são fortes pela dimensão profundamente transformadora que se encontra na essência das funções constitucionais a eles confiadas. Mas, serão mais fortes

com uma perspectiva de maior integração, e por isso os *Manuais* buscam também esse viés espontâneo de alinhamento integrativo.

No entanto, os caminhos apontados são puramente sugestivos. Não trazem também a exaustão dos temas apresentados. Os Centros de Apoio Operacional têm a missão de conduzir a concretização e o aprimoramento dos conhecimentos específicos agora estabelecidos. Como um primeiro passo de suporte e orientação, os *Manuais* devem obrigatoriamente passar por aperfeiçoamentos e evoluções naturais de entendimento.

Fica a certeza maior de contribuição inicial a uma jornada incansável de maior efetividade. A responsabilidade é coletiva. O desafio é de todos.

OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO
Procurador-Geral de Justiça

ALCIDES ORLANDO DE MOURA JANSEN
Corregedor-Geral do Ministério Público
Gestor do Projeto

ADRIO NOBRE LEITE
Promotor de Justiça
Coordenador do Planejamento Estratégico

APRESENTAÇÃO

A ideia da criação de um Manual Funcional nasce da necessidade de elaboração de roteiros para a atuação do Promotor de Justiça no desempenho nas diversas áreas dos direitos difusos e, aqui, especificamente, na área da saúde pública. Por óbvio, não se tem a pretensão de exaurir a matéria ou de traçar uma atuação única no Ministério Público da Paraíba. O propósito é de tentar auxiliar os colegas no mister institucional da defesa de um direito fundamental essencial, que reflete o próprio direito à vida.

O Manual contém referências sobre os aspectos legais do Direito à Saúde, o papel do Ministério Público, bem como a organização do sistema da saúde pública brasileira e paraibana.

Convém esclarecer que também será criado um ambiente virtual, onde o manual estará disponibilizado aos interessados, e que conterà uma interação com *links* de referência, bem como com o acesso ao Banco de Petições que contará com a colaboração dos Promotores de Justiça. Será um instrumento interativo, que espera contar com a colaboração dos membros do Ministério Público, com a indicação de outras fontes de consulta e outros elementos que colaborem na constante atualização.

Este é apenas o primeiro passo, modesto e despretensioso, com vistas a tentar auxiliar o colega Promotor de Justiça na complexa área sanitária, a fim de que o Ministério Público seja um defensor cada vez mais presente da sociedade.

Adriana Amorim de Lacerda
Promotora de Justiça Coordenadora



Parte I:

1 DOS FUNDAMENTOS DO DIREITO À SAÚDE

As disposições insertas na Constituição Federal de 1988 representam um avanço significativo das relações sociais no nosso país, notadamente na área da saúde pública, que passa a ser vista como um direito de toda a população ao acesso universal e igualitário às suas ações.

A ordem constitucional prevê no artigo 1º, III, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil o PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, dando-se ênfase ao entendimento de que o homem é sujeito de direitos, não objeto, e que merece a tutela de seus bens mais caros. Por outro lado, o artigo 5º assegura a todos os brasileiros o direito à VIDA. Diante desses dois vetores considerados essenciais nas relações jurídicas, surge o Direito à Saúde, uma vez que não se concebe o direito à vida humana digna, sem que o cidadão tenha a garantia de obter as condições mínimas necessárias para promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Além disso, saúde consiste num direito social (art.6º)¹, na perspectiva coletiva e tem aplicação imediata². O direito à saúde também está previsto como subsistema da Seguridade Social, compreendendo esta um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

No artigo 196, encontra-se a expressão concreta do direito relativo à saúde, com a previsão de que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹ BRASIL. (Constituição de 1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

² Art. 5º, § 1º da CF/88

Para tanto, deve o Estado Federal adotar políticas públicas, com financiamento adequado, a fim de garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde, como fatores preponderantes para o alcance da justiça social.

Na conjectura constitucional, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um *sistema único*, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, da integralidade da assistência e da participação da comunidade.

A organização desse sistema é garantida na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Faz-se necessário, portanto, que o Sistema Único de Saúde, da forma como foi planejado, seja uma realidade para a população que necessita conhecê-lo integralmente e possa obter a necessária qualidade dos serviços.

É imperioso que o Estado seja capaz de assegurar aos cidadãos condições para implementação dos fatores determinantes e condicionantes à saúde, que são, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais³.

O Direito à Saúde é uma conquista social que ganhou especial destaque constitucional, sendo o único serviço público considerado como de relevância pública⁴.

Na previsão legal, é inegavelmente certo que todos têm direito, mas na prática quantos ficam sem atendimento?

Assim, faz-se necessária a maior efetivação no cumprimento da prestação positiva relacionada a esse direito, para a garantia do

³ Art. 3º da Lei n.º 8.080/90.

⁴ Art. 197 da Constituição Federal - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

conceito de cidadania plena. Os dispositivos constitucionais detêm eficácia plena, no que tange ao tratamento do direito à saúde e merecem sua pronta aplicação e fiscalização, para que o texto expresso na nossa Carta Magna não se torne letra morta.

2 DEFINIÇÃO DE SAÚDE E DO SUS

A saúde possui múltiplos fatores determinantes e condicionantes. É um amplo conceito que não depende apenas de elementos biológicos e genéticos, mas para ele também contribuem os dados referentes ao ambiente em que o indivíduo está inserido, além dos elementos econômicos, culturais e dos hábitos vivenciados.

Para a Organização Mundial de Saúde, “Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente na ausência de doença ou enfermidade”.⁵

A definição legal de saúde está prevista no artigo 196 que diz que ela é um direito de cidadania, garantido mediante a adoção de políticas sociais e econômicas.

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde consiste no conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta. E, quando a capacidade da rede própria se mostra insuficiente, é permitido que a iniciativa privada atue de forma complementar, segundo as diretrizes do sistema⁶.

Os princípios do SUS norteiam as ações e serviços para uma lógica diferenciada da aplicada antes da Constituição de 1988, quando o conceito de saúde estava centrado na ideia de doença, de cura dos agravos à saúde. Na nova ordem, a ideia de saúde está ligada à qualidade de vida da população, no fortalecimento das atividades de prevenção e de promoção da saúde.

Nesta esteira, a lei ordinária⁷ prevê as condicionantes e deter-

⁵ Disponível em: < www.who.int/en/>.

⁶ Art. 199 da CF/88

⁷ Art. 3º da Lei n.º 8.080/90

minantes da saúde de uma população, enfatizando que os níveis de sua saúde expressam a organização social e econômica do País.

O grande desafio social é o de diminuir a distância do SUS legal e do SUS real. A legislação referente à saúde pública no Brasil é uma das mais avançadas, contudo, na prática, as desigualdades no acesso e na oferta de serviços é uma realidade cruel enfrentada pelos cidadãos, notadamente aqueles pertencentes à parcela mais carente da população.

O papel do Ministério Público na defesa desse direito vem sendo a cada dia mais necessário, com vistas a assumir o posto de agente transformador da realidade social, para uma atuação proativa a fim de salvaguardar os interesses da população.

3 DOS OBJETIVOS, ATRIBUIÇÕES, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE⁸

3.1 OBJETIVOS

São objetivos do Sistema Único de Saúde:

1 - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

2 - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir o direito fundamental da saúde;

3 - a assistência às pessoas, mediante a adoção de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

3.2 ATRIBUIÇÕES

Estão incluídas, ainda, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS

⁸ Lei n.º 8.080/90, artigos 6º a 7º

- 1 - execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador;
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- 2 - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- 3 - a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
- 4 - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- 5 - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- 6 - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- 7 - o controle e a fiscalização de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- 8 - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- 9 - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- 10 - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- 11 - a formulação e execução de políticas de sangue e seus derivados.

3.3 PRINCÍPIOS

1 - *Universalidade*: significa que a assistência do SUS deve ser igual e acessível a todos, independentemente de qualquer contraprestação (diferentemente da previdência social que permanece sendo um sistema contributivo);

2 - *Integralidade da assistência*: indica que os serviços de saúde devem funcionar, atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho. A inte-

gralidade deve assumir ações combinadas e voltadas para prevenção e cura. As ações de saúde devem estar articuladas com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial, entre as áreas que reflitam suas obras na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos;

Por atenção *Integral*, pode-se entender que deve ser dispensada ao paciente uma atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências e em todos os níveis de complexidade;

3 - *Preservação da autonomia das pessoas*: consiste num desdobramento do princípio da dignidade humana, obrigando as instituições ao absoluto e irrestrito respeito à identidade e à integridade de todo ser humano;

4 - *Igualdade da assistência à saúde*: não pode haver, nos serviços públicos, distinção entre as pessoas. A assistência deve ser oferecida sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Os atendimentos nos serviços públicos de saúde ou conveniados não podem conceder privilégios quantitativos, nem tampouco ou qualitativos, a nenhuma pessoa ou grupo. Entretanto, em alguns casos (idosos⁹, crianças, gestantes e portadores de necessidades especiais), o atendimento especial, *desigual*, é o responsável por preservar o princípio da igualdade, por atentar que a verdadeira igualdade consiste no tratamento desigual àqueles que se encontram em situação desigual. Em se tratando de saúde, é curial a conclusão da necessidade de uma assistência diferenciada à saúde de indivíduos com maior grau de carência física, mental, psicológica ou sensorial;

5 - *Direito à informação*: em que pese o fato do texto constitucional já garantir esse direito no artigo 5º¹⁰, o legislador ordinário pretendeu explicitar esse direito também no campo da saúde, para garantir o acesso às informações concernentes ao tratamento e condições de saúde do paciente.

⁹ Ver Capítulo 11 - Da saúde do idoso

¹⁰ CF/88, art. 5º: Inciso XIV: “É assegurado o direito de informação”; Inciso XXXIII: “Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações do seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral”.

6 - *Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário*:- o usuário do SUS tem o direito de saber a quem recorrer em caso de necessidade e como se utilizar dos serviços de saúde postos à sua disposição;

7 - *Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades*;

8 - *participação da comunidade*: opera-se através dos conselhos e das conferências de saúde¹¹;

9 - *descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo* dando-se ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

10 - *integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico*;

11 - *conjugação de recursos financeiros, materiais e humanos da união, dos estados, do distrito federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população*;

12 - *Capacidade de resolução em todos os níveis de atenção*;

13 - *Organização dos serviços públicos*.

3.4 DIRETRIZES¹²

(Art. 198 da CF/88)

1 - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

2 - Atendimento integral, com prioridade das ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

3 - Participação da comunidade.

¹¹ Ver Capítulo 8

¹² Art. 198 da CF/88

4 O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE

Conforme previsão constitucional¹³, o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Além disso, uma das funções institucionais do Ministério Público, dentre outras, é a de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.

Portanto, tendo a Constituição definido a SAÚDE como serviço de relevância pública¹⁴ e sendo o *Parquet* o legítimo defensor da sociedade, possui a instituição uma das atuações mais destacadas de salvaguardar o interesse maior das pessoas - a vida - direito difuso por excelência.

Conclui-se, assim, que a Constituição Federal não se preocupou apenas em prever direitos, mas também tratou de destinar um papel de destaque a um personagem especial, o Ministério Público, que passou a ter a função de zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública.

O Ministério Público tem uma tarefa preponderante na fiscalização das políticas de saúde, uma vez que se tratam de políticas públicas que, no Brasil, não são tratadas como prioridade.

É forçoso reconhecer que possuímos uma legislação avançada em termos de saúde pública, amparada por uma Constituição Cidadã de 1º Mundo, mas que está sendo aplicada num país de 3º Mundo. É por isso que cada vez mais é necessário um olhar atento às questões sociais e a cobrança aos gestores do amplo cumprimento do direito do cidadão, sob pena das previsões constitucionais não passarem de meras promessas.

¹³ Art. 127 da Constituição Federal

¹⁴ Art. 197 da CF/88

Dentro do universo de atribuições do Ministério Público, na área da saúde, elas podem se dar através da expedição de RECOMENDAÇÕES, TERMOS DE AJUSTAMENTO DE CONDUCTA e propositura de AÇÕES CIVIS PÚBLICAS, objetivando a implementação de políticas públicas de saúde e regularizar a oferta de serviços já disponíveis em todos os níveis de complexidade.

Para tanto, o Ministério Público tem se estruturado para tutelar esse direito fundamental.

Na Paraíba, existem as Promotorias Especializadas na defesa da saúde pública nas comarcas de João Pessoa e Campina Grande, e, nas demais localidades, a defesa do direito faz parte da atuação dos Promotores de Defesa dos Direitos Difusos.

Recentemente, foi criado o Centro de Apoio às Promotorias de Defesa dos Direitos da Saúde, incumbido de criar e articular as políticas públicas institucionais na área de proteção à saúde pública.

5 DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES¹⁵ **(Art. 15 a 19)**

A Constituição Federal prevê a saúde como direito de todos e como dever do Estado, mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação¹⁶.

O dever do Estado implica a atuação de cada um dos entes federativos, sendo competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência¹⁷.

O texto constitucional também informa, em seu artigo 4º, com-

¹⁵ Art. 15 a 19

¹⁶ Art. 196

¹⁷ Art. 22 da CF/88

petir à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde.

Por outro lado, a Lei n.º 8.080/90 prevê quais são as competências e as atribuições de cada um dos entes estatais, prevendo, como atribuições comuns, os seguintes itens:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

5.1 DA COMPETÊNCIA DA DIREÇÃO NACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE (SUS):

É de competência da União (Art.16. da Lei 8.080/90):

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar da formulação e da implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico;

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica;

d) da vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar a execução das ações de vigilância epidemiológica e dela participar;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

O Parágrafo único do art. 16 da Lei 8.080/90 prevê, expressamente, que a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

5.2 DA COMPETÊNCIA DOS ESTADOS

O artigo 17 da Lei n.º 8.080 estatui como competências da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução e ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de

referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

5.3 DA COMPETÊNCIA DOS MUNICÍPIOS

Aos municípios cabe a tarefa de execução, defesa e gestão da saúde. Por isso devem ser registradas suas relevâncias em matéria sanitária, sobrelevando-se o fato de estarem bem mais próximo do cidadão.

Conforme previsão constitucional, do artigo 30, VII:

Compete aos Municípios: [...] VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população.

Por outro lado, de acordo com o artigo 18 da Lei 8.080/90, compete à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS):

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico;

e) de saúde do trabalhador.

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

6 DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A *atenção à saúde*¹⁸ consiste em “um conjunto de ações e serviços de prevenção, promoção e proteção, assistência e recuperação da saúde, realizados pelo Sistema Único de Saúde e por ações ambientais, sociais e econômicas desenvolvidas por outros setores de governo, com o apoio e a participação técnico-política do setor saúde, para o atendimento das demandas e necessidades individuais e coletivas da população de uma localidade”.

A Atenção à Saúde¹⁹ também pode ser entendida como “tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, Sistema Único de Saúde, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica (ou primária) e a atenção especializada (inclui a média complexidade e a alta complexidade)”.

Existem, portanto, três níveis de atenção à saúde:

1. Atenção Básica - utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território;
2. Média Complexidade - é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento;

¹⁸ Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf>.

¹⁹ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15544>.

3. Alta Complexidade - conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando os demais níveis de Atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade).

Tal estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, sem que isso acarrete numa maior ou menor relevância entre os níveis, uma vez que a atenção deve ser integral.

Diante dessa organização, conclui-se que não é obrigatório para os municípios disponibilizar aos seus habitantes todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território, notadamente aqueles de menor porte, que podem organizar-se e reunir-se, regionalmente, objetivando garantir aos seus munícipes acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

6.1 DA ATENÇÃO BÁSICA ²⁰

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade,

²⁰ Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006 .

da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família como prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, sendo relevante que todos os municípios possuam a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia.

6.1.1 Fundamentos da atenção básica:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber, integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Áreas estratégicas da Atenção Básica:

Hanseníase

Diabetes

Tuberculose

Desnutrição
Infantil

Hipertensão
Arterial

Saúde da
Criança

Saúde da
Mulher

Saúde do
Idoso

Saúde
Bucal

6.1.2 Da Infraestrutura e dos recursos necessários

A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde elenca os itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - inscrição de Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - Unidade (s) Básica (s) de Saúde (s) com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até *30 mil habitantes*, localizada dentro do território pelo qual têm responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até *12 mil habitantes*, localizada dentro do território pelo qual têm responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

6.1.3 Das Responsabilidades de cada nível de governo para a Estratégia Saúde na Família

Devem as Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral - jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família

e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim;

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Devem as Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer, no Plano de Saúde estadual, metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de

incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs;

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

Deve o Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

6.1.4 Dos sistemas de referência e contrarreferência

Dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde, não há a obrigatoriedade de todos os municípios possuírem a estrutura completa para as ações da atenção à saúde, uma vez que a integralidade se completa em todos os níveis de complexidade. Contudo, deve o usuário ter garantido o sistema de referência e contrarreferência, para a *Resolutividade* de seu problema, provido o acesso de um serviço de atenção à saúde de menor complexidade para outro de maior complexidade e as contrarreferências, no sentido inverso para o local do primeiro atendimento.

Um sistema de referência, portanto, corresponde aos procedimentos, mecanismos e locais definidos para a transferência de usuários de uma unidade ou serviço de saúde para outro, no sistema de saúde²¹. Considerando-se o princípio da *regionalização*, este serviço deve estar localizado o mais próximo possível daquele que realizou o primeiro atendimento.

O atendimento ao usuário em um serviço de referência é uma ação que deve ser coordenada e executada pelo próprio sistema de saúde, que faz o encaminhamento do usuário acompanhado de relatório do atendimento realizado, com hipótese diagnóstica ou com diagnóstico conforme o caso e com o pedido ao serviço de referência ²²

6.1.5 Da Programação Pactuada Integrada - PPI

O sistema de referência e contrarreferência deve ser previamente planejado entre Estados e Municípios, sob a coordenação estadual. A Programação Pactuada Integrada de Assistência à Saúde - PPI - é um instrumento de planejamento que visa à programação da atenção à saúde e à alocação de recursos da assistência à saúde, a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde inexistentes num

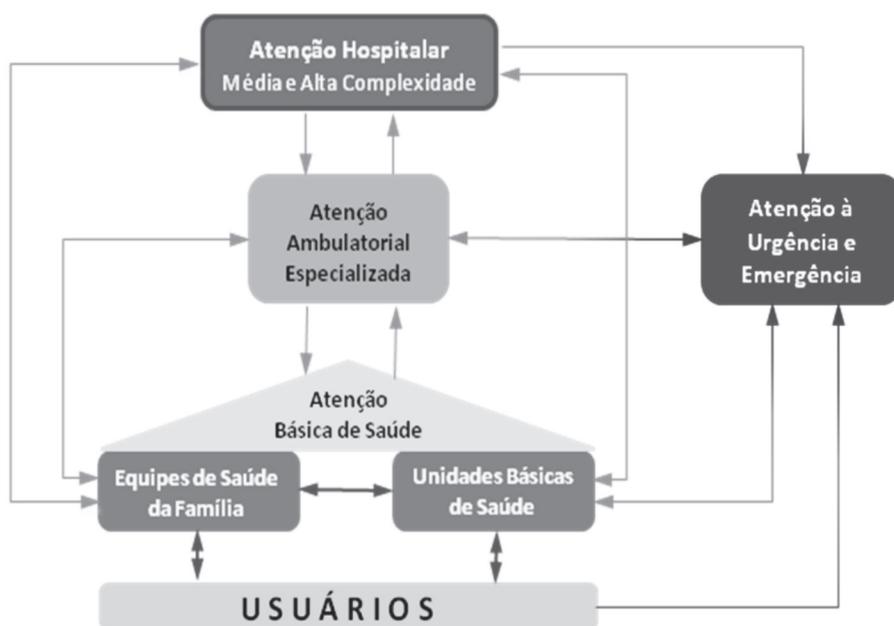
²¹ Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf >.

²² Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf >.

determinado município, atentando-se aos princípios da universalidade e da integralidade da atenção.

Nesse fluxo, deve-se estabelecer, dentre os prestadores de serviços, a quantidade de consultas especializadas, a quantidade de leitos, os tipos de serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, bem como os protocolos que serão utilizados para referência dos pacientes.

A Programação Pactuada Integrada deve ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite ²³, que vem a ser a instância de negociação e decisão dos aspectos operacionais do SUS, no âmbito do Estado, configurando-se um espaço privilegiado nos processos de pactuação intergestores.



²³ Portaria 399/2006 - A Comissão Intergestores Bipartite - CIB - foi criada pela Norma Operacional Básica - NOB/93/MS, como fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipal. É composta igualmente de forma paritária e integrada por representação do Estado e do Município, e as decisões sempre serão tomadas por consenso. Para Paraíba, a Comissão Intergestores Bipartite foi instituída através da Portaria nº 302/93, de 31 de agosto de 1993, do Secretário de Estado da Saúde da Paraíba, conforme item 2.2.1 da Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde.

7 DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E DOS CONSELHOS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde é organizado de acordo com três diretrizes²⁴, dentre as quais a participação da comunidade na formulação, fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde, nos diferentes níveis de governo.

Coube à Lei n.º 8.142/90 viabilizar essa diretriz, estabelecendo como mecanismos de participação e controle social as CONFERÊNCIAS DE SAÚDE e os CONSELHOS DE SAÚDE, que consistem em instâncias colegiadas, que têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelos respectivos Conselhos.

A Conferência de Saúde tem como escopo a avaliação da situação de saúde e a definição de diretrizes para a política de saúde e se reunirá, no mínimo, a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, nos níveis correspondentes.

No âmbito municipal, a decisão política de convocar a Conferência pode ser do Prefeito Municipal, do Secretário de Saúde ou do Conselho de Saúde.

A Conferência deve contar com o maior número possível de atores dos poderes locais e ser o mais representativa possível, com a participação de múltiplos agentes ligados à saúde, principalmente de atuação intersetorial. Na conferência, deverão ser formuladas propostas sobre a política municipal de saúde durante determinado período. A plenária deverá conter a aprovação de tais propostas e escolher os delegados para a Conferência Estadual.

Os Planos de Saúde municipal, estadual e federal devem observar as diretrizes oriundas das Conferências.

²⁴ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

7.1 DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A Constituição Federal conferiu importante destaque ao controle social da função administrativa do Estado, como “consequência necessária, imediata e inafastável do princípio republicano, o qual alicerça nosso sistema constitucional. E, mais do que isso, advém da própria ideia de soberania popular, que determina que o administrador deve responder por seus atos e omissões perante o Legislativo, o Judiciário e o Executivo, mas, sobretudo, perante o próprio povo - verdadeiro titular da *res publica*”²⁵.

Na área da saúde pública, os Conselhos de Saúde foram previstos como espaços institucionalizados, para efetuarem o controle social de natureza propositiva, deliberativa e reivindicativa das políticas públicas na área da saúde. Segundo dispositivo legal²⁶, os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

Os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e deliberativo e têm legitimidade para atuar no campo econômico e financeiro. Suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Criação - estabelecida por lei municipal ordinária, elaborada com base na Lei n.º 8.142/90. O regimento interno deverá ser aprovado pelos conselheiros, através de decisão plenária. É um espaço público institucionalizado, sem vinculação exclusiva ao governo ou à sociedade civil organizada.

Natureza Jurídica - o Conselho de Saúde possui natureza jurídica *sui generis*, sendo órgão estatal especial, que integra a estrutura da Secretaria de Saúde dos Municípios e é composto paritariamente por agentes governamentais e não governamentais.

²⁵ SIRAQUE, Vanderlei. *Controle social da função administrativa do Estado*. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p.32.

²⁶ Art. 1º, § 2º da Lei n.º 8.142/90.

Atribuições - o Conselho deve exercer o controle social das políticas públicas, mediante a implementação de mobilizações e articulações permanentes da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS.

Os conselheiros devem participar da fiscalização e do planejamento das políticas de saúde, propondo o emprego dos recursos destinados às diversas áreas da atenção. Devem, outrossim, exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde²⁷, para onde são transferidos os recursos das ações e serviços públicos de saúde.

8 DOS PLANOS DE SAÚDE

A Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006, do Ministério da Saúde, aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, colocando, em seu artigo 2º, a definição de PLANO DE SAÚDE: “É o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS”.

O Plano de Saúde deve ser apreciado e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Nele devem estar inseridas as intenções e os resultados a serem buscados pela gestão, no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas e representa o instrumento de referência onde devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera. De conformidade com o teor da Portaria 3.332, o Plano configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

²⁷ Art. 77 § 3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias: “Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal”.

O Plano deve ser amplo, de forma a contemplar todas as áreas de atenção à saúde, preservando o princípio da integralidade. A formatação do plano compreende a análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o quadriênio, devendo ser observados os seguintes aspectos:

1 - Condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde

2 - Determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade

3 - Gestão em saúde

8.1 DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A Programação Anual de Saúde consiste no instrumento que concretiza as propostas do Plano de Saúde, determinando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. A Programação Anual de Saúde deve conter²⁸:

1. a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
2. o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
3. a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da programação anual de saúde;
4. programação (propriamente dita);
5. a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

8.2 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

8.2.1 Definição

O Relatório Anual de Gestão é “o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários”²⁹.

Para a obtenção dos resultados na área da saúde, são utilizados os INDICADORES que foram anteriormente definidos na Programação, para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

²⁸ Portaria n.º 3332/2006

²⁹ Art. 4º da Portaria 3332/2006

8.2.2 Estrutura

O Relatório deve conter:

1. o resultado da apuração dos indicadores;
2. a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira);
3. as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

8.2.3 Prazo

O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente e deve servir de base para a avaliação do Plano de Saúde, após o término do prazo de sua vigência, para subsidiar a elaboração do novo plano.

Tal avaliação é extremamente importante para as necessárias modificações no Plano, corrigindo as eventuais deficiências e inserindo novas propostas para o alcance dos objetivos do Sistema.

9 DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

9.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Como visto, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde é a integralidade, entendida como a prestação a toda a população de serviços de saúde em todos os níveis, desde a prevenção primária à assistência médica da mais alta tecnologia.

De fato, o SUS é uma das maiores políticas públicas de inclusão social, gerida pelos recursos que a União arrecada com a tributação da população, nas esferas municipal, estadual e federal. Os recursos são repassados diretamente a Estados e Municípios, por meio de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais.

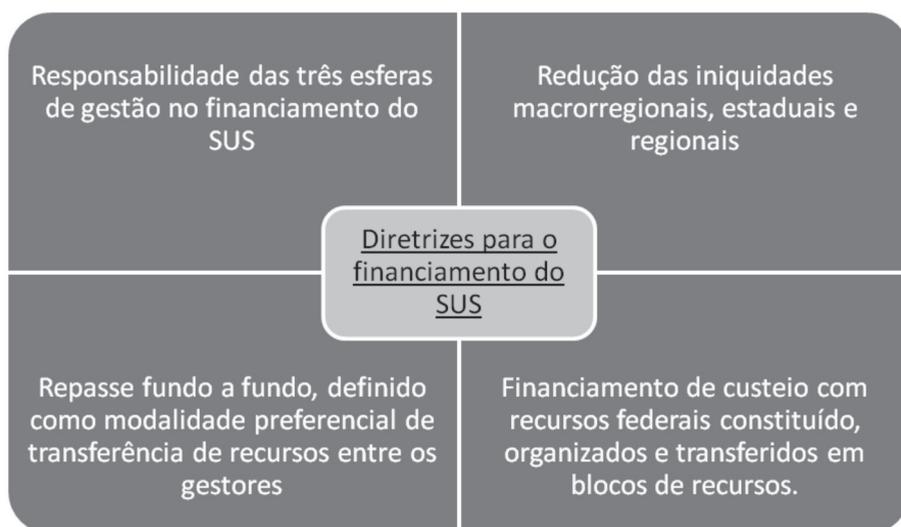
Os Estados e Municípios também financiam a saúde com recursos próprios. Todos os recursos devem ser alocados em uma conta específica (Fundo de Saúde), existente em cada esfera de governo.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem como missão “contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde”.

Os recursos destinam-se a prover, nos termos do artigo 2.º da lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as despesas do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração indireta, bem como as despesas de transferência para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

A responsabilidade é, portanto, das três esferas de governo, com regras bem explícitas.



9.1.1 O Pacto pela Saúde:

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação³⁰.

O Pacto pela Saúde 2006, assinado pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e pelo Conasems (Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde), representou o compromisso político dos gestores com os princípios constitucionais do SUS e expressou-se nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Através do Pacto pela Saúde, foi modificada a forma das transferência dos recursos federais, que passou a ser dividida em seis grandes blocos de financiamento, devendo as verbas ser aplicadas exclusivamente nas ações e serviços relacionados ao bloco. Sendo eles:

³⁰Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>.



Atenção
Básica

Atenção de
Média e Alta
Complexidade

Vigilância
em Saúde

Assistência
Farmacêutica



Gestão do
Sus



Investimentos
em Saúde

A divisão referencia o montante de recursos federais transferidos, não desobrigando o Município de investir recursos próprios, asseverando-se que os repasses do Ministério da Saúde se destinam ao custeio de serviços de saúde relacionados a cada estratégia e não exclusivamente ao pagamento dos recursos humanos.

É vedada a utilização dos recursos dos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, para pagamento de servidores inativos; servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços re-

lativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

9.2 DO FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Ver Capítulo 7).

Consiste no nível inicial de atenção à saúde e deve ser ofertada por todos os municípios, de modo a atender toda a população. Suas ações devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dentro do território.

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Os recursos federais que compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica, que é dividido em dois componentes³¹:

I - Componente Piso da Atenção Básica Fixo - PAB Fixo - refere-se ao financiamento de ações de Atenção Básica à Saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios, independente de adesão ao programa. O valor do repasse é proporcional ao número de habitantes, de acordo com a população definida pelo IBGE. Atualmente, o valor *per capita* é de R\$ 17,00 (dezessete reais).

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável -

³¹ Art. 9º da Portaria 204/2007

é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, cujos recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Estratégias do PAB variável

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI – Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;

VIII – outros que venham a ser instruídos por meio de ato normativo específico.

Os recursos das Estratégias Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde são repassados com base na quantidade de equipes cadastradas no Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB e podem ser utilizados para a manutenção das aludidas estratégias.

A Portaria N.º 2.489, de 21/10/2008 define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável, sendo R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para a estratégia de Saúde da Família, e R\$ 1.900,00 (hum mil e novecentos reais) e R\$ 2.450,00 (dois mil quatrocentos

e cinquenta reais), para a estratégia de Saúde Bucal, sem e com a presença do Técnico de Higiene Dental.

Para a implantação de uma equipe da Estratégia Saúde na Família, existe um incentivo inicial de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), em duas parcelas.

9.3 DO FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC - o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Os aludidos incentivos incluem os seguintes:

Incentivos da MAC	
I.	Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
II.	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
III.	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
IV.	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
V.	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS;
VI.	Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena - IAPI;
VII.	Incentivo de Integração do SUS - INTEGRASUS;
VIII.	outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

Os recursos federais do componente MAC são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC - que é formado recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:³²

Recursos FAEC

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido;

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC.

9.4 DO FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam

³² Art. 16 da Portaria GM 204/2007

o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Existem, portanto, dois os componente desse bloco, sendo que os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro, obedecendo-se à PPI e à orientação do Plano de Saúde.

I - Componentes da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde - que se refere aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS e também pelos seguintes incentivos:

Incentivos do CVEAS

- I. Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;**
- II. Laboratórios de Saúde Pública;**
- III. Atividade de Promoção à Saúde;**
- IV. Registro de Câncer de Base Populacional;**
- V. Serviço de Verificação de Óbito;**
- VI. Campanhas de Vacinação;**
- VII. Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;**
- VIII. Contratação dos Agentes de Campo;**
- IX. DST/Aids;**
- X. Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.**

DENGUE - os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados ao fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e ao Programa DST/AIDS.

II - Componente da Vigilância Sanitária - refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária - TFFVISA, o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, na Portaria nº 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, na Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 e na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

9.5 DO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

- 1 - Componente Básico
- 2 - Componente Estratégico
- 3 - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional

Componente Básico - destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

Assim como o financiamento da Atenção Básica, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB. Os estados e municípios devem dar a contrapartida para o financiamento dessa parte fixa.

A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores *per capita*, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

Componente Estratégico - destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - antirretrovirais do programa DST/Aids;

III - sangue e hemoderivados;

IV – imunobiológicos.

Componente Especializado (antigos excepcionais) - destina-se ao financiamento de medicamentos especializados, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica (Ver Capítulo 14)

9.6 DO FINANCIAMENTO DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS

O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema e é constituído de dois componentes:

Componente para a Qualificação da Gestão do SUS - que tem por objetivo o apoio às ações de regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; de planejamento e orçamento; de programação; de regionalização; de gestão do trabalho, dentre outros. A transferência dos recursos dá-se através da adesão ao PACTO PELA SAÚDE, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios específicos estabelecidos na Portaria 204;

Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde - inclui os incentivos para a implantação e qualificação dos CAPS; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dentre outros.

9.7 DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº29/00

A Emenda Constitucional n.º 29 trata do financiamento da saúde pública, determinando a vinculação constitucional dos recursos destinados pelos diversos níveis de governo para a saúde.

Conforme o texto da EC nº 29, os entes federativos ficam obrigados a investir na área da saúde os seguintes percentuais:

União - no ano 2000, o exercício financeiro imediatamente anterior acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

Estados - 12% da receita de impostos e transferências recebidas;

Municípios - 15% da receita de impostos e transferências recebidas.

9.8 DAS ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Importante discussão se revela no que pertine às atribuições do Ministério Público Estadual e do Ministério Público Federal, quando da apuração dos desvios ou malversação de recursos públicos do Sistema Único de Saúde transferidos pela União aos entes federativos.

Uma corrente entende que as verbas transferidas pela União se incorporam ao patrimônio do Estado ou dos Municípios, acarretando, na competência da Justiça Estadual e, conseqüentemente, atribuição do Ministério Público Estadual, sua apuração.

Outra corrente defende que as verbas deslocadas do SUS estão sujeitas à supervisão do Ministério da Saúde, o que atrairia a competência federal.

O assunto não é pacífico, o que acarreta em insegurança jurídica, cabendo aos próprios membros dos Ministérios Públicos Estaduais e Federal a definição de quem terá atribuição para ajuizamento das ações de improbidade administrativa (sem prejuízo das outras pessoas jurídicas também legitimadas).

Contudo, alguns parâmetros podem ser utilizados:

I - A Súmula 208 do STJ reza que: “Compete à Justiça Federal processar e julgar prefeito municipal por desvio de verba sujeita a prestação de contas perante órgão federal.”³³

³³ STJ Súmula nº 208 - 27/05/1998 - DJ 03.06.1998.

Competência - Processo e Julgamento - Prefeito - Desvio de Verba - Prestação de Contas Perante Órgão Federal.

Corroborando o mesmo raciocínio, a Súmula 209 do STJ dispõe que: “Compete à Justiça Estadual processar e julgar prefeito por desvio de verba transferida e incorporada ao patrimônio municipal.”³⁴

Ou seja, se há incorporação ao patrimônio do ente federativo, a competência para processar e julgar possível desvio ou malversação é da Justiça Estadual, nos termos da Súmula 209 do Superior Tribunal de Justiça.

É o que ocorre nas transferências Fundo a Fundo (Ver Capítulo 10), obrigatórias, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos municipais e estaduais.

II - Por outro lado, existem as possibilidades de a União repassar voluntariamente verbas aos Estados, Distrito Federal e Municípios para aplicação nos serviços de saúde.

Os referidos repasses, ao contrário do que ocorre com os realizados Fundo a Fundo, são vinculados a determinado objeto pré-definido, e as contas são prestadas perante órgãos federais. São realizados através de convênios ou de outros contratos de direito público que viabilizem os repasses. O interesse da União é patente, não havendo autonomia do ente estadual ou municipal para modificar ou alterar o projeto inicial, por exemplo, as verbas destinadas à construção de uma determinada Unidade Básica de Saúde ou de um estabelecimento hospitalar, à contratação de determinados profissionais da área da saúde, dentre outros.

9.9 CONCLUSÃO

A atribuição para investigar supostos desvios ou malversação de recursos repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios altera de acordo com a natureza das transferências.

Caberá ao Ministério Público Estadual a análise e propositura das ações cabíveis se tratar de verbas transferidas automática e regularmente, Fundo a Fundo, em razão da incorporação dos recursos aos cofres do ente federativo.

³⁴ STJ Súmula nº 209 - 27/05/1998 - DJ 03.06.1998.

Competência - Processo e Julgamento - Prefeito - Desvio de Verba Transferida e Incorporada ao Patrimônio Municipal

Caberá ao Ministério Público Federal, se as verbas forem referentes a transferências voluntárias, por meio de convênio, contrato de repasse ou instrumento congênere, com objeto determinado, tendo em vista a não incorporação dos valores ao patrimônio do Município ou do Estado.

10 DA SAÚDE DO IDOSO

A Lei n.º 8842/94 - que institui a Política Nacional do Idoso - prevê em seu artigo 3º, como um de seus princípios, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.

Nesta esteira, o artigo 10 prevê diversas ações a serem implementadas pelos órgãos e entidades públicos para garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde. Nessas ações, destacam-se a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas, bem como a cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais. Especial menção é feita para a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso.

São diretrizes para a atenção à saúde do idoso:³⁵ 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional; 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Importante ressaltar que os profissionais de saúde devem ser capacitados para identificar e atender às necessidades de saúde da população idosa, cabendo à gestão municipal da saúde desenvolver ações para a criação da rede de atenção integral³⁶ aos idosos, den-

³⁵ Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466 >

³⁶ Artigo 198 da CF/88.

tre dos limites de seu território. Nessa rede, qualificada e complexa, deve-se ter em vista que as ações e serviços de saúde devem assegurar a garantia da autonomia do idoso para as atividades corriqueiras, mediante o acesso aos meios de diagnóstico e tratamento adequados.

Doutro lado, o Estatuto do Idoso - Lei n.º 10.741/2003 - traz também importantes dispositivos para a salvaguarda do direito à saúde do idoso. Em seu artigo 3º, prevê-se a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida e à saúde, dentre outros. Interessante acentuar que, na garantia de prioridade, compreende-se a garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais e o atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Contudo, uma ressalva há de ser feita com relação ao “atendimento preferencial imediato”, pois que este atendimento é prestado ao idoso e às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, *depois de concluído o atendimento que estiver em andamento*, valendo destacar que, nos serviços de emergência em saúde, tal prioridade fica condicionada à avaliação médica em face da gravidade dos casos a atender³⁷.

Em suma, nos serviços de saúde, o atendimento prioritário deve ser observado, a exemplo das unidades pertencentes à Atenção Básica, de sorte a receber atendimento humanizado e por profissionais treinados e capacitados, com prioridade no atendimento às consultas.

³⁷ Art. 6º, § 2º do Decreto Federal n.º 5.296/2004: “Entende-se por imediato o atendimento prestado às pessoas referidas no art. 5º, antes de qualquer outra, depois de concluído o atendimento que estiver em andamento, observado o disposto no inciso I do parágrafo único do art. 3º da *Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003* (Estatuto do Idoso)”.

§ 3º : Nos serviços de emergência dos estabelecimentos públicos e privados de atendimento à saúde, a prioridade conferida por este Decreto fica condicionada à avaliação médica em face da gravidade dos casos a atender.”

10.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR

O Estatuto do Idoso também garante “o atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural”³⁸.

Extrai-se do dispositivo legal que o idoso tem direito de ser atendido em sua residência, desde que esteja impossibilitado de deambular, e que também ter direito de receber o tratamento de saúde quando estiver internado em abrigos. O aludido tratamento poderá ser providenciado pela Equipe de Saúde da Família que porventura esteja estrutura na localidade.

Ao Poder Público cabe, ainda, a obrigação de fornecer aos idosos, gratuitamente³⁹,



³⁸ Art. 15, IV da Lei 10.741/2003

³⁹ Art. 15, § 2º da Lei n.º 10.741/2003

A lei ainda garante aos idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante o atendimento especializado, nos termos da lei⁴⁰.

10.2 DIREITO AO ACOMPANHANTE

Outra importante garantia para os idosos, na área da saúde é o direito ao acompanhante. O órgão de saúde deve proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento, conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

O SUS custeia, através de previsão em seu *Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - SIGTAP*, a Diária de acompanhante de idosos com ou sem pernoite, bem como ajudas de custo para alimentação e transporte, quando da realização de tratamentos fora do domicílio.⁴¹

10.3 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VONTADE

Todo paciente tem o direito de ser consultado e informado sobre o tratamento de saúde ao qual está sendo submetido.

O Estatuto do idoso, instrumentalizando a dignidade do idoso no tratamento de sua saúde, dispõe que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”. Resguarda, desta forma, o princípio da autonomia da vontade pessoal e por representação, de forma semelhante à prevista no Código de Ética Médica⁴².

O paciente tem o direito de autogerenciar sua vida, obrigando a

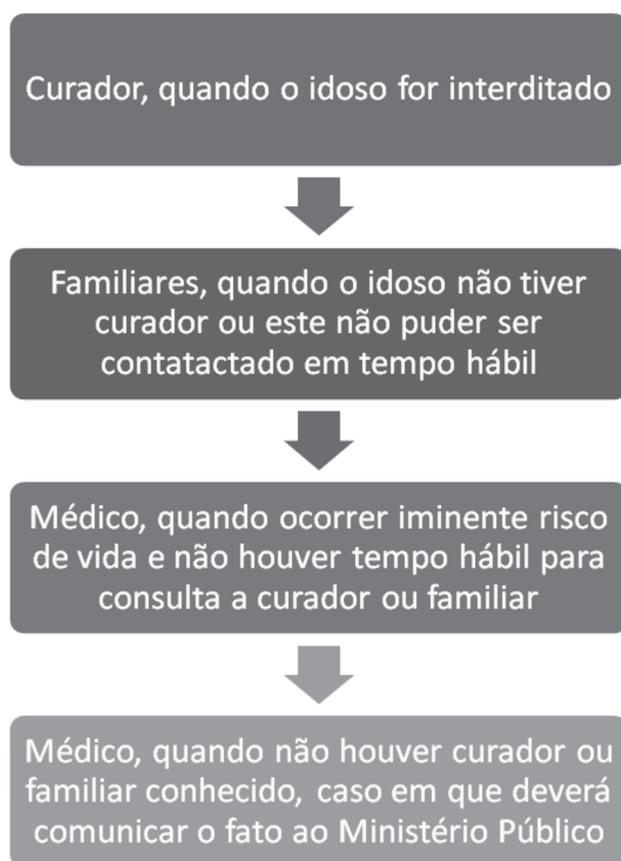
⁴⁰ Art. 15, § 4º da Lei n.º 10.741/2003

⁴¹Disponível em:< <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0803010052/03/2011>>

⁴² RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009 (Publicada no DOU de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90), (Retificação publicada no DOU de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173), aprova o Código de Ética Médica.

todos, *erga omnes*, o respeito a essa diretriz. Após as informações médicas a respeito do diagnóstico e pela informação da doença, devem os profissionais apresentar uma previsão dos possíveis resultados do tratamento e a forma de terapia mais adequada dentre tantas, para que o paciente possa posicionar-se.

Entretantes, se o idoso não estiver em condições de optar pelo tratamento, existe uma hierarquização na obtenção do consentimento do idoso incapacitado. O Estatuto do Idoso⁴³ prevê uma ordem na obtenção do consentimento:



⁴³ Art. 15, parágrafo único da Lei n.º 10.741/2003

Contudo, havendo risco de vida, o médico pode intervir mesmo com objeção do paciente, do curador ou dos familiares.

A lei civil⁴⁴ prevê que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, compreendendo-se que o médico pode contrariar o próprio paciente ainda que em condições de proceder à opção, podendo contrariar o curador, os familiares ou todos, sob pena de omissão de socorro.

11 DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Constituição Federal, em seu artigo 227, dispõe que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde, dentre outros direitos.

De fato, em virtude da peculiar condição de pessoas em desenvolvimento, as crianças e os adolescentes têm o direito ao atendimento integral à saúde, de forma prioritária. Essa prioridade é transcrita no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, compreendendo:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

O Estatuto protetivo faz previsões expressas no que tange à efetivação de políticas sociais públicas para assegurar a proteção à vida e à saúde das crianças e dos adolescentes, a fim de permitir o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.⁴⁵

⁴⁴ Art. 15 do Código Civil.

⁴⁵ Art. 7º da Lei n.º 8.069/90.

Nesta esteira, é assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal, devendo ser garantidos:

- o encaminhamento da gestante aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema;
- o atendimento da parturiente, preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal;
- o apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem;
- a assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. Garantia a ser estendida também às gestantes ou às mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.

11.1 DIREITO AO ACOMPANHANTE DA PARTURIENTE

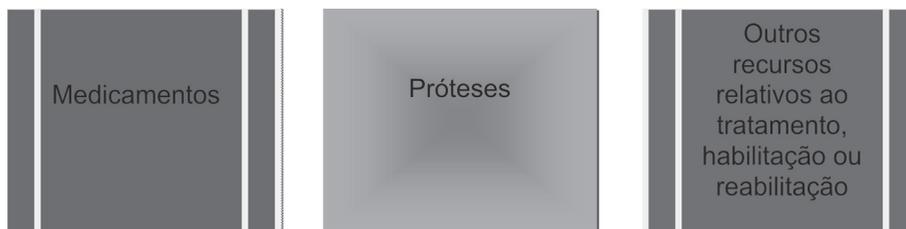
O Capítulo VII da Lei n.º 8.080/90 traz em seu título o Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, prevendo que “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.

O acompanhante deverá ser indicado pela parturiente, cuja diária o SUS também custeia.

Além dessas garantias, os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente; proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais; fornecer declaração de nascimento onde constem necessaria-

mente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato; manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Ao Poder Público também cabe o fornecimento, àqueles que necessitarem, de:



11.2 DIREITO AO ACOMPANHANTE

De acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.069/90, os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

O SUS custeia diárias para o acompanhante da criança e do adolescente, como ação complementar da atenção à saúde, relacionada ao atendimento.⁴⁶

12 DA SAÚDE MENTAL

Constituem a rede de saúde mental do SUS os diversos dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais. O atual modelo é centrado nos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial - que consiste num serviço estraté-

⁴⁶ Ação prevista no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

gico na organização de sua porta de entrada, devendo funcionar de forma articulada. A rede de saúde mental de um município pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, CAPS, serviços de residências terapêuticas (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, e o Programa de Volta para Casa, a depender do porte de cada município. Existem critérios populacionais e de demanda de cada localidade.

Os CAPS atendem as pessoas que o procuram diretamente e aquelas encaminhadas pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde.

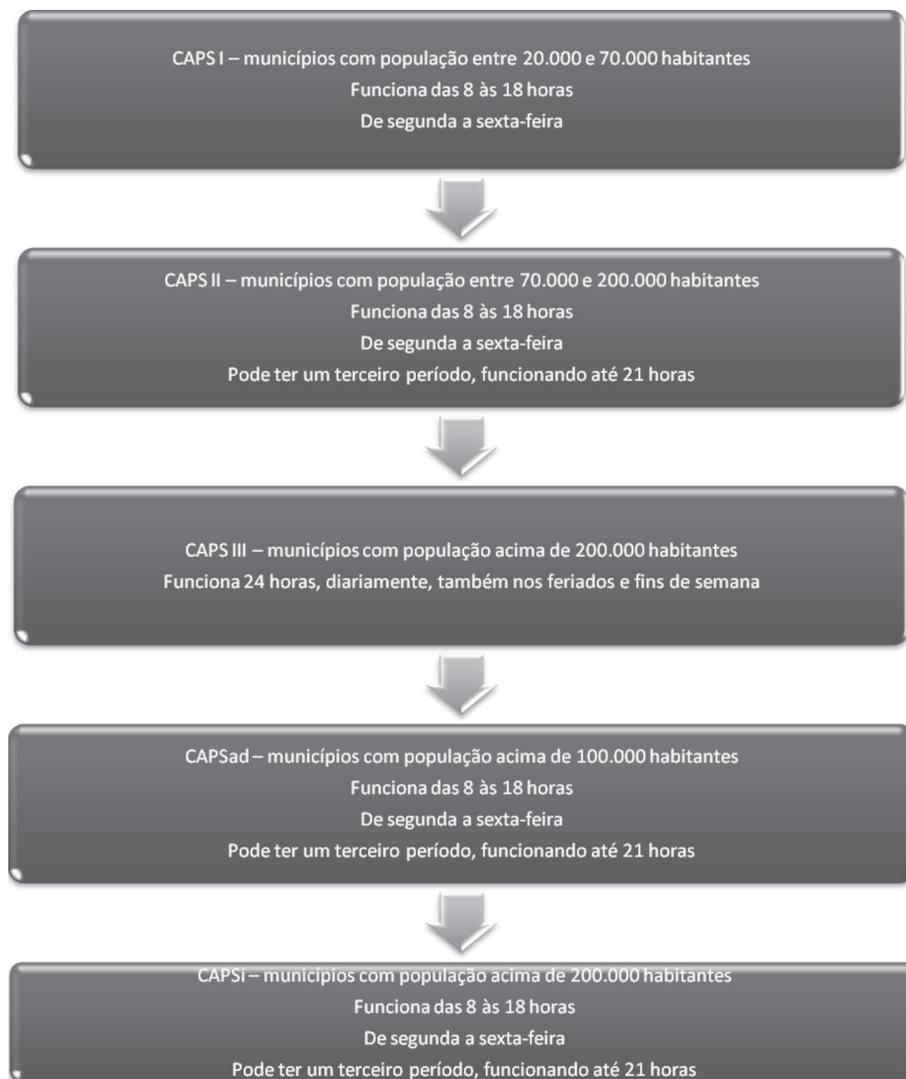
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.⁴⁷

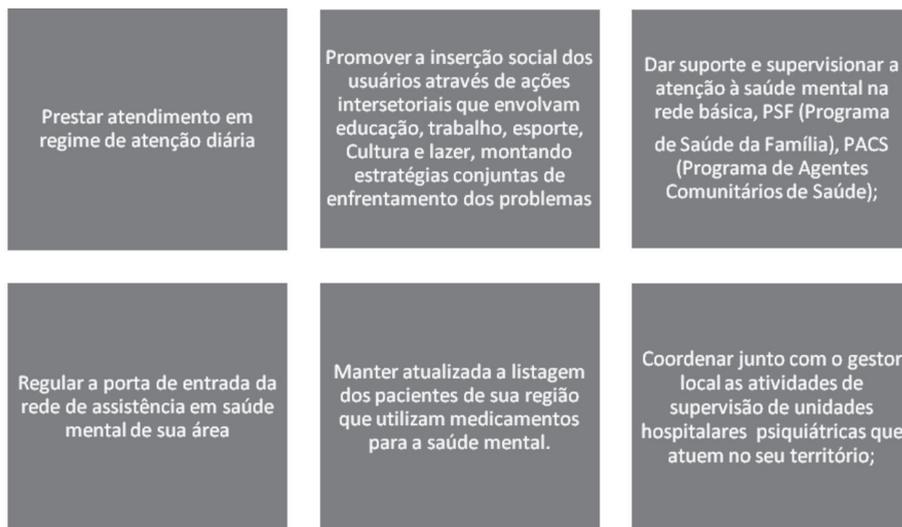
⁴⁷ SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>.

Portaria 336/GM, de 19/02/02 e, caso não comprove a instalação dos serviços no prazo de 90 (noventa) dias, os recursos recebidos deverão ser devolvidos.

12.3 TIPOS DE CAPS



12.1 OBJETIVOS DOS CAPS



12.2 ESTRUTURA DOS CAPS

Para o atendimento dos objetivos da Política de Saúde Mental, os CAPS devem contar com uma estrutura mínima, com espaço próprio, formado por consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (objetivando oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes.

Para a implantação do serviço dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa um incentivo antecipado nos valores de R\$ 20.000,00 (CAPS I), R\$ 30.000,00 (CAPS II e CAPSi), R\$ 50.000,00 (CAPS III e CAPS A D). O município interessado deverá seguir as diretrizes previstas na

Os CAPS I e CAPS II fazem o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS III, além do atendimento diário, também realizam o atendimento noturno de adultos, durante sete dias da semana.

Os CAPSad destinam-se ao tratamento dos usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Os CAPSi são responsáveis pelo atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Os Municípios com até 20.000 habitantes devem oferecer ações de saúde mental na rede básica de assistência à saúde.

Para os municípios com mais de 200.000 habitantes, além da rede de CAPS e das ações na rede básica, deve haver a capacitação do SAMU para os atendimentos na área.

13 DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional da Assistência Farmacêutica é composta por um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. A assistência farmacêutica é fundamental para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e impõe a alocação de recursos públicos de significativo porte. São três os componentes da assistência farmacêutica, que são distribuídos gratuitamente à população:

	Assistência Farmacêutica Básica ⁴⁸	Medicamentos Estratégicos ⁴⁹	Componente Especializado ⁵⁰
Fornecimento	Município Unidades de Saúde ou Farmácias Municípios	Estado Município	Estado Município Grupos 1 e 2: Regionais de saúde do estado ou CEDMEX, Grupo 3: a critério dos municípios
Aquisição	Município	União	União Estado Município
Financiamento	Tripartite	União Fundo Nacional de Saúde que repassa recursos para o teto financeiro do Estado ou do Município	Grupo 1: 1A: Repasse em espécie, conforme programação estadual anual 1B: Transferência mensal de recursos do ministério da saúde para a secretaria estadual de saúde, com base nas emissões e aprovações das APACs Grupo 2: Recursos do fundo estadual de saúde. Grupo 3: Tripartite, de acordo com a regulamentação do componente básico

⁴⁸ Portaria MS n° 4.217, de 28 de dezembro de 2010, aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

⁴⁹ Portaria MS n.º 2981, de 26.11.2009, retificada pela Portaria 3.439/2010.

⁵⁰ Alguns medicamentos do componente especializado são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde e entregues pelos demais entes.

1) *Assistência Farmacêutica Básica* - é composta pelos medicamentos elencados na Portaria n.º 4.217, de 28/12/2010, para o tratamento das doenças mais comuns entre os brasileiros. Esta Portaria traz a “sugestão” dos fármacos da Farmácia Básica, o que indica que nem todos devem estar disponibilizados, pois a elaboração da listagem local deve levar em consideração o perfil epidemiológico de cada região.

Responsabilidade de compra e fornecimento - inteiramente dos municípios, por meio de repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde e contrapartidas.

Financiamento - o financiamento dos medicamentos para Atenção Básica é tripartite. As contrapartidas mínimas estaduais e municipais são de R\$ 1,86/habitante/ano para cada uma dessas esferas de gestão, e o valor aplicado pela esfera federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, com repasses mensais, equivalentes a 1/12 (um doze avos), com base na população IBGE 2009.

2) *Medicamentos Estratégicos* - promovem o tratamento de doenças que têm um programa específico como Aids, Hanseníase, Tuberculose, Controle de Tabagismo e outros.

Responsabilidade da compra e financiamento - o Ministério da Saúde adquire os fármacos por meio dos laboratórios oficiais e por meio de licitações feitas com a participação de empresas privadas e envia aos estados. Essas licitações obedecem aos princípios da lei 8.666/93, que regulamenta as compras governamentais.

Responsabilidade do fornecimento: Estados

3) *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica* - é a nova denominação da antiga política dos chamados “medicamentos excepcionais”. Caracteriza-se pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Responsabilidade do financiamento: Estados e Governo Federal

Responsabilidade pela aquisição e fornecimento: Estado - na Paraíba, os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são distribuídos pelos Centros de Distribuição dos Medicamentos Excepcionais - CEDMEX.

A Lei Estadual n.º 8.959/2009, dispõe sobre a divulgação, no Portal Oficial do Governo do Estado da Paraíba e nos Centros de Distribuição de Medicamentos Excepcionais - CEDMEX - de relação dos medicamentos existentes, daqueles que estão em falta e a previsão de recebimento dos mesmos.

14 RENAME (Portaria 1.044/2010)

A RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME - norteia a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS, com a possibilidade de adaptação da relação aos perfis específicos de morbimortalidade das populações pelos Estados, os Municípios e o Distrito Federal, garantindo-lhes o acesso a medicamentos com uso racional

A Portaria MS nº 1.044, de 05.05.2010 aprova a 7ª edição da RENAME, que elenca os medicamentos considerados seguros, eficazes e de custos efetivos, destinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, diante da multiplicidade de produtos farmacêuticos e do intenso desenvolvimento de novas tecnologias.

Segundo a OMS: medicamentos essenciais são aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância da saúde pública, provas quanto à eficácia e à segurança e com estudos comparados de custo-efetividade. Devem estar sempre disponíveis, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar ...⁵¹

⁵¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002.

14.1 CRITÉRIOS PARA A ATUALIZAÇÃO DA RENAME

I - seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária;

II - consideração do perfil de morbimortalidade da população brasileira;

III - existência de valor terapêutico comprovado para o medicamento, com base na melhor evidência em seres humanos quanto à sua segurança, eficácia e efetividade;

IV - prioritariamente medicamentos com um único princípio ativo, admitindo-se combinações em doses fixas que atendam aos incisos I e II;

V - identificação do princípio ativo por sua Denominação Comum Brasileira - DCB ou na sua falta pela Denominação Comum Internacional - DCI;

VI - existência de informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento;

VII - menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

VIII - menor custo por tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardada a segurança, a eficácia e a qualidade do produto farmacêutico;

IX - consideração das seguintes características quanto às concentrações, formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações:

- a) comodidade para a administração aos pacientes;
- b) faixa etária;
- c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
- d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
- e) perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso.

Situações Práticas:

O que fazer quando o Promotor de Justiça recebe a informação sobre a falta ou negativa de dispensação de determinado medicamento?

1ª Situação - o medicamento faz parte de uma das listagens do SUS, conforme a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (verificar no receituário médico o princípio ativo e não o nome de fantasia):

- Atenção Básica (Portaria nº 2.982/2009) - exigir a dispensação pelo Município;
- Componente Especializado (Portaria n.º 2.981/2009) - verificar, na portaria, qual o ente federativo responsável pela aquisição e/ou dispensação;

RENAME (Portaria 1.044/2010) - é possível ingressar com uma Ação Civil Pública para obrigar qualquer dos entes federativos a fornecer, em razão do princípio da SOLIDARIEDADE. Contudo, é inegável a preponderância do papel dos municípios na política do SUS, uma vez que cada um deles é o responsável por gerir e executar os serviços públicos de saúde, obviamente, devendo-se atentar para as particularidades dos municípios de pequeno porte, cuja organização orçamentária não suporte o gravame.⁵²

2ª Situação - o medicamento não faz parte da Política Nacional de Medicamentos:

- oficiar ao profissional prescritor, solicitando informações sobre a possibilidade de substituição do medicamento por outro constante nas relações constantes das portarias ministeriais 2.981/2009 e 2.982/2009 e 1.044/2010.

⁵² Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde).

- caso o médico informe sobre a impossibilidade da aludida substituição, solicitar que sejam fundamentados os motivos que ensejaram a indicação de fármaco diverso dos previstos na PAF. Convém solicitar motivação concreta, como por exemplo, que o usuário apresentou reações adversas, bem como outro motivo técnico que indique a não prescrição dos medicamentos elencados nas listas do SUS;
- verificar se o medicamento possui registro na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - pois de acordo com o artigo 12, da Lei nº 6.360/76: *“Nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde.”* Se não podem ser comercializados no Brasil, também não devem ser objeto de ações judiciais patrocinadas por órgãos públicos.

Assim, caso se mantenha a necessidade de propositura de ação civil pública, e diante da existência de documentação suficiente a embasar o pedido, o Promotor de Justiça pode ingressar em juízo. Contudo, a atuação em destaque deve estar voltada para atender a todos os cidadãos que necessitem indistintamente daquele medicamento, e não somente àquele que apresentou reclamação perante o Órgão do *Parquet*. Pode o Promotor exigir a aplicação *erga omnes* dos efeitos da sentença.

Desta forma, o Ministério Público atua de forma difusa, preservando a organicidade do Sistema, buscando respeitar a divisão de competências estabelecidas pelas normas internas do SUS.

Mas que ente deve ser demandado?

O Promotor de Justiça, nos casos de fornecimento de medicamentos não incluídos na PAF, pode optar por demandar o Estado ou Município, devendo, ao máximo, respeitar a divisão de responsabilidades da esfera governamental competente, conforme normas internas do SUS.

15 DOS EXAMES E DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Os exames fornecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde estão previstos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS⁵³, o qual prevê todos os procedimentos em uma tabela unificada, cujas consultas se dão por grupos, e onde podem ser encontrados todos os detalhes para o acesso, inclusive valores que devem ser pagos ao prestador por parte da gestão.

Os municípios habilitados em gestão plena de sistema⁵⁴ são responsáveis pela realização de exames, até porque são eles os entes mais próximos do cidadão e que são responsáveis pela execução das ações de saúde (Ver Capítulo 6º).

Quando o município não puder realizar determinados exames em seu território, em razão da complexidade, poderá referenciar outra localidade para sua realização. Essa organização ocorre na Programação Pactuada Integrada (Ver item 7.1.5) de cada estado.

As providências a serem tomadas pelo Ministério Público, quando da negativa de fornecimento de algum exame ou cirurgia, são as mesmas, *mutatis mutandis*, indicadas para os medicamentos, lembrando-se de que devem ser obedecidas, ao máximo, as competências internas previstas nas normas do SUS.

16 DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

O tratamento fora de domicílio é disciplinado pela Portaria SAS/Ministério da Saúde n.º 55, de 24/02/1999, que estabelece as regras sobre o pagamento das despesas destinadas a garantir o acesso de pacientes a serviços assistenciais de outro município.

As aludidas despesas (transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante) só serão permitidas após esgotados todos os meios de tratamento no

⁵³ Disponível em : <[HTTP://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp)>.

⁵⁴ Pacto pela Saúde.

próprio município, sendo necessário que os serviços sejam realizados na rede pública ou conveniada/contratada do SUS.

O tratamento TFD é autorizado quando existir a garantia de atendimento no município de referência, com datas e horários previamente definidos.

A Programação Pactuada Integrada também deve explicitar a referência dos pacientes entre municípios. O deslocamento de pacientes para tratamento médico dentro do Estado da Paraíba é de responsabilidade do gestor municipal de saúde.

O TFD deverá ser sugerido pelo médico-assistente ou por junta médica do paciente em tratamento no Âmbito do Sistema Único de Saúde da Paraíba, mediante a apresentação dos seguintes documentos do paciente:

a. Laudo Médico preenchido em três vias, impresso ou datilografado, com a descrição da problemática médica do paciente;

b. cópias dos exames diagnósticos, comprovando que houve intenção de realizar e foram esgotadas as possibilidades de atendimento de baixas e médias complexidades no Estado;

c. cópias dos documentos pessoais e do comprovante de residência do paciente;

d. FAZ = ficha de avaliação social, devidamente preenchida por Assistente Social vinculado à Rede Pública de Saúde, ou de Assistente Social do Município de origem.

17 DA REGIONALIZAÇÃO

É o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios⁵⁵.

⁵⁵ Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1353>.

Consiste numa das diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo ser orientada pela descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

A regionalização propõe espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolubilidade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão no nível regional.

Apenas com a publicação da NOAS 01/2001⁵⁶, os gestores passaram a trabalhar com base na lógica organizativa da divisão territorial em regiões de saúde, que

São recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sócias, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território⁵⁷.

Um sistema de saúde, organizado em regiões de saúde, apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva, é capaz de negociar e articular as referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas.

17.1 DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA NA PARAÍBA⁵⁸

Na Paraíba, os municípios estão distribuídos em Gerências Regionais de Saúde, conforme exposto abaixo:

⁵⁶ Norma Operacional Básica n.º 01/2001.

⁵⁷ Sus de A a Z.

⁵⁸ Disponível em: < <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>>.

1ª GRS

1. Alhandra
2. Baía da Traição
3. Bayeux
4. C. de Mamanguape
5. C. de Espírito Santo
6. Caaporã
7. Cabedelo
8. Capim
9. Conde
10. Curral de Cima
11. Itapororoca
12. Jacaraú
13. **João Pessoa**
14. Lucena
15. Mamanguape
16. Marcação
17. Mari
18. Mataraca
19. Pedro Régis
20. Pitimbu
21. Riachão do Poço
22. Rio Tinto
23. Santa Rita
24. Sapé
25. Sobrado

2ª GRS

1. Alagoinha
2. Araçagi
3. Araruna
4. Bananeiras
5. Belém
6. Borborema

- 
- 
- 
7. Cacimba de Dentro
 8. Caiçara
 9. Campo de Santana
 10. Casserengue
 11. Cuitegi
 12. Dona Inês
 13. Duas Estradas
 - 14. Guarabira**
 15. Lagoa de Dentro
 16. Logradouro
 17. Mulungu
 18. Pilões
 19. Pilõezinhos
 20. Pirpirituba
 21. Riachão
 22. Serra da Raiz
 23. Serraria
 24. Sertãozinho
 25. Solânea
- 
- 

3^a GRS

1. Alagoa Grande
2. Alagoa Nova
3. Arara
4. Alcantil
5. Algodão de Jandaíra
6. Assunção
7. Areia
8. Areial
9. Aroeiras
10. Barra de Santana
11. Barra de São Miguel
12. Boa Vista
13. Boqueirão
14. Cabaceiras

- 
- 
- 
15. Caturité
 - 16. Campina Grande**
 17. Esperança
 18. Fagundes
 19. Gado Bravo
 20. Gurjão
 21. Juazeirinho
 22. Lagoa Seca
 23. Livramento
 24. Matinhas
 25. Massaranduba
 26. Montadas
 27. Natuba
 28. Olivedos
 29. Pocinhos
 30. Puxinanã
 31. Queimadas
 32. Remígio
 33. Riacho de Santo Antônio
 34. São Sebastião da L. De Roça
 35. S. Domingos de Cariri
 36. Santa Cecília
 37. Santo André
 38. Serra Redonda
 39. Soledade
 40. Taperoá
 41. Tenório
 42. Umbuzeiro
- 
- 

4^a. GRS

1. Baraúnas
2. Barra de Santa Rosa
3. Cubati
- 4. Cuité**
5. Damião

- 
- 
- 
6. Frei Martinho
 7. Nova Floresta
 8. Nova Palmeira
 9. Pedra Lavrada
 10. Picuí
 11. Seridó
 12. Sossego

5^a GRS

- 
- 
1. Amparo
 2. Camalaú
 3. Caraúbas
 4. Congo
 5. Coxixola
 - 6. Monteiro**
 7. Ouro Velho
 8. Parari
 9. Prata
 10. S. Sebastião do Umbuzeiro
 11. São João do Cariri
 12. São João do Tigre
 13. São José dos Cordeiros
 14. Serra Branca
 15. Sumé
 16. Zabelê

6^a GRS

1. Areia de Baraúnas
2. Catingueira
3. Cacimba de Areia
4. Cacimbas
5. Condado
6. Desterro
7. Emas



- 
- 
- 
8. Junco do Seridó
 9. Mãe D' água
 10. Malta
 11. Matureia
 12. Passagem
 - 13. Patos**
 14. Quixaba
 15. S. J. De Espinharas
 16. S. José do Sabugi
 17. Salgadinho
 18. Santa Luzia
 19. Santa Terezinha
 20. São José do Bonfim
 21. São Mamede
 22. Teixeira
 23. Várzea
 24. Vista Serrana



7^a GRS



1. Aguiar
2. Boa Ventura
3. Conceição
4. Coremas
5. Curral Velho
6. Diamante
7. Ibiara
8. Igaracy
9. Itaporanga
10. Nova Olinda
11. Olho D' água
12. Pedra Branca
- 13. Piancó**
14. Santa Inês
15. Santana de Mangueira
16. Santana dos Garrotes

- 17. São José de Caiana
- 18. Serra Grande

8ª GRS

- 1. Belém do Brejo do Cruz
- 2. Bom Sucesso
- 3. Brejo do Cruz
- 4. Brejo dos Santos
- 5. **Catolé do Rocha**
- 6. Jericó
- 7. Mato Grosso
- 8. Riacho dos Cavalos
- 9. S. José do Brejo do Cruz
- 10. São Bento

9ª GRS

- 1. Bernardino Batista
- 2. Bom Jesus
- 3. Bonito de Santa Fé
- 4. Cachoeira dos Índios
- 5. **Cajazeiras**
- 6. Carrapateira
- 7. Monte Horebe
- 8. Poço Dantas
- 9. Poço José de Moura
- 10. S. J. do Rio do Peixe
- 11. S. José de Piranhas
- 12. Santa Helena
- 13. Santarém
- 14. Triunfo
- 15. Uiraúna

10ª GRS

1. Aparecida
2. Cajazeirinhas
3. Lagoa
4. Lastro
5. Marisópolis
6. Nazarezinho
7. Paulista
8. Pombal
9. S. J. da Lagoa Tapada
10. Santa Cruz
11. São Bentinho
12. São Domingos de Pombal
13. São Francisco
- 14. Sousa**
15. Vierópolis

11ª GRS

1. Água Branca
2. Imaculada
3. Juru
4. Manaíra
- 5. Princesa Isabel**
6. São José de Princesa
7. Tavares

12ª GRS

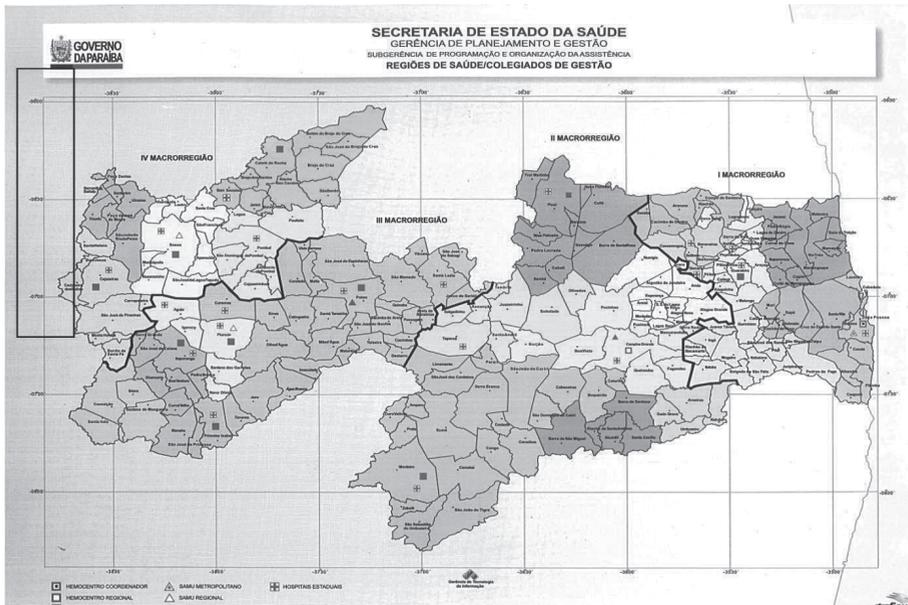
1. Caldas Brandão
2. Gurinhém
3. Ingá
- 4. Itabaiana**
5. Itatuba
6. Juarez Távora

7. Jurupiranga
8. Mogeiro
9. Pedras de Fogo
10. Pilar
11. Riachão de Bacamarte
12. Salgado de São Félix
13. São José dos Ramos
14. São Miguel de Taipu

13^a GRS

1. Pombal
2. Aparecida
3. Condado
4. Cajazeirinhas
5. S. Bento de Pombal
6. Lagoa
7. Paulista

OBS: Mapa com melhor visibilidade no anexo A (página 163)



18 DATAS DA SAÚDE⁵⁹

Janeiro

- 02.01 - Dia do Sanitarista
- 02.01 - Dia da Abreugrafia
- 04.01 - Dia do Hemofílico
- 14.01 - Dia do Enfermo
- 19.01 - Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional
- 20.01 - Dia Nacional do Farmacêutico - Data instituída pela Lei nº 12.338, de 25/11/2010.
- 24.01 - Dia da Previdência Social
- 24.01 - Dia Mundial do Hanseniano
- 30.01 - Dia da Não Violência
(último domingo) - Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase - Data instituída pela Lei nº 12.135/2009

Fevereiro

- 04.02 - Dia Mundial do Câncer
- 05.02 - Dia da Papiloscopia
- 05.02 - Dia Nacional da Mamografia
(instituído pela Lei nº 11.695/2008)
- 11.02 - Dia Mundial do Enfermo

⁵⁹ Disponível: < <http://bvsm.s.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=38&item=1>>.

Março

- 08.03 - Dia Internacional da Mulher
- 08.03 - Dia Mundial do Rim
- 21.03 - Dia Internacional contra a Discriminação Racial
- 21.03 - Dia Mundial da Infância
- 21.03 - Dia Nacional da Síndrome de Down
- 22.03 - Dia Mundial da Água
- 24.03 - Dia Mundial de Combate à Tuberculose - Data instituída pela Portaria nº 2.181/2001
- 24.03 - Semana Nacional de Mobilização e Luta Contra a Tuberculose que será, no ano vigente, aquela que inclui o dia 24 de Março, com as atividades específicas desenvolvidas a partir da segunda-feira.
- 31.03 - Dia da Saúde e da Nutrição

Abril

- 04.04 - Dia Nacional do Parkinsoniano
- 05.04 - Dia Mundial da Atividade Física
- 06.04 - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, data instituída pelo PAC Mais Saúde
- 07.04 - Dia Mundial da Saúde
- 08.04 - Dia Mundial de Luta Contra o Câncer
- 08.04 - Dia Nacional do Sistema Braille (instituído *pela Lei nº 12.266, de 21/6/10*)
- 14.04 - Dia do Técnico em Serviço de Saúde
- 16.04 - Dia Nacional da Voz. Data instituída pela Lei nº 11.704, de 18/6/2008
- 17.04 - Dia Internacional da Hemofilia
- 26.04 - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial
- 26 a 30.04.2004 - Semana Pan-Americana de Vacinação

- 28.04 - Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais
- 30.04 - Dia Nacional da Mulher

Maio

- 01.05 - Dia Internacional do Trabalhador
- 08.05 - Dia Internacional da Cruz Vermelha
- 12.05 - Dia da Enfermagem
- 15.05 - Dia do Assistente Social
- 15.05 - Dia de Combate a Infecção Hospitalar
- 15/5 - Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares. Instituído pela Lei nº 11.723, de 23/6/2008
- 18.05 - Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
- 18.05 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial.
- 18.05 - Dia de Conscientização sobre a Necessidade de Vacina contra HIV/Aids
- 19.05 - Dia Mundial da Hepatite
- 25.05 - Dia do Massagista
- 26.05 - Dia Nacional de Combate ao Glaucoma - Data instituída pela Lei nº 10.456/2002.
- 28.05 - Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher
- 28.05 - Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna - Data instituída pela Portaria nº 663/1994.
- 29.05 - Dia Mundial da Saúde Digestiva
- 31.05 - Dia Mundial sem Tabaco

Junho

- 05.06 - Dia Mundial do Meio Ambiente
- 06.06 - Dia Nacional de Luta contra Queimaduras - instituída pela Lei nº 12.026, de 09/9/2009.
- 06.06 - Dia Nacional do Teste do Pezinho - instituído pela Lei nº 11.605/2007.
- 09.06 - Dia da Imunização
- 11.06 - Dia do Educador Sanitário
- 14.06 - Dia Mundial do Doador de Sangue
- 18.06 - Dia do Químico
- 21.06 - Dia Nacional de Controle da Asma - Data instituída pela Portaria nº 776/1999.
- 26.06 - Dia Internacional de Apoio às Vítimas da Tortura (instituída pela resolução da ONU nº 52/149, de 1997)
- 26.06 - Dia Nacional do Diabetes
- 26.06 - Dia Internacional sobre o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas

Julho

- 01.07 - Dia da Vacina BCG
- 02.07 - Dia do Hospital
- 10.07 - Dia da Saúde Ocular
- 11.07 - Dia Mundial da População
- 13.07 - Dia do Engenheiro de Saneamento. Data instituída pelo Decreto nº 53.697, de 13/3/1964
- 13.07 - Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente
- 25.07 - Aniversário de Criação do Ministério da Saúde - Data instituída pela Lei nº 1.920/1953
- 27.07 - Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho

Agosto

- 01 a 07.8 - Semana Mundial da Amamentação (De acordo com a Portaria nº 2.394, de 07/10/2009)
- 05.08 - Dia da Farmácia
- 05.08 - Dia do Nascimento de Oswaldo Cruz
- 05.08 - Dia Nacional da Saúde - Data instituída pela Lei nº 5.352/1967
- 08.08 - Dia Nacional de Combate ao Colesterol
- 10.08 - Dia da Enfermeira
- 21 a 28.08 - Semana Nacional do Excepcional
- 24.08 - Dia da Infância
- 26.08 - Nascimento de Albert Sabin
- 27.08 - Dia do Psicólogo
- 28.08 - Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento - data instituída pela Lei nº 12.199/2010
- 29.08 - Dia Nacional de Combate ao Fumo - Data instituída pela Lei nº 7.488/1986.
- 31.08 - Dia do Nutricionista

Setembro

- 01.09 - Dia do Profissional de Educação Física. Data instituída pela Lei nº 11.342, de 18/8/2006.
- 03.09 - Dia do Biólogo
- 05.09 - Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística
- 05.09 - Dia do Oficial de Farmácia - Data instituída pela Lei nº 5.157/1966
- 08.09 - Dia Nacional de Luta por Medicamento
- 08.09 - Dia Mundial da Raiva
- 09.09 - Dia do Veterinário
- 10.09 - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (Instituída pela OMS)

- 16.09 - Dia Internacional para a Preservação da Camada de Ozônio
- 21.09 - Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência.
Data instituída pela Lei nº 11.133.
- 25.09 - Dia Mundial do Coração
- 27.09 - Dia Nacional da Doação de Órgãos (instituído pela Lei nº 11.584/2007)

Outubro

- 01.10 - Dia Internacional da Terceira Idade
- 01.10 - Dia Nacional de Doação do Leite Humano
- 01.10 - Dia Nacional do Idoso (instituída pela Lei nº 11.433, de 28/12/2006)
- 02.10 - Dia Interamericano da Água
- 03.10 - Dia Mundial do Dentista
3º sábado de outubro - Dia Nacional de Combate à Sífilis
- 04.10 - Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde (instituído pela Lei nº 11.585/2007)
- 10.10 - Dia Mundial da Saúde Mental - Data instituída pela Portaria nº 1.720/1994
- 11.10 - Dia do Deficiente Físico
- 11.10 - Dia Nacional de Prevenção da Obesidade. Instituído pela Lei nº 11.721, de 23/6/2008
- 12 a 18.10 - Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância - Data instituída pela Lei nº 11.523/2007
- 13.10 - Dia do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta
- 16.10 - Dia Mundial da Alimentação
- 17.10 - Dia Nacional da Vacinação
- 18.10 - Dia do Médico
- 20.10 - Dia Mundial e Nacional da Osteoporose
- 25.10 - Dia do Cirurgião Dentista

- 25.10 - Dia Nacional da Saúde Bucal - Data instituída pela Portaria nº 10.465/2002
- 27/10 - Dia Nacional de Luta pelos Direitos das Pessoas com Doenças Falciformes (instituída pela Lei nº 12.104, de 01/12/2009)
- 27.10 - Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra
- 29.10 - Dia Nacional e Mundial da Psoríase
- 30.10 - Dia Nacional de Luta contra o Reumatismo

Novembro

- 10.11 - Dia Nacional da Surdez
- 14.11 - Dia Mundial do Diabetes - Data instituída pela Portaria nº 391/1997
- 16.11 - Dia Nacional dos Ostromizados - Data instituída pela Lei nº 11.506/2007
- 18.11 - Dia Nacional de Combate ao Racismo
- 20.11 - Dia do Biomédico
- 20.11 - Dia da Consciência Negra
- 21.11 - Dia Nacional da Homeopatia
- 23.11 - Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil - instituída pela Lei nº 11.650, de 04/4/2008.
- 25.11 - Dia Internacional do Doador de Sangue
- 25.11 - Dia Internacional contra a Exploração da Mulher
- 27.11 - Dia Nacional de Combate ao Câncer
- 27/11 - Dia Nacional de Luta contra o Câncer de Mama - Data instituída pela Lei nº 12.116/2009
Dia Nacional de Combate à Dengue (penúltimo sábado do mês). Data instituída pela Lei nº 12.235, de 19/5/2010.

Dezembro

- 01.12 - Dia Mundial de Luta Contra a Aids
- 02.12 - Dia Pan-Americano de Saúde
- 05.12 - Dia da Acessibilidade
- 06.12 - Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo fim da Violência contra as Mulheres - Data instituída pela Lei nº 11.489/2007
- 09.12 - Dia do Fonoaudiólogo - Data instituída pela Lei nº 11.500/2007
- 09.12 - Dia da Criança Defeituosa
- 09.12 - Dia do Alcoólico Recuperado
- 10.12 - Dia Internacional dos Povos Indígenas
- 10.12 - Dia dos Direitos Humanos
- 13.12 - Dia do Cego

19 OUTRAS REFERÊNCIAS PRÁTICAS

19.1 COBRANÇAS INDEVIDAS⁶⁰

O SUS é UNIVERSAL. O que indica que todos têm direito às ações e aos serviços de saúde, independente de qualquer contraprestação. Assim, a cobrança exercida nos serviços públicos de saúde, mesmo a admissão de pagamentos complementares por parte do usuário, é ilegal e ofende a noção de unicidade constitucional do sistema, podendo, inclusive, caracterizar ilícito penal⁶¹.

Essa prática tem ocorrido principalmente nos serviços privados conveniados ao SUS, o que demanda uma atenção especial do Promotor de Justiça⁶².

O órgão do Ministério Público, constatando tal prática, deve deter uma investigação acurada, com vistas a preservar a IGUALDADE na prestação dos serviços, que fica visivelmente comprometida, uma vez que as cobranças no SUS acabam por criar dois subsistemas: um para quem tem condições de pagar, mesmo que parcialmente, e outro para a grande parcela da população - hipossuficiente - que nada pode pagar, o que é inadmissível e inconstitucional e fragiliza um sistema já carente.

A gratuidade deve, pois, ser preservada. As informações de eventuais cobranças, mesmo que posteriormente ressarcidas, devem ser encaminhadas à esfera criminal, sendo certo que o crime de concussão se consuma com a exigência, sendo o efetivo

⁶⁰ Art. 43 da lei 8.080/90: A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

⁶¹ Art. 327, Parágrafo 1º do Código Penal.

⁶² Portaria n.º 113, de 04 de setembro de 1997, item 2.1: A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às Unidades Assistências públicas ou privadas, contratadas, ou conveniadas a cobrança ao paciente ou seus familiares, de complementaridade, a qualquer título.

pagamento mero exaurimento. A competência para processar e julgar o feito é da Justiça Estadual, conforme entendimento jurisprudencial.⁶³

De certo que alguns procedimentos custeados pelo SUS e previstos no SIGTAP⁶⁴ - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - podem não ser remunerados de forma adequada. Contudo, eventuais distorções não devem ser corrigidas pelo paciente, mas pelos órgãos de gestão, dentro de suas esferas.

Por fim, em se tratando de serviços prestados em estabelecimentos privados, conveniados ao SUS, a opção do paciente por atendimento privado pressupõe a absoluta exclusão de qualquer cobrança do SUS.

19.2 DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Declaração de Óbito é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias autocopiativas, pré-numeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme fluxo padronizado em todo o país.⁶⁵

A Declaração de Óbito tem importantes funções, pois além de

⁶³ “CONSTITUCIONAL. PENAL. COMPETÊNCIA. CONCUSSÃO. CRIME PRATICADO POR MÉDICO CREDENCIADO AO SUS. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. NULIDADE DO PROCESSO. I. A Justiça Estadual é competente para processar e julgar médico por crime de concussão praticado contra pacientes internados mediante convênio com o Sistema Único de saúde SUS, quando não evidenciado o prejuízo para a União, suas autarquias ou empresas públicas. Precedentes. II. HC deferido para declarar a nulidade do processo a partir da denúncia, inclusive. (STF HC 81912/RS DJ 13.09.2002 P.00094 Rel. Min. Carlos Velloso).

⁶⁴ Disponível em : <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>.

⁶⁵ Disponível em: <HTTP://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf>.

subsidiar o ATESTADO DE ÓBITO, os dados nela obtidos também servem para o conhecimento da situação da saúde da população, em termos epidemiológicos, e para gerar ações na área da atenção à saúde. Ademais, as estatísticas de mortalidade são produzidas com base nas declarações emitidas pelos médicos.

A DECLARAÇÃO DE ÓBITO é um ATO MÉDICO, desta forma, o profissional médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e assinatura de tal documento, que consiste num formulário oficial.

Em todos os casos de óbito, sejam naturais ou violentos, deve ser emitida a respectiva DECLARAÇÃO DE ÓBITO. Em se tratando de criança que nascer viva e morrer logo após o nascimento, também deve ser feita a DO, nos casos de óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a vinte semanas, ou o feto com peso igual ou superior a quinhentos gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros. Contudo, a legislação faculta a emissão da DO nos casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto da concepção, de gestação de menos de vinte semanas, ou peso menor que quinhentos gramas, ou estatura menor que 25 centímetros.

Em algumas situações práticas, surgem dúvidas sobre quem deve emitir as DO, notadamente nos casos de morte natural⁶⁶, sem assistência hospitalar, naquelas localidades em que não há disponibilidade de médicos.

Vale ressaltar que os sepultamentos só poderão ser realizados com certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito.⁶⁷

Vejam os alguns casos práticos e, respectivamente, que profissional/órgão deve emitir as respectivas DO:

⁶⁶ Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

⁶⁷ Art. 77 da Lei n.º 6.015/73: “Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

19.2.1 Morte natural

Com Assistência Médica:

- sempre que possível, o médico que vinha prestando assistência ao paciente;
- Regime hospitalar - na falta do médico assistente, o médico substituto ou plantonista;
- Regime ambulatorial - o médico designado pela instituição que prestava assistência;
- Regime domiciliar - o médico da Estratégia Saúde da Família, do Programa de Internação Domiciliar, bem como outros semelhantes.

Sem Assistência Médica:

- o médico do SVO - Serviço de Verificação do Óbito - nas localidades em que exista⁶⁸;
- o médico do serviço de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico.

19.2.2 Morte não natural : causas externas⁶⁹

Em localidade com IML - o médico legista, independentemente do tempo entre o evento violento e a morte.

Em localidade sem IML - qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito ad hoc.

⁶⁸ Na Paraíba, o SVO é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde, subordinado à Gerência de Vigilância em Saúde, fundado em 31/12/2002, com base na Portaria 1.405 do MS. Está localizado no Departamento de Morfologia da UFPB, em João Pessoa e abrange uma área metropolitana com menos de 1 milhão de habitantes. É referência estadual no tocante à diminuição das causas *mortis* mal definidas emitidas e na promoção de curós e treinamentos.

⁶⁹ Homicídios, acidentes, suicídios, mortes suspeitas.

19.3 TRANSPLANTES

A Lei 9.434/97, regulamentada pelo Decreto 2.268/97, prevê a disposição gratuita de tecidos, órgãos e parte do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, em termos pré-definidos.

Para a realização de tais procedimentos, os estabelecimentos públicos ou privados, bem como as equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplantes, devem ser previamente autorizadas pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Ademais, a realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde.

A disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, para fins de transplante, *post mortem*, deverá ser procedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por Resolução do Conselho Federal de Medicina.

As pessoas legitimadas a autorizar a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplante ou outra finalidade, são o cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Em se tratando de remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz, é obrigatória a permissão expressa de ambos os pais, ou dos responsáveis legais.

Em qualquer caso, após a retirada dos tecidos, órgãos e partes do corpo, o cadáver deverá ser imediatamente necropsiado e condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, para a fa-

mília ou aos responsáveis legais, para sepultamento. Quando se cuidar de pessoa NÃO IDENTIFICADA, é vedada a remoção⁷⁰.

Por outro lado, a lei prevê a possibilidade de disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano VIVO para fins de transplante ou tratamento.

A doação só é permitida quando se tratar de órgãos duplos ou partes de órgãos, tecidos ou partes, cuja retirada não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais e aptidões físicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

Neste caso, a disposição também será GRATUITA, e permitida à pessoa juridicamente capaz, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau. É exigida a autorização do doador, por escrito e diante de testemunhas, especificando-se o tecido, órgão ou parte do corpo para disposição.

O Decreto n.º 2.268, em seu art. 15, parágrafo 3º, exige que essa autorização seja expedida em duas vias, uma das quais será destinada ao órgão do Ministério Público com atuação no lugar de domicílio do DOADOR, com protocolo de recebimento na outra, como *condição para concretizar a doação*.⁷¹

É necessária *AUTORIZAÇÃO JUDICIAL* para a doação a outra pessoa, que não cônjuge ou parente consanguíneo até o quarto grau, exceto com relação à medula óssea.

Em se tratando de doador juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, a doação pode ser realizada, mediante o consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial. O ato não pode oferecer risco à saúde.

À gestante não é permitida a disposição de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de

⁷⁰ Art. 6º da Lei 9.434/2007.

⁷¹ Art. 20 do Decreto 2.268/2007: “A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas consequências e comparação após o ato cirúrgico.”

tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea, e o ato não oferecer risco à sua saúde.

O autotransplante é permitido, sendo exigido apenas o consentimento do paciente, que deve ficar registrado em seu prontuário médico. Em se tratando de indivíduo incapaz, o ato dependerá da autorização dos pais ou responsáveis legais.

Os transplantes ou enxertos também exigem o consentimento expresso do receptor, inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

Nos casos de receptor juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento pode ser dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

O artigo 11 da Lei n.º 9.434 veda a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

1. publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;
2. apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada identificada ou não. Os órgãos do SUS poderão, por seu turno, realizar campanhas de esclarecimento à população para estimular as doações de órgãos;
3. apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

A doação é revogável a qualquer momento, antes de sua concretização.

20 LEGISLAÇÃO⁷²

20.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - S U S:

1. Normas principais:

- 1) Saúde na CF/88 - arts. 6º e 5º, § 1º; 23, II; 30, VII; 196-200;
- 2) *EC 29/00* - vinculação de recursos orçamentários para a saúde;
- 3) *EC 51/06* - contratação de Agente Comunitário de Saúde e outros;
 - 4) *Lei nº 11.350/06* . Regulamenta a *EC 51/06* - ACS;
 - 5) *EC 63, de 04.02.2010, p. DOU, Seção 1, de 05.02.2010*; Altera o § 5º do art. 198 da CF para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias;
 - 6) *Lei nº 8.080/90* - Lei Orgânica da Saúde;
 - 7) *Lei nº 8.142/90* - Conselho de Saúde, Conferência de Saúde e transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde;
 - 8) *Lei nº 8.689/93* - *SNA*; art. 12 . Prestação trimestral de contas pelo gestor do SUS, estadual e municipal;
 - 9) *Lei nº 9.452/97*. Notificação à Câmara Municipal de liberação de recursos federais;
 - 10) *Lei nº 11.107/2005* . Consórcios Públicos;
 - 11) *Decreto nº 6.017, de 17.01.2007* - regulamenta a *Lei nº 11.107/05*. Consórcios Públicos;
 - 12) *Lei nº 11.934, de 05.5.2009, p. no DOU, Seção 1, de 06.5.2009*. Dispõe sobre limites à exposição humana a campos elétricos, magnéticos e eletromagnéticos; altera a *Lei nº 4.771, de 15.9.1965* e dá outras providências;
 - 13) *Decreto nº 7.135, de 29.3.2010, p. DOU, Seção 1, págs.*

⁷² Informações levantadas pelo Caop da Saúde do Espírito Santo, repassadas pelo Dr. Adalberto Dazzi, Procurador de Justiça, integrante da COPEDS.

3/13. Aprova Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde;

14) Normas locais: leis (estaduais e municipais) que criaram o Conselho de Saúde e o Fundo de Saúde; Regimento Interno do Conselho de Saúde; Decreto que designou os Conselheiros do Conselho de Saúde; cópia das atas das reuniões do Conselho de Saúde; cópia da ata da audiência pública de prestação trimestral de contas da execução do orçamento da saúde aos cidadãos pelo gestor do SUS, estadual e municipal; cópia do Plano de Saúde (de 04 em 04 anos) aprovado pelo Conselho de Saúde e inserido no PPA; cópia da PPI da Assistência em Saúde; cópia do Termo de Compromisso de Gestão; cópia do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS; cópia dos contratos com os prestadores de serviços ao SUS (art. 199, § da CF/88); cópia dos convênios com as outras Pessoas Políticas; cópia da Programação Anual de Saúde (o que vai ser realizado de saúde durante o ano); cópia do *Relatório Anual de Gestão* (o que foi feito de saúde no ano anterior); prova da alimentação dos bancos de dados nacionais do Ministério da Saúde (SIOPS, SIAB, SINAN, etc.) pelos Estados e Municípios, cópia da ata das reuniões do Conselho gestor das Unidades de Saúde do Estado local, etc.;

15) Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

2- Alta complexidade em terapia nutricional:

a) *Portaria nº 343/GM, de 07.3.2005*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, mecanismos para a organização e implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;

b) *Portaria nº 2.529/GM, de 19.10.2006*. Regula a internação domiciliar no SUS;

c) *Portaria nº 120/SAS, de 14.4.2009, p. no DOU, Seção 1, de 20.4.2009*. Aprova normas de classificação/credenciamento/habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral e dá outras providências.

3 - Anexo XVI - Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde - Estados, DF e Municípios:

a) *Portaria nº 575, de 30.8.2007, a partir do exercício de 2008, do Secretário do Tesouro Nacional do MF, que aprovou a 7ª edição do Manual de Elaboração do Anexo de Metas Fiscais e do Relatório Resumido da Execução Orçamentária.*

4 - Arquitetura e engenharia em saúde:

a) *Resolução RDC nº 36, de 03.6.2008, da ANVISA, republicada no DOU, Seção 1, de 09.7.2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (atos relacionados: Resolução RDC 50, de 21.02.2002, da ANVISA; Resolução RDC nº 189, de 18.7.2003, da ANVISA; Lei nº 6.437, de 20.8.2007).*

b) *Resolução - RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.*

c) *Resolução - RDC nº 189, de 18 de julho de 2003. Todos os projetos de arquitetura de estabelecimentos de saúde públicos e privados devem ser avaliados e aprovados pelas vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais previamente ao início da obra a que se referem os projetos.*

d) *Resolução - RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003 - Revogada e substituída pela Resolução - RDC nº 306, de 07/12/2004.- Aprova o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - Diretrizes Gerais.*

e) *Resolução - RE nº 9, de 16 de janeiro de 2003. Orientação técnica revisada contendo padrões referenciais de qualidade de ar interior em ambientes de uso público e coletivo, climatizados artificialmente. A Resolução recomenda o índice máximo de poluentes de contaminação biológica e química, além de parâmetros físicos do ar interior. A resolução prevê ainda métodos analíticos e recomendações para controle e correção, caso os padrões de ar forem considerados regulares ou ruins.*

f) *Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002.* - Retificou a *Resolução - RDC nº 50, de 21/2/2002*. As considerações da Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 passam a vigorar com a seguinte redação: Art. 2º O Regulamento Técnico contido na Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 passa a vigorar com a seguinte redação.

g) *Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (PDF)* - ANVISA (Arquivo atualizado em 22/7/2003) - alterada pela Resolução - RDC nº 189, de 18/7/2003 - atualizada pela Resolução - RDC nº 307, de 14/11/2002 - substitui a Portaria MS nº 1.884, de 11/11/1994 - dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde Normaliza a elaboração de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Apresenta orientações aos planejadores, projetistas e avaliadores de estabelecimentos de saúde. Cada EAS construído ou reformado deverá estar em consonância com as definições e informações contidas neste documento, independente de ser um estabelecimento público ou privado. *Portaria MS nº 1.884, de 11 de novembro de 1994* revogada pela GABIN MS nº 554, de 19 de março de 2002.

h) *Resolução RDC nº 36, de 03.6.2008*, da ANVISA - republicada no DOU, Seção 1, de 09.7.2008 - dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (atos relacionados: Resolução RDC 50, de 21.02.2002, da ANVISA; Resolução RDC nº 189, de 18.7.2003, da ANVISA; Lei nº 6.437, de 20.8.2007).

i) *Resolução RE nº 176, de 24 de outubro de 2000* - substituída pela *Resolução RE nº 9, de 16 de janeiro de 2003* - Orientação técnica, contendo padrões referenciais de qualidade de ar interior em ambientes de uso público e coletivo, climatizados artificialmente. A Resolução recomenda o índice máximo de poluentes de contaminação biológica e química, além de parâmetros físicos do ar interior. A resolução prevê ainda métodos analíticos e

recomendações para controle e correção, caso os padrões de ar forem considerados regulares ou ruins.

j) *Portaria Interministerial n° 482, de 16 de abril de 1999.* Regulamento técnico, contendo disposições sobre o funcionamento e instalação de unidades de esterilização por óxido de etileno e de suas misturas, bem como estabelece as ações de inspeção sob responsabilidade do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego.

l) *Portaria MS n° 3.523, de 28 de agosto de 1998.* Regulamento técnico, contendo medidas básicas referentes aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência dos componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados.

5 - Asbestos/amianto:

a) *Portaria n° 1.644/GM, de 20.7.2009, p. DOU, Seção 1, de 21.7.09* - veda ao Ministério da Saúde e aos seus órgãos vinculados a utilização e a aquisição de quaisquer produtos e subprodutos que contenham asbestos/amianto em sua composição e disciplina demais providências.

6 - Assistência farmacêutica aos atingidos por desastres de origem natural:

a) *Portaria n° 74/GM, de 20.01.2009, republicada no DOU, Seção 1, de 26.01.2009, pág. 33* - estabelece os procedimentos para aquisição e distribuição dos kits de medicamentos e insumos estratégicos para a assistência farmacêutica aos atingidos por desastres de origem natural;

7 - Atenção Básica (responsabilidade direta do Município):

a) *Portaria n° 648/GM, de 28.3.06, p. no DOU, Seção 1, de 29.3.06. Política Nacional de Atenção Básica, PSF e PACS;*

b) *Portaria nº 2.527/GM*, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família;

c) *Portaria nº 822/GM*, de 17.4.06. Alterou a Portaria nº 648/GM, de 28.3.06, na parte das exigências de enquadramento das ESFs - Equipes Saúde da Família na *modalidade 1*;

d) *Portaria nº 1.625/GM*, de 10.07.2007. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de saúde da família - ESF;

e) Portaria nº 650/GM, de 28.3.06, p. no DOU, Seção 1, de 29.3.06. PAB fixo e variável, PSF e PACS;

f) *Portaria nº 2.008/GM*, de 1º.09.2009, p. no DOU, Seção 1, de 02.9.09 - fixa em R\$651,00 por Agente Comunitário de Saúde, a cada mês, o valor do incentivo financeiro aos ACSs das Estratégias Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família;

g) *Portaria nº 1.230/GM*, de 25.5.2007. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde;

h) Emenda Constitucional nº 51/06 - contratação do ACS e de agentes de combate às endemias (regulamentada pela Lei nº 11.350/06);

i) *Portaria nº 971/GM*, de 03.5.06. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC* (acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/ crenoterapia);

j) *Portaria nº 84/SAS*, de 25.3.2009: adequar o serviço especializado 134 - SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS e sua classificação 001 - acupuntura;

k) *Portaria nº 1.602/GM*, de 17.7.2006. Institui em todo o território nacional os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso;

l) *Portaria nº 154/GM*, de 24.01.08, republicada no DOU, Seção 1, págs. 38/42, de 04.3.2008 - cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF;

m) *Portaria nº 424/SAS*, de 03.12.2009, p. DOU, Seção 1, de 04.12.2009, pág. 64 - institui a *Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - ENASF*, no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES;

n) *Portaria nº 2.281/GM, de 1º.10.2009.* Altera a Portaria nº 154/GM, de 04.3.2008;

o) *Portaria nº 221/SAS, de 17.4.2008:* Lista Brasileira de Interações por condições sensíveis à Atenção Primária;

p) *LEI Nº 11.664, de 29.04.2008, p. DOU 30.4.2008.* Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

q) *Decreto Presidencial nº 6.286, de 05.12.2007.* Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

r) *PORTARIA Nº 1.861/GM, de 04.09.2008.* Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE);

s) *Portaria nº 2.931/GM, de 04.12.2008.* Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 04.9.2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia municípios para o recebimento desses recursos;

t) *Portaria nº 2.007/GM, de 1º.09.2009, p. DOU, Seção 1, de 02.9.2009 - fixa, a partir da competência julho de 2009, o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB Fixo em R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal;*

u) *PORTARIA Nº 2.662/GM, de 11.11.2008.* Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde;

v) *Portaria nº 3.066/GM, de 23.12.2008 .* Define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política de Atenção Básica;

w) *Portaria nº 302/GM, de 17.02.2008, rep. no DOU, Seção 1,*

de 30.4.2008 - estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS;

x) *Portaria nº 3.128/GM, de 24.12.2008* . Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por *ações na atenção básica* e Serviços de Reabilitação Visual;

y) *Portaria Conjunta nº 125, de 26.3.2009*, p. no DOU, Seção 1, de 27.3.2009, do Secretário de Vigilância em Saúde e do Secretário de Atenção à Saúde. Define as ações de controle da hanseníase;

z) *Portaria nº 2.226/GM, de 18.9.2009*, rep. no DOU, Seção 1, de 20.11.2009 - institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o *Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família*;

aa) *Portaria nº 2.198/GM, de 17.9.2009* - dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, DF e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar;

bb) *Portaria nº 402/GM, de 24.02.2010*, p. DOU, Seção 1, de 25.02.2010 - institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia da Saúde da Família no SUS; institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências;

cc) *Portaria nº 705/GM, de 31.03.2010*, p. DOU, Seção 1, de 1º.04.2010, pág. 46 - prorroga, por 60 dias, o prazo estabelecido no art. 5º da Portaria nº 2.198/GM, de 17.09.2009 (recursos federais para aquisição de equipamentos e material permanente para a Atenção Básica, Assistência Ambulatorial e Hospitalar, etc.).

8 - Células-tronco

Portaria nº 87/GM, de 21.11.2009 . Autoriza o envio para o exterior de amostras de células-tronco hematopoiéticas de doadores cadastrados no REDOME - Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea, para a realização de transplantes.

9 - Cidades saudáveis

- a) *Portaria nº 687/GM, de 30.3.2006;*
- b) *Portaria nº 2.729/GM, de 11.11.2009, p. DOU, Seção 1, de 12.11.2009 - institui Grupo de Trabalho “Cidades Saudáveis” com a finalidade de elaborar documento técnico determinando a estrutura e o funcionamento do Movimento Nacional para Territórios Saudáveis - MNTS.*

10 - Código de ética médica: cem

Resolução CFM nº 1931/2009, de 17.09.2009, publicado no DOU, Seção 1, de 24.9.2009 - aprova o *Código de Ética Médica*.

11 - Portarias Ministeriais

- a) *Portaria nº 399/GM, de 22.02.2006. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;*
- b) *Portaria nº 204/GM, de 29.01.2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde;*
- c) *Portaria nº 2.485/GM, de 21.10.2009, p. DOU, Seção 1, de 22.10.2009 - orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamentos a serem transferidos a Estados, DF e Municípios, fundo a fundo, em conta única e especificada por bloco de financiamento;*
- d) *Portaria nº 2.691/GM, de 15.07.2008 - regulamenta as condições para a transferência dos recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoio às ações de regionalização;*
- e) *Portaria nº 1.440/GM, de 15.7.2008;*

12 - Complexos Reguladores

- a) *Portaria nº 1.571/GM, de 29.06.2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos regulares;*

b) *Portaria nº 1.559/GM, de 01.08.2008* . Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

c) *Portaria nº 2.907/GM, de 23.11.2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.*

13 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (ex-Medicamentos excepcionais e de alto custo): dispensação pelos CEDEMEX/PB:

a) *Portaria nº 2.981/GM, de 26.11.2009, p. no DOU, Seção 1, de 30.11.09, rep. DOU, Seção 1, de 1º.12.2009.* Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Art. 1º Regulamentar e aprovar, no âmbito do SUS, o *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica* como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, integrante do Bloco da Assistência Farmacêutica, conforme definido no Capítulo I desta Portaria). (Obs.: entra em vigor 90 dias da sua publicação);

b) *Portaria nº 343/GM, de 22.02.2010, p. DOU, Seção 1, de 24.02.2010.* Altera os arts. 3º, 15, 16, 23, 24 e 63 e o Anexo IV à Portaria nº 2.981/GM/MS, de 26.11.2009;

c) “*PROTOSCOLOS CLÍNICOS*” - relação dos medicamentos excepcionais do Ministério da Saúde: <http://dtr2001.saude.gov.br/sãs/dsra/protocolos/index.htm>

d) *Portaria nº 445/GM/MS, de 06.3.2006.* Estabelece que os medicamentos classificados como *imunossupressores* (Subgrupo 07) no Grupo 36 da Tabela SAI/SUS serão adquiridos por intermédio de processo centralizado pelo Ministério da Saúde;

e) *Portaria nº 495/SAS, de 11.09.2007 - PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA COM PREDOMINÂNCIA DE DEFEITOS DE ANTICORPOS - Imunoglobulina Humana;*

f) *Portaria nº 496/SAS, de 11.09.2007 - PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ - Imunoglobulina Humana;*

g) *Portaria nº 307/SAS, de 17.9.2009*, p. no DOU, Seção 1, de 18.9.09 . Aprova o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Ciliaca*;

h) *Portaria nº 2.561/GM, de 28.10.2009*, p. DOU, Seção 1, págs. 59/71, de 03.11.2009. Aprova o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hapatite Viral Crônica B e Coinfecções*.

i) *Art. 9º da Portaria nº 288/SAS, de 19.05.2008*. Aprova, na forma do Anexo IV, o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção ao Portador de Glaucoma* (Primeira Linha: Timolol; Segunda Linha: Dorzolamida, Brinzolamida, Brimonidina; Terceira Linha: Latanoprost, Travoprost ou Bimatoprost);

j) *Resolução - RDC nº 053, de 22.10.2009*, da ANVISA, p. DOU, Seção 1, de 27.10.2009. Autoriza a utilização de fumarato de tenofovir desoproxila no tratamento de *hepatite B crônica em adultos*;

k) *Portaria nº 375/SAS, de 10.11.2009*, p. DOU, Seção 1, de 11.11.09. Aprova o *roteiro* a ser utilizado na elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS;

l) *Portaria nº 376/SAS, de 10.11.2009*, p. DOU, Seção 1, de 11.11.09. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Distonias Focais e Espasmo Hemifacial (Toxina Botulínica Tipo A);

m) *Portaria nº 377/SAS, de 10.11.2009*, p. DOU, Seção 1, de 11.11.09. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Espasticidade (Toxina Botulínica Tipo A);

n) *Portaria nº 13/SAS, de 15.01.2010*, p. DOU, Seção 1, de 18.01.2010 - aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Ictioses Hereditárias;

o) *Portaria nº 14/SAS, de 15.01.2010*, p. DOU, Seção 1, de 18.01.2010 - aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hipoparatiroidismo;

p) *Portaria nº 15/SAS, de 15.01.2010*, p. DOU, Seção 1, de 18.01.2010. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Insuficiência Adrenal Primária (Doença de Addison);

q) *Portaria nº 16/SAS, de 15.01.2010*, p. DOU, Seção 1, de 18.01.2010. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Proto-

colo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hiperplasia Adrenal Congênita;

r) *Portaria nº 55/SAS, de 29.01.2010, p. DOU, Seção 1, de 1º.02.2010.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Falciforme;

s) *Portaria nº 56/SAS, de 29.01.2010, p. DOU, Seção 1, de 1º.02.2010.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hipotireoidismo Congênito;

t) *Portaria nº 57/SAS, de 29.01.2010, p. DOU, Seção 1, de 1º.02.2010.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Insuficiência Pancreática Exócrina;

u) *Portaria nº 110/SAS, de 10.3.2010, p. DOU, Seção 1, de 11.3.2010.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hipopituitarismo;

v) *Portaria nº 111/SAS, de 10.3.2010, p. DOU, Seção 1, de 11.3.2010.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Puberdade Precoce Central;

w) *Portaria nº 143/SAS, de 31.3.2010, p. DOU, Seção 1, de 1º.04.2010, págs. 53/55.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - ACNE GRAVE;

x) *Portaria nº 144/SAS, de 31.3.2010, p. DOU, Seção 1, de 1º.04.2010* - aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - *Endometriose*;

14 - Conselho nacional de saúde

a) *Resolução nº 333/2003/CNS* - aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde;

b) *Resolução nº 322/CNS, de 08.05.2003* - diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (o que pode e o que não pode ser considerado como despesa de saúde).

15 - Contratação de serviços da rede privada pelo SUS

a) *Portaria nº 1.606/GM, de 11.9.2001.* Diretrizes para os Esta-

dos, DF e Municípios adotarem *tabela diferenciada para remuneração dos serviços assistenciais de saúde* (complementação financeira com recursos próprios estaduais e/ou municipais);

b) *Art. 199, § 1º da CF/88* . De forma complementar, mediante contrato, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;

c) *Portaria nº 3.277, de 22.12.06*. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS;

d) *Lei Complementar nº 101, de 04.05.2000* - ver art. 25 § 3º;

e) *Lei nº 12.017, de 12.08.2009* - LDO para 2010 da União - ver art. 32 ao 38.

16- Dengue

a) *Portaria nº 044/GM, de 03.01.2002*. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS - na prevenção e no controle da malária e da dengue;

b) *Portaria nº 29/SVS, de 11.07.2002*. Define parâmetro que caracteriza situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor da Dengue;

c) *Portaria nº 5/SVS, de 21.02.2002*. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos;

d) *Portaria nº 040/SVS, de 25.10.2007*. Define as atribuições dos consultores do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) que atuam nas Secretarias de Estado de Saúde (SES), no apoio e assessoria à implantação dos componentes do Programa;

e) *Portaria nº 1.120/GM, de 05.06.2008*. Institui o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

17- Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde

Portaria nº 1.820/GM, de 13.08.09, p. DOU, Seção 1, de

14.08.2009. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde).

18 - Enfermagem

a) *Lei nº 7.498, de 25.6.1986, p. DOU, Seção 1, de 26.06.86.* Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências;

b) *Decreto nº 94.406/87.* Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25.06.1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.

19 - Farmácia popular

a) *Portaria nº 3.089/GM, de 16.12.2009, p. DOU, Seção 1, de 17.12.2009* - dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular.

20 - Farmácias e drogarias

a) *Lei nº 9.782, de 26.01.1999;*

b) *Medida Provisória nº 2.190-32/2001;*

c) *Lei nº 5.991, de 17.12.1973;*

d) *Decreto nº 74.170, de 10.6.1974;*

e) *Lei nº 6.437, de 20.8.1977;*

f) *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 1, de 13.01.2010, p. no DOU, Seção 1, de 14.01.2010* - dispõe sobre os critérios para petição de Concessão, Renovação, Cancelamento a pedido, Alteração, Retificação de Publicação e Reconsideração de Indeferimento da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) dos estabelecimentos de comércio varejista de medicamentos: *farmácias e drogarias*.

21 - Financiamento e Transferência de Recursos Federais para as ações e os serviços de saúde

a) *Lei nº 4.320, de 17.03.1964.* Normas Gerais de Direito Finan-

ceiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal;

b) *Lei nº 8.080/90*;

c) *Lei nº 8.142/90*;

d) *Decreto nº 1.232, de 30.08.1994*. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do DF e dá outras providências;

e) *Decreto nº 1.651, de 28.09.1995* - arts. 5º e 6º que versam sobre a comprovação da aplicação de recursos financeiros transferidos pela modalidade fundo a fundo, a Estados, DF e Municípios;

f) *Portaria nº 204/GM, de 29.01.07*. Regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento;

g) *Art. 38 da Portaria nº 204/GM, de 29.01.2007* - institui o *Termo de Ajuste Sanitário - TAS*;

h) *Portaria nº 2.046/GM, de 03.09.2009, p. DOU, Seção 1, de 04.09.2009* - regulamenta o *Termo de Ajuste Sanitário - TAS, instituído pela Portaria nº 204/GM, de 29.01.07*;

i) *Portaria nº 2.642/GM, de 28.10.2009, p. DOU, Seção 1, de 30.10.2009*. Prorroga, por mais 90 dias, a partir de 30.10.2009, o prazo previsto no art. 15, § 1º da *Portaria nº 2.046/GM, de 03.9.2009*, que regulamenta o *Termo de Ajustamento Sanitário - TAS*, instituído pela *Portaria nº 204/GM, de 29.01.2009*;

j) *Art. 11 da Portaria nº 3.237/GM, de 24.12.2007*. Revoga, a partir de 1º.02.2008, os §§ 1º ao 7º do art. 25 da *Portaria nº 204/GM, de 29.01.07*;

k) *Portaria nº 2.981/GM, de 26.11.2009, rep. DOU, Seção 1, de 1º.12.2009*. Aprova o *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica* (art. 2º Alterar a denominação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional descrito no inciso III, do art. 24, seção IV, da *Portaria nº 204/GM, de 29.01.2007*, para *Componente Especializada da Assistência Farmacêutica*); (*Obs.: entra em vigor 90 dias da sua publicação*);

l) *Portaria nº 837/GM, de 23.4.2009, p. no DOU, Seção 1, de 24.4.2009* - altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM,

de 29.01.2007, para inserir o *Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde* na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS;

m) Art. 4º, III da Portaria nº 3.252/GM, de 22.12.2009, p. DOU, Seção 1, de 23.12.2009. Revoga os arts. 18, 19, 20, 21, 22 e 23 e o inciso III e o parágrafo único do art. 37 da Portaria nº 204/GM, de 29.01.2007;

n) Portaria nº 2.485/GM de 21.10.2009, p. DOU, Seção 1, de 22.10.2009, págs. 46/47. Operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os *blocos de financiamento*;

o) Portaria nº 1.321/GM, de 24.6.2009, rep. DOU, Seção 1, de 08.10.2009. Regulamenta, para o ano de 2009, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais - CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica;

p) Portaria nº 1.074/GM, de 29.5.2008. Aprova o “Manual de Cooperação Técnica e Financeira, por meio de convênios”;

q) Lei nº 12.017, de 12.8.2009 - LDO para 2010 da União - ver arts. 32 ao 38;

r) Resolução nº 196, de 29.04.2004, do TC/ES . Dispõe sobre a orientação e fiscalização dos recursos mínimos a serem aplicados pelo Estado e pelos Municípios no financiamento das ações e dos serviços públicos da saúde e dá outras providências;

s) Resolução nº 322/CNS, de 08.05.2003. Diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (o que pode e o que não pode ser considerado como despesa de saúde);

t) Portaria nº 2.226/GM, de 18.09.2009, p. no DOU, Seção 1, de 23.09.2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família;

u) Portaria nº 2.198/GM, de 17.09.2009, rep. DOU, Seção 1, de 23.12.2009.- Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, DF e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar;

v) *Portaria nº 1.020/GM, de 13.5.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 15.05.09 - Estabelece diretrizes para a *implantação do componente pré-hospitalar fixo* para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências; *UPA - Unidade de Pronto Atendimento; Sala de Estabilização - SE*;

w) *Portaria nº 2.907/GM, de 23.11.2009*. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou a implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do SUS.

x) *Portaria nº 705/GM, de 31.3.2010*, p. *DOU, Seção 1*, de 1º.04.2010, pág. 46 - prorroga, por 60 dias, o prazo estabelecido no art. 5º da Portaria nº 2.198/GM, de 17.09.2009 (recursos federais para aquisição de equipamentos e material permanente para a Atenção Básica, Assistência Ambulatorial e Hospitalar, etc.).

22 - Fumo

Lei nº 9.294, de 15.09.1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da CF/88.

23 - Funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas

Resolução - RDC nº 52, de 22.10.2009, p. no *DOU, Seção 1*, de 26.10.2009, da ANVISA - dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências.

24 - HIV e outras DST

a) *Portaria nº 1.626/GM, de 10.07.2007*. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que

procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST;

b) *Portaria Conjunta nº 01/SAS/SVS/1*, de 20.01.2009, p. *DOU, Seção 1*, de 23.01.09 - define a Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS;

c) *Portaria nº 151/SAS*, de 14.10.2009, p. no *DOU, Seção 1*, de 16.10.2009 - aprova, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas.

25 - Hospital Amigo da Criança integrante do SUS

a) *Portaria nº 756/SAS*, de 16.12.2004. Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde - SUS;

b) *PORTARIA nº 09/SAS, DE 10.01. 2008*. Altera a redação do critério nº 8, constante das Normas para o Processo de Habilitação do Hospital Amigo da Criança, integrante do SUS, aprovadas pela Portaria SAS/MS nº 756, de 16.12.2004, publicada em 17.12.2004, no Diário Oficial da União nº 242, página 99, que passa a vigorar da seguinte forma:

“8. Apresentar taxa de cesarianas conforme o estabelecida pelo Gestor Estadual/Municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde - MS;

8.1 - Os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual/municipal deverão apresentar redução dessas taxas, pelo menos no último ano, e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas”.

26 - Hospital Dia

Portaria nº 44/GM, de 10.01.2001. Aprova, no âmbito do SUS, a modalidade de assistência *Hospital Dia*.

27- Importação de medicamentos

Resolução - RDC nº 28, de 09.05.2008, p. DOU, Seção 1, de 12.05.08 - autoriza a importação dos medicamentos constantes na lista de medicamentos liberados em caráter excepcional destinados unicamente a uso hospitalar ou sob prescrição médica, cuja importação esteja vinculada a uma determinada entidade hospitalar e/ou entidade civil representativa, para seu uso exclusivo, não se destinando à revenda ou ao comércio.

28 - Infecção hospitalar

É aquela infecção desenvolvida após a admissão do paciente na unidade de saúde e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

a) *Lei nº 9.431, de 06.01.1997.* Dispõe sobre a obrigatoriedade dos hospitais manterem um *Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIH* e criarem uma *Comissão de Controle de Infecções Hospitalares - CCIH* para execução deste controle;

b) *Portaria nº 2.616/GM, de 12.05.1998.* Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

c) *Lei nº 9.782, de 1999.* Cria a ANVISA;

d) *Resolução RDC nº 48/ANVISA, de 02.06.2000.* Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, anexo a esta Resolução;

e) *Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (Sinais)* - é um programa gratuito desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para - em tempo real - obter de forma fácil, ágil e padronizada os indicadores de infecção nos serviços de saúde, alimentando um banco de dados nacional, que será acessível a municípios, estados e governo federal;

f) *Resolução - RDC nº 8, de 27.02.2009, p. no DOU, Seção 1, de 02.03.2009, pág. 62, da ANVISA.* Dispõe sobre as medidas para

redução da ocorrência de infecções por *Micobactérias* de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde.

29 - Informação e Informática

Portaria nº 2.466/GM, de 14.10.2009, p. DOU, Seção 1, de 16.10.2009. Institui o Comitê de Informação e Informática em Saúde - CIINFO/MAS.

30 - Internação domiciliar no âmbito do SUS

a) *Portaria nº 2.529/GM, de 19.10.2006.* Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS;

b) *Portaria nº 2.818 de 08.11.2006.* Restabelece, na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o grupo de código 85.100.12-9 - Internação Domiciliar e seus respectivos procedimentos;

c) *Portaria nº 1589, de 03.07.2007.* Altera a redação dos arts 1º e 2º da *Portaria nº 2.818/GM, de 8 de novembro de 2006;*

d) *Portaria nº 49, de 15.01.2008.* Atera, para 30.06.2008, o prazo definido pela *Portaria nº 1.589/GM, de 03.07.2007.*

31 - Média e alta complexidade

a) *Portaria nº 1.606/GM, de 11.9.2001.* Diretrizes para os Estados, DF e Municípios adotarem tabela diferenciada para remuneração dos serviços assistenciais de saúde (complementação financeira com recursos próprios estaduais e/ou municipais);

b) *Art. 199, § 1º da CF/88 e Portaria nº 3.277/GM, de 22.12.06.* Dispõem sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS;

c) *Portaria nº 598/GM, de 23.03.06.* Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite - CIB;

d) “As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão

ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo”: *Portaria nº 399/GM, de 22.02.06, Anexo II;*

e) *Termo de Compromisso de Gestão* assinado pelo Estado e por cada Município;

f) Portaria do Ministro da Saúde, homologando o *Termo de Compromisso de Gestão* do Estado e de cada Município;

g) *PPI - Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde* pactuada pelo Estado e por cada Município (deve estar de acordo com o PDR - Plano Diretor de Regionalização, com o PDI - Plano Diretor de Investimento e com o Termo de Compromisso de Gestão);

h) *Portaria nº 1.097/GM, de 22.05.06*, p. no DOU, Seção 1, de 23.05.06. Define o processo da *PPI - Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde* no SUS;

i) *Portaria nº 1.569/GM, de 28.06.2007*. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade;

j) *Portaria nº 958/GM, de 15.05.2008*. Redefine a *Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade*;

k) *Portaria nº 663/SAS, de 14.11.2008*. Define o instrumento de registro de procedimentos que integram o elenco de procedimentos da Política Nacional de *Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade*;

l) *Portaria nº 735/SAS, de 17.12.2008*. Define, *para o ano de 2009, a série numérica nacional de AIH* para os procedimentos de internação que integram a CNRAC e a Política Nacional das Cirurgias Eletivas; definir, *para o ano 2009, a série numérica nacional de APAC* para os procedimentos ambulatoriais que integram a CNRAC e a Política Nacional das Cirurgias Eletivas.

32 - Medicamentos na Atenção Básica (dispensação pelo Município)

a) *Portaria nº 2.982/GM, de 26.11.2009*, rep. *DOU, Seção 1*, de 1º.12.2009 - aprova as normas de execução e de financiamento

da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; (*Obs.: entra em vigor no dia 1º.01.2010;*

b) Portaria nº 156/GM, de 19.01.2006.- Dispõe sobre o uso da *penicilina* na atenção básica e nas demais unidades do SUS;

c) Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de *diabetes mellitus* (*Ver Lei nº 11.347, de 27.09.2006*).

33 - Óbito

a) Lei nº 11.976, de 07.07.2009, p. no *DOU*, Seção 1, de 08.07.09. Dispõe sobre a Declaração de Óbito e a realização de estatísticas de óbitos em hospitais públicos e privados;

b) Art. 3º da Lei nº 9.434, de 04.02.1997. Morte encefálica;

c) Resolução nº 1.480, do CFM, de 08.08.1997. Morte encefálica;

d) Resolução nº 1.779, do CFM, de 11.11.2005;

e) Portaria nº 1.119/GM, de 05.06.2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos (óbitos maternos e da mulher em idade fértil);

f) Portaria nº 1.405/GM, de 29.06.2006. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da *causa mortis* (SVO);

g) Portaria nº 116/SVS/MS, de 11.02.2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;

h) Portaria nº 72/GM, de 11.01.2010, p. *DOU*, Seção 1, de 12.01.2010, págs. 29/31. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatório nos serviços de saúde públicos e privados que integram o SUS.

34 - Oncologia

Hospitais são *contratados* (art. 199, § 1º CF/88) como *UNACON*

ou como *CACON*, para a oncologia (“*pacote fechado*”, incluindo tudo):

a) *Portaria nº 2.439/GM, de 08.12.2005*. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica;

b) *Portaria nº 741/SAS, de 19.12.2005*. Define as *Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON*, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - *CACON* e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades;

c) *Portaria nº 1.344/GM, 21.06.2006*. Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, visando ao custeio das atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);

d) *Portaria nº 304/SAS, de 03.05.2006*. Estabelece que do total dos leitos dos hospitais gerais com alta complexidade e/ou habilitados na área de oncologia;

e) *Portaria nº 146/SAS, de 11.02.2008*. Inclui, na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, os códigos de habilitações e define *Complexo Hospitalar*;

f) *Lei nº 11.650, de 04.04.2008*. Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil;

g) *Portaria nº 346/SAS, de 23.06.2008*. Mantém os formulários/instrumentos do sub-sistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações Ambulatoriais - APAC-SIA na sistemática de autorização, informação e faturamento dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia;

h) *Portaria nº 347/SAS, de 23.06.08*. Estabelece parâmetros para o controle e avaliação da utilização de *procedimentos quimioterápicos da leucemia mieloide crônica* em suas diversas fases;

i) *Portaria nº 649/SAS, de 11.11.2008*. Aprova as Diretrizes para o Tratamento da Leucemia Mieloide Crônica do Adulto;

j) *Portaria nº 779/sas, de 31.12.2008*. Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA);

k) *Portaria nº 1.945/GM, de 27.08.2009, p. no DOU, Seção 1, de 28.08.2009* - reformula os *procedimentos urológicos* da Tabela de Procedimentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, em razão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

l) *Portaria nº 400/SAS, de 16.11.2009, p. no DOU, Seção 1, de 18.11.2009* - estabelece Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS.

35 - Pacto pela Saúde

a) *Portaria nº 399/GM, de 22.02.06, p. no DOU, Seção 1, de 23.02.06.* Pacto Pela Saúde 2006;

b) *Portaria nº 699/GM, de 30.3.06, p. no DOU, Seção 1, de 03.4.06.* Regulamenta a Portaria nº 399/GM;

c) *Portaria nº 161/GM, de 21.01.2010, p. DOU, Seção 1, de 22.01.2010.* Dispõe sobre o art. 3º da *Portaria nº 699/GM, de 30.3.2006*, que versa sobre o Termo de Cooperação Técnica entre Entes Públicos;

d) Art. 8º da *Portaria nº 91/GM, de 10.01.07.* Altera as cláusulas 3ª e 4ª dos Termos de Compromisso de Gestão dos Municípios, Estados, da *Portaria nº 699/GM, de 30.03.06;*

e) Art. 40 da *Portaria nº 204/GM, de 29.01.2007.* Altera a *Portaria nº 399/GM, de 22.02.06*, no Anexo II;

f) *Portaria nº 372/GM, de 16.02.2007.* Altera a *Portaria nº 699/GM*, que Regulamenta as Diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão;

g) *Portaria nº 153/GM, de 17.01.2007.* Prorroga o prazo para assinatura (setembro de 2007) do Termo de Compromisso de Gestão por Municípios, Estados e Distrito Federal;

h) *Portaria nº 1.510, de 25.06.2007.* Desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde;

i) *Portaria nº 91/GM, de 10.01.2007.* Regulamenta a *unificação do processo de pactuação de indicadores* e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. (*revogou a Portaria nº 493/GM, de 10.03.06;*)

j) *Portaria nº 325/GM, de 21.02.2008*, republicada no DOU, Seção 1, de 13.3.2008, págs. 26/30. - Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os *indicadores* de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação;

k) *Portaria nº 48/GM, de 12.01.2009*. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e *indicadores* de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da *Portaria nº 325/GM, de 21.02.2008*, observadas as alterações constantes no Anexo a esta Portaria;

l) *Portaria nº 2.669/GM, de 03.11.2009*, p. no DOU, Seção 1, de 06.11.09. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e *indicadores de monitoramento* e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o *biênio 2010 - 2011*;

m) *Portaria nº 700/GM, de 30.3.2010*, p. no DOU, Seção 1, de 31.03.2010 - prorroga o prazo da etapa municipal do processo de pactuação de prioridades, objetivos, metas e *indicadores* de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde *do biênio 2010/2011* e o prazo, *no ano de 2010*, para revisão dos Termos de Compromisso de Gestão - TCG, para 30.04.2010.

36 - Pessoas ostomizadas

Portaria nº 400/SAS, de 16.11.2009, p. no DOU, Seção 1, de 18.11.2009, *com retificações* p. no DOU, Seção 1, de 07.12.2009, pág. 60. Estabelece Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do SUS.

37 - Plano de Carreiras, Cargos e Salários - PCCS no SUS

- a) *Art. 32, II da CF/88*;
- b) *Lei nº 8.142/90*;
- c) *Portaria nº 1.318/GM, de 05.06.07*. Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de *Planos de Carreiras, Cargos e Salários*, a título de subsídios técnicos;

d) *Portaria nº 1.963/GM, de 15.08.2007.* Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários.

38 - Plano nacional de saúde no sistema penitenciário

a) *Portaria Interministerial nº 1.777/GM/MS e MJ, de 09.9.2003.* Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e revoga a Portaria Interministerial nº 628/GM/MS e MJ, de 02.4.02;

b) *Portaria Interministerial nº 3.343, de 28.12.2006.* Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências;

c) *Portaria nº 268/SAS/MS, de 17.9.03.* Inclui, na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, os códigos relacionados aos serviços prestados no sistema penitenciário;

d) *Portaria nº 1.552/GM, de 28.7.2004.* custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

e) *Portaria nº 240/GM, de 31.01.07.* Publica novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário;

f) *Portaria nº 2.831/GM, de 1º.11.2007.* Atualiza o elenco e o quantitativo de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às equipes de saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Serviço/Classificação 065), dos Estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

g) *Portaria nº 648/GM, de 28.3.06.* Plano Nacional de Atenção Básica, PSF e PACS;

h) *Portaria nº 204/GM, de 29.01.2007.* Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

i) *Portaria nº 399/GM, de 22.02.06.* Pacto Pela Saúde 2006;

j) *Portaria nº 749/SAS, de 10.10.06.* Ficha Complementar de

Cadastro de Equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.

39 - Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei

a) *Portaria Interministerial nº 1.426, de 14.7.2006*, do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - estabelece as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória, em unidades masculinas e femininas;

b) *Portaria nº 647/SAS, de 11.11.2008*. Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei;

c) *Portaria nº 647/SAS, de 11.11.2008*. Aprova, na forma dos Anexos I, II, III e IV desta Portaria, as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória - *PNAISARI*.

40 - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

a) *Portaria nº 710/GM, de 28.03.2006*. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

b) *Portaria nº 2.246/GM, de 18.10.2004*. Institui orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das ações básicas de saúde do SUS;

c) *Portaria Interministerial nº 2.509/MS/MEC nº 1.010, de 08.5.2006*. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas em âmbito nacional;

d) *Portaria nº 2.324/GM, de 06.10.2009*, p. no *DOU, Seção 1, 07.10.2009* - estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde (Municí-

pios com mais de 150.000 habitantes) com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

41- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

1) *Portaria nº 1.168/GM, de 15.06.2004.* Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

b) *Portaria nº 432/SAS, de 06.06.2006.* Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade.

42 - Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências

a) *Portaria nº 1.863/GM, de 29.09.2003.* Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

b) *Portaria nº 2.048/GM, de 05.11.2002.* Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

c) *Portaria nº 3.125/GM, de 07.12.2006.* Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no SUS - Programa QualiSUS-Urgência;

d) *Portaria nº 2.970/GM, de 08.12.2008.* Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192;

e) *Portaria nº 2.971/GM, de 08.12.2008.* Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede Samu 192 e define critérios técnicos para sua utilização;

f) *Portaria nº 2.972/GM, de 09.12.2008.* Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes locais de atenção integral às urgências;

g) *Portaria nº 1.020/GM, de 13.05.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 15.05.09 - estabelece diretrizes para a *implantação do componente pré-hospitalar fixo* para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências - *UPA - Unidade de Pronto Atendimento - Sala de Estabilização - SE*;

h) *Resolução - RDC nº 7, de 24.02.2010*, p. no *DOU, Seção 1*, de 25.02.2010, da *ANVISA*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de *Unidades de Terapia Intensiva - UTI* - e dá outras providências.

43 - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

a) *Portaria nº 1.169/GM, de 15.06.2004*. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências;

b) *Portaria nº 210/SAS, 15.06.2004*. Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

44 - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

a) *Portaria nº 221/GM, de 15.02.2005*. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;

b) *Portaria nº 2.923/GM, de 09.06.1998*. Institui o *Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência*;

c) *Portaria nº 479/GM, de 15.04.1999*. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências;

d) *Portaria nº 90/SAS, de 27.03.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 30.03.2009. Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

45 - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia

a) *Portaria nº 957/GM, de 15.5.2008.* Institui a *Política Nacional de Atenção em Oftalmologia*;

b) *Portaria nº 288/SAS, de 19.05.2008* . Define as *Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia* (Regulamenta a *Portaria nº_957/GM, de 15.05.2008*);

c) *Portaria nº 386/SAS, de 15.7.2008*, rep. no *DOU, Seção 1, de 17.07.2008*. Publica os procedimentos da *Política Nacional de Atenção em Oftalmologia* com todos os seus atributos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

d) *Portaria nº 429/SAS, de 03.12.2009, p. no DOU, Seção 1, de 04.12.2009 - prorrogar*, para competência setembro de 2010, *o prazo estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 288, de 19.05.2008, para o novo credenciamento/habilitação dos serviços de Oftalmologia*;

e) *Portaria nº 3.128/GM, de 24.12.2008*. Define que as *Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual* sejam compostas por ações na atenção básica e *Serviços de Reabilitação Visual*.

46 - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica

Portaria nº 81/GM, de 20.01.2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a *Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica*.

47 - Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

a) *Portaria nº 1.067/GM, de 04.07.2005*. Aprova a *Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal*;

b) *Lei nº 11.634, de 27.12.2007, p. no DOU, Seção 1, de 28.12.07* - dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à *vinculação prévia* à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

c) *Lei nº 11.664, de 29.04.2008, p. no DOU de 30.4.2008*. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres

do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

d) *Resolução RDC nº 36, de 03.06.2008*, da ANVISA, republicada no *DOU, Seção 1*, de 09.7.2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (atos relacionados: *Resolução RDC 50*, de 21.02.2002, da ANVISA; *Resolução RDC nº 189*, de 18.07.2003, da ANVISA; *Lei nº 6.437*, de 20.8.2007).

48 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

a) *Portaria nº 1.996/GM*, de 20.08.07. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

b) *Portaria nº 2.813/GM*, de 20.11.2008. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

c) *Portaria nº 2.970/GM*, de 25.11.2009, p. no *DOU, Seção 1*, de 26.11.2009 - institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização;

d) *Portaria nº 3.189/GM*, de 18.12.2009, p. no *DOU, Seção 1*, de 23.12.2009 - dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - *PROFAPS*.

49 - Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde

Portaria nº 2.690/GM, de 05.11.2009, p. no *DOU, Seção 1*, de 06.11.2009. Institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde.

50 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Portaria nº 2.528/GM, de 19.10.2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

51- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Portaria nº 992/GM, de 13.5.2009, p. no DOU, Seção 1, de 14.5.09. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

52 - Povos indígenas

a) Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde. Institui também o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS;

b) *Decreto nº 3.156, de 27.08.1999.* Estabelece as políticas e diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela FUNASA - Fundação Nacional de Saúde;

c) *Portaria nº 2.541/GM, de 31.01.2002.* Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e estabelece como diretriz a preparação de recursos humanos para o trabalho em contexto intercultural;

d) *Portaria nº 2.656/GM, de 17.10.2007.* Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos povos indígenas;

e) *Portaria nº 2.760/GM, de 18.11.2008.* Altera a redação do art. 20 da *Portaria nº 2.656/GM, de 17.10.2007;*

f) *Portaria nº 2.759/GM, de 25.10.2007.* Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações indígenas e cria o comitê gestor;

g) *Portaria nº 14/gm, de 08.01.2008.* Dispõe sobre a criação do Grupo de Trabalho Tripartite para o monitoramento da implantação e implementação das disposições previstas na *Portaria nº 2.656/GM, de 17.10.2007;*

h) *Portaria nº 1.235/GM, de 19.06.2006.* Cria Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena;

i) *Portaria nº 475/SAS, de 1º.09.2008.* Inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema Nacional dos Estabelecimentos em Saúde - SCNES o tipo de estabelecimento 72 - Unidade de Atenção à Saúde Indígenas e dá outras providências.

53 - Processo Transexualizador

a) *Portaria nº 1.707/GM, de 18.08.2008.* Institui no âmbito do SUS o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

b) *Resolução nº 1.652, de 06.11.2002,* do Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a cirurgia do transgenitalismo.

54 - Programa de Atenção Integral a Usuários para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS

a) *Portaria nº 2.197/GM, de 14.10.2004.* Define e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS;

b) *Portaria nº 1.612/GM, de 09.09.2005.* Aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas;

c) *Decreto nº 6.117, de 22.05.2007.* Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool;

d) *Portaria nº 1.954/GM, de 18.09.2008.* Reajusta o valor do auxílio-reabilitação, instituído pela Lei nº 10.708, de 31.7.2003, para R\$320,00, com efeitos financeiros a partir de novembro de 2008;

e) *Portaria nº 1.190/GM, de 04.06.2009,* p. no DOU, *Seção 1,* de 05.06.2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas;

f) *Resolução nº RDC nº 13, de 26.3.2010,* p. no DOU, *Seção 1,* de 30.03.2010, págs. 115/119. Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sobre Controle Especial, da *Portaria nº SVS/MS nº 344,* de 12.05.1998 e dá outras providências.

55 - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde

a) *Portaria Interministerial nº 421/MS/MEC, de 03.03.2010*, p. no *DOU, Seção 1*, de 05.03.2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde e dá outras providências;

b) *Portaria Interministerial nº 422/MS/MEC, de 03.03.2010*, p. no *DOU, Seção 1*, de 05.03.2010 - estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do PET SAÚDE, instituído no âmbito do MS e do MEC;

c) *Portaria Conjunta nº 2*, de 03.03.2010, p. no *DOU, Seção 1*, de 05.03.2010, *da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde*. Institui, no âmbito do PET SAÚDE, o PET SAÚDE/SAÚDE DA FAMÍLIA;

d) *Portaria Conjunta nº 3*, de 03.03.2010, p. no *DOU, Seção 1*, de 05.03.2010, *da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde*. Institui, no âmbito do PET SAÚDE, o PET SAÚDE/VIGILÂNCIA EM SAÚDE;

e) *Portaria Conjunta nº 4*, de 03.03.2010, p. no *DOU, Seção 1*, de 05.03.2010, *da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde*. Institui, no âmbito do PET SAÚDE, o PRÓ-INTERNATO em apoio ao internato médico realizado em Universidades Federais.

56 - Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde

a) *Portaria nº 374/GM, de 28.02.2008*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde;

b) *Portaria nº 375/GM, de 28.02.2008*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde.

57- Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Portaria Interministerial nº 2.960, de 09.12.2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

58 - Projeto olhar Brasil

a) *Portaria Normativa Interministerial MEC/MS nº 15, de 24.04.2007* . Institui o *Projeto Olhar Brasil*, que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da *população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos*;

b) *Portaria Interministerial MEC/MS nº 140, de 23.01.2008*. Altera a redação do § 2º do art. 1º da *Portaria Interministerial MEC/MS nº 15, de 24.04.07* (a execução do projeto ocorrerá de forma progressiva, durante o período de três anos, a partir de janeiro de 2008);

c) *Portaria nº 254/SAS, de 24.07.2009, p. no DOU, Seção 1, de 27.07.2009*: define os objetivos específicos do *Projeto Olhar Brasil*, para a competência agosto 2009.

59 - Queimados

a) *Portaria nº 1.273/GM, de 21.11.2000*. Queimados;

b) *Portaria nº 1.274/GM, de 22.11.2000* . Queimados.

60 - Reajuste da Tabela SUS

Portaria nº 2.488/GM, de 02.10.2007. Concede reajuste da Tabela SUS, a partir da competência setembro de 2007.

61 - Rede Amamenta Brasil

Portaria nº 2.799/GM, de 18.11.2008. Institui, no âmbito do SUS, a *Rede Amamenta Brasil*.

62 - Registro de medicamentos

a) *Lei nº 6.360, de 23.9.76*;

b) *Art. 12 da Lei nº 6.360/76*. “Art. 12. Nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser in-

dustrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde.”;

c) Lei nº 5.991, de 17.12.73;

d) Portaria nº 1.883/GM, de 09.09.2008. Aprova o Formulário Terapêutico Nacional - FTN - da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006

63 - Regulamento do SUS

a) Portaria nº 2.048/GM, de 03.09.2009, p. no DOU, Seção 1, de 04.09.2009 - institui o Regulamento do Sistema Único de Saúde - SUS;

b) Portaria nº 2.230/GM, de 23.09.2009, p. no DOU, Seção 1, de 24.09.2009 - altera a redação do art. 2º da Portaria nº 2.048/GM, de 03.09.2009, com nova redação: “Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor 1 (um) ano após a sua publicação” (NR)

(Obs.: Quando a Portaria nº 2.048/GM, de 03.09.2009, entrou em vigor, o que ocorreu em 24.10.2010, muitas das Portarias do Ministério da Saúde nela relacionadas e elencadas nesta Relação estão revogadas.)

64 - Saúde Bucal

I - Na Atenção Básica:

a) Portaria nº 648/GM, de 28.03.06, p. no DOU, Seção 1, de 29.03.06 - ESB (equipe de saúde bucal);

b) Portaria nº 1.625/GM, de 10.07.2007 . Altera atribuições dos profissionais das Equipes de saúde da família - ESF;

c) Portaria nº 822/GM, de 17.04.06. Altera parte das Portarias nº 648/GM e 650/GM;

d) Portaria nº 649/GM, de 28.03.06. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades

Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica;

e) *Portaria nº 650/GM, de 28.03.06.* Define valores do PAB fixo e variável, mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o PACS, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica;

f) *Portaria nº 1.230GM, de 25.05.2007.* Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde;

g) *Portaria nº 2.371/GM, de 07.10.2009, p. no DOU, Seção 1, de 09.10.09* - institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - *Unidade Odontológica Móvel - UOM*;

h) *Portaria nº 2.372/GM, de 07.10.2009, p. no DOU, Seção 1, de 09.10.2009* - cria o *plano de fornecimento de equipamentos odontológicos* para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

i) *Portaria nº 750/SAS, de 10.10.2006.* Institui a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal - Modalidade I e II e de Agentes Comunitários de Saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, a partir da competência outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexos I, II e III desta Portaria;

j) *Portaria nº 334/SAS, de 07.10.2009, p. no DOU, Seção 1, de 09.10.2009.* Altera o § 2º do art. 1º da *Portaria nº 750/SAS, de 10.10.2006*;

II - Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPDs:

a) *Portaria nº 599/GM, de 23.03.06* - Define a implantação de CEOs e de LRPDs e estabelece critérios, normas e requisitos para o seu *credenciamento*;

b) *Portaria nº 2.373/GM, de 07.10.2009, p. no DOU, Seção 1, de 09.10.2009.* *Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23.03.2006*;

c) Portaria nº 600/GM, de 23.03.06. Institui o financiamento dos CEOs;

d) Portaria nº 283/GM, de 22.02.05. Antecipa o incentivo financeiro para os CEOs em fase de implantação;

e) Portaria nº 566/SAS, de 06.10.04. Revisão e atualização das tabelas dos Sistemas de Informações do SUS (SIA/SUS e SCNES);

f) Portaria nº 562/SAS, de 30.9.04. Alteração na Tabela Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS);

g) Portaria nº 2.304/GM, de 28.11.05. Autoriza, em caráter excepcional, os estabelecimentos de saúde, devidamente cadastrados no SCNES, que tiveram produção SIA/SUS, no período de janeiro a julho de 2005, dos procedimentos de códigos 10.082.10-7 - Prótese Total Mandibular, 10.082.11-5 - Prótese Total Maxilar e 10.083.02-2 - Próteses Parciais Removíveis Maxilar ou Mandibular (vigentes na tabela do SIA/SUS até a competência julho de 05), a apresentarem produção a partir da competência outubro 2005;

h) Portaria nº 2.374/GM, de 07.10.2009, p. no DOU, Seção 1, de 09.10.2009. Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS realizados pelos LRPDs, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal;

i) Portaria nº 2.375/GM, de 07.10.2009, p. no DOU, Seção 1, de 09.10.2009. Define os recursos anuais para *financiamento de procedimentos de prótese dentária*.

65 - Saúde do homem

a) Portaria nº 1.944/GM, de 27.08.2009, p. no DOU, Seção 1, de 28.08.2009. Institui a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*;

b) Portaria nº 1.945/GM, de 27.08.2009, p. no DOU, Seção 1, de 28.08.2009. Altera, atualiza e recompõe os *procedimentos urológicos* da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses, e Materiais Especiais do SUS, em razão da *Portaria nº 1.945/GM*, de 28.08.2009, que instituiu a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*;

c) *Portaria nº 1.946/GM, de 27.08.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 28.08.2009. Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, com efeito financeiro a partir da competência setembro 2009 (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem).

66 - Saúde do trabalhador

a) *Portaria nº 2.728/GM, de 11.11.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 12.11.2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências;

b) *Portaria nº 2.871/GM, de 19.11.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 20.11.2009. Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS;

c) *Portaria nº 238/GM, de 28.01.2010*, p. no *DOU, Seção 1*, de 29.01.2010. Altera a Portaria nº 2.871/GM, de 19.11.2009, que constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

67 - Serviços de Atenção à Saúde Auditiva

a) *Portaria nº 2.073/GM, de 28.11.2004*. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva;

b) *Portaria nº 587/SAS, de 7.10.2004*. Determina a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva;

c) *Portaria nº 589/SAS, de 8.10.2004*. Trata dos mecanismos para operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no SUS;

d) *Lei nº 11.291, de 26.04.2006*. Dispõe sobre a inclusão nos locais indicados de aviso alertando sobre os malefícios resultantes do uso de equipamentos de som em potência superior a 85 decibéis, acarretando ao infrator as sanções e as penalidades previstas na *Lei nº 8.078, de 11.09.1990*;

e) *Portaria nº 308/SAS, de 10.5.2007*. Altera o Anexo II da Portaria nº 589/SAS, de 08.10.2004;

f) *Decreto nº 6.215, de 26.09.2007.* Estabelece o compromisso pela inclusão das Pessoas com Deficiência e entre suas diretrizes, no seu art. 2º, II, ampliar o acesso das pessoas com deficiência à política de concessão de órteses e próteses;

g) *Portaria nº 389/GM, de 03.03.2008.* Define os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, DF e Municípios.

68 - Sistema de Planejamento do SUS

a) *Portaria nº 3.085/GM, de 01.12.2006.* Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS;

b) *Portaria nº 3.332/GM, de 28.12.2006.* Aprova *orientações gerais* relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (Plano de Saúde; PPA com inserção do Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde; inserção da Programação Anual de Saúde na LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias e na LOA-Lei Orçamentária Anual; Relatório Anual de Gestão);

c) *Portaria nº 1.885/GM, de 09.09.2008.* Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS;

d) *Portaria nº 3.176/GM, de 24.12.2008, p. no DOU, Seção 1, de 30.12.08, republicada no DOU, Seção 1, de 11.01.2010.* Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão;

e) *Portaria nº 2.751/GM, de 11.11.2009, p. no DOU, Seção 1, de 12.11.2009.* Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde (Plano de Saúde, PDR, Termo de Compromisso de Gestão, PPA, Programação Anual de Saúde, LDO, LOA, Relatório Anual de Gestão);

f) *PDR - Plano Diretor de Regionalização;*

g) *PDI - Plano Diretor de Investimentos;*

h) *TCG - Termo de Compromisso de Gestão;*

i) *Portaria nº 1.101/GM, de 12.06.2002.* Parâmetros de cobertura assistencial;

j) *Plano Nacional de Saúde - PNS 2008/2011;*

- k) *PPA 2008/2011 - Plano Plurianual de Aplicação da União*, contendo o *Plano Nacional de Saúde 2008/2011*;
- l) *Plano Estadual de Saúde 2008/2011*;
- m) *PPA 2008/2011 - Plano Plurianual de Aplicação do Estado*, contendo o *Plano Estadual de Saúde 2008/2011*;
- n) *Plano Municipal de Saúde 2006/2009; 2010/2013*;
- o) *PPA 2006/2009, 2010/2013 - Plano Plurianual de Aplicação do Município*, contendo o *Plano Municipal de Saúde 2010/2013*;
- p) *Programação Anual de Saúde* (do Estado e do Município). *Portaria nº 3.332/GM/MS*, de 28.12.2006 - o que vai ser executado de saúde durante o ano);
- q) *LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias* (do Estado e do Município), contendo a *Programação Anual de Saúde*;
- r) *LOA - Lei Orçamentária Anual* (do Estado e do Município), contendo a *Programação Anual de Saúde*;
- s) *Relatório Anual de Gestão* (do Estado e do Município). *Portaria nº 3.332/GM/MS*, de 28.12.2006 (o que foi executado de saúde no ano anterior); prazo para submeter ao Conselho de Saúde; até o final do primeiro trimestre do ano subsequente;
- t) *Portaria nº 2.483/GM*, de 21.10.2009, p. no *DOU*, *Seção 1*, de 22.10.2009 - institui a *Sala de Situação em Saúde*;
- u) *Portaria nº 3.008/GM*, de 01.12.2009, rep. no *DOU*, *Seção 1*, de 04.12.09, pág. 59 - determina que a *Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)* seja um elenco norteador que subsidia a inserção de ações de vigilância em saúde na *Programação Anual de Saúde - PAS* do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

69 - Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais - OPM do SUS

a) *Portaria nº 2.848/GM*, de 06.11.2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS;

b) *Portaria nº 321/GM, de 08.02.2007.* Institui a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS;

c) *Portaria nº 1541/GM, de 27.06.2007.* Estabelece a implementação da tabela de procedimento medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS;

d) *Portaria nº 07/SAS, de 04.01.2008,* republicada no *DOU, Seção 1,* de 09.01.2008, pág. 59. Incluir os procedimentos, conforme anexo I desta Portaria, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com vigência a partir da competência janeiro de 2008(OBS. Contém anexos: I ao XII);

e) *Portaria nº 723/SAS, de 28.12.2007.* Altera a descrição em procedimentos sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou neurocirurgia;

f) *Portaria nº 247/SAS, de 25.04.2008. Prorrogação, para a competência junho/08, processamento julho/08, o prazo de até 6 meses para apresentação da produção hospitalar;*

g) *Portaria nº 312/SAS, de 05.06.2008. Atualizar os atributos dos Procedimentos, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, relacionados nos anexos I ao VII desta Portaria;*

h) *Portaria nº 316/GM, de 06.06.2008. Recompôr os atributos dos Procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;*

i) *Portaria nº 343/GM, de 18.6.2008. Inclui a habilitação de código 2502 - Centro de Referência de Alta Complexidade em traumatologia-ortopedia, nos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;*

j) *Portaria nº 344/GM, de 20.06.2008. Exclui dos procedimentos relacionados nesta Portaria a compatibilidade com o medicamento Daclizumabe 5 mg/ml injetável para transplante e o medicamento Muromonabe CD3 5mg injetável para transplante, segundo também esta Portaria;*

l) *Portaria nº 383/SAS, de 11.07.2008, rep. no DOU, Seção 1, de 17.07.2008. Atualizar os Atributos dos Procedimentos da Tabela de Procedimentos e Materiais Especiais do SUS, relacionados nos anexos I a VII desta Portaria;*

m) *Portaria nº 386/SAS, de 15.07.2008*, rep. no *DOU, Seção 1*, de 17.07.2008. Publica os procedimentos da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia com todos os seus atributos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

n) *Portaria nº 2.867/GM, de 27.11.2008*. Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC - para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, DF e Municípios e redefine o rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS financiados pelo FAEC;

o) *Portaria nº 3.126/GM, de 26.12.2008*. Concede reajuste nos valores dos procedimentos de Diária de Unidade de Terapia Intensiva e Diária de Unidade de Cuidados Intermediários.

70 - Translado de restos mortais humanos

Resolução RDC nº 68, de 10.10.2007. Dispõe sobre o controle e fiscalização do translado de restos mortais humanos.

71 - Transplantes

a) *Lei nº 9.434, de 04.02.1997*. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências;

b) *Decreto nº 2.268, de 30.06.1997*. Regulamenta a *Lei nº 9.434, de 04.02.97*. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento e dá outras providências;

c) *Portaria nº 2.600/GM, de 21.10.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 30.10.09, págs. 77/118. Aprova o *Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes*;

d) *Portaria nº 2.601/GM, de 21.10.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 30.10.2009. Institui, no âmbito do SUS, o *Plano Nacional de Implantação e Organização de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO*;

e) *Portaria nº 2.602/GM, de 21.10.2009*, p. no *DOU, Seção 1*,

de 30.10.2009. Institui, no âmbito do SUS, o selo “*Organização Parceira do Transplante*” e dá outras providências;

f) *Portaria nº 2.620/GM, de 21.10.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 30.10.09 - inclui e altera procedimentos na Tabela de Habilitação do Sistema Nacional de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e na Tabela de Medicamentos e OPM do SUS;

g) *Portarias do Ministério da Saúde Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31821>*.

h) *Resolução nº 1.480, do CFM, de 08.08.1997*. Morte encefálica;

i) *Resolução - RDC nº 66, de 21.12.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 23.12.2009 - dispõe sobre o transporte no território nacional de órgãos humanos em hipotermia para fins de transplantes.

72 - Tratamento fora do domicílio - TFD

a) *Portaria nº 055/SAS, de 24.02.1999* - TFD - Tratamento Fora do Domicílio.

73 - Vigilância em saúde

a) *Portaria nº 1.052/GM, de 08.05.2007*. Aprova o *Plano Diretor de Vigilância Sanitária*;

b) *Portaria nº 3.252/GM, de 22.12.2009*, p. no *DOU, Seção 1*, de 23.12.2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, DF e Municípios e dá outras providências;

c) *Portaria nº 3.008/GM, de 1º.12.2009*, rep. no *DOU, Seção 1*, de 04.12.2009. Determina que a *Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS* seja um elenco norteador que subsidia a inserção de ações de vigilância em saúde na *Programação Anual de Saúde - PAS* do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, para o alcance de metas do *Pacto* e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

4 - Observações:

1) GM = Gabinete do Ministro (da Saúde); SAS = Secretaria de Atenção à Saúde.

2) As Portarias do Ministério da Saúde podem ser encontradas nos seguintes endereços Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=960> (Portarias-GM-SAS-...) ou Disponível em:<www.in.gov.br/imprensa/in> (pesquisa nos jornais oficiais, diariamente).

3) A Constituição Federal e as leis federais atualizadas. Disponível em: <www.presidencia.gov.br>.

4) Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

5) Pesquisas no saúde legis. Disponível em: <http://200.214.130.38/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>.

6) Saúde da família. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>.

7) Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>.

8) SAS = Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde)

PARTE II

1 PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA⁷³

1.1 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA COMISSÃO PERMANENTE

À vista das avaliações e cabedal de sugestões apresentadas pelas chefias do Ministério Público a respeito de uma proposta de plano nacional de atuação em saúde pública, a Comissão Permanente de Saúde pautou-as como eixo reitor do presente trabalho. Fê-lo, exercendo o seu papel de coadjuvar propositivamente, na matéria, o egrégio Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União-CNPG.

Cuidou-se, também, de oferecer adendos sobre alguns aspectos relevantes da atual cena sanitária que, de algum modo, irradiam influências sobre o objeto do presente projeto. Para tanto, colheram-se subsídios:

- a) na práxis média ministerial, tal como percebida concretamente em algumas hipóteses administrativas e judiciais;
- b) na diversidade de políticas setoriais existentes nos CAOs, em vários Estados, voltados para a área;
- c) nas principais políticas institucionais em vigor no Ministério Público da União;
- d) no conteúdo da Carta de Palmas (TO), subscrita por todas as chefias do Ministério Público brasileiro, em 1998, na Carta de Salvador, editada em 2004 (I Encontro Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde), e nos documentos finais do II Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, realizado em Palmas (TO), no mês de setembro de 2005.

Semelhante substrato teórico levou à inteligência preliminar de

⁷³ COPEDES, CNPG.

que os movimentos institucionais do Ministério Público nacional deverão imprimir precedência de atuação na área de atenção coletiva à saúde e nela destacar a atenção básica e os cuidados necessários específicos às populações mais vulneráveis.

A inteligência da Comissão Permanente é de que o modelo de gestão de saúde pública vigente é morbo-cêntrico, isto é, ordenado e organizado para a recuperação da saúde e seu respectivo custeio, o que contraria a letra constitucional.

Há claros sinais de iminente esgotamento dessa fórmula administrativa, posto que são descuradas as devidas ações do Poder Público voltadas para medidas de prevenção, como determina o art. 198, II, da CF.

Assim sendo, o modelo em vigor absorve crescentes custos, que tendem à perpetuação, até atingir ponto de ruptura de financiamento, impondo soluções seletivas ou mesmo a modificação do marco regulatório constitucional.

Por isso, a atual proposta de trabalho, enquanto voltada para o Sistema Único de Saúde - SUS -, propõe ênfase à observância aos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), com destaque para a previsão das ações preventivas. Suas linhas diretrizes e reguladoras de políticas públicas de saúde em cada estamento federativo devem ser rigorosamente cumpridas por todas as esferas governamentais, com fiscalização do Ministério Público, observado sempre o prévio crivo do controle social.

Foi objeto de consideração, igualmente, a necessidade de que sejam respeitados os percentuais mínimos de previsão e execução orçamentária previstos na EC nº 29. Sua inobservância tem contribuído decisivamente para a desorganização e sub-financiamento do Sistema Único de Saúde, erodindo a efetividade da diretriz constitucional da integralidade (art. 198) e o princípio da universalidade da atenção à saúde da população (art. 7º, I, da L.F. nº 8080/90). Registrou-se, outrossim, que especificidades e determinadas práticas administrativas em voga no SUS, aliadas a fatores de índole cultural, política, social e econômica, tais como a expansão demográfica e mudanças em seu perfil (v.g., aumento da expectativa de vida), pressão de oferta de incorporação tecnológica, etc., con-

stituirão, em curto prazo, fator de elevada geração de demandas (individuais e coletivas), provocando crescentes e consistentes impactos nas estruturas para tanto predispostas no Ministério Público, impondo-se a criação do correspondente modelo organizativo. Nesta linha de raciocínio, sublinhou-se a necessidade premente de articular cooperativamente as atribuições dos Ministérios Públicos com intervenção na matéria.

Por outro lado, nossa sistemática de abordagem, administrativa ou judicial, tende à fragmentação e à resolução pontual de conflitos, quando não ao insulamento ou à contraposição entre Ministérios Públicos. Em contraste, verifica-se um sistema público de saúde, operando desde 1990, minuciosamente organizado e proporcionado em suas competências internas e externas, envolvendo a União, os Estados e os Municípios.

Portanto, uma concepção mais lata e crítica de nossas aptidões legais é necessária, voltada para a mudança do modelo. Assim como o é engenho uma organização de misteres funcionais que apresente convergências de ação e não reservas de atuação.

Em tal horizonte, a avaliação de resultados deve ser permanente, não apenas envolvendo a qualidade de produtos jurídicos apresentados, mas, também, seu efetivo impacto positivo nos indicadores sócio-sanitários de cada Município, Estado e União.

Conformar as macropolíticas dos Ministérios Públicos nessa direção e por ela reger seus atos de execução é o enorme desafio que está à frente.

1.2 PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA

O Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União CNPG, no exercício de suas atribuições legais, com lastro nas disposições insertas no art. 2., incisos I, II, III, V e VI, de seu Regimento,

- considerando configurar a saúde um direito de todos e um dever do Estado (art. 196 da CF) são de relevância pública as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS (art. 197 CF), bem como que compete ao Ministério Público a defesa da

ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127 CF), constituindo função institucional zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na carta federal, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (ar. 129, II, CF);

- considerando ser imperioso promover a integração do Ministério Público no plano nacional no âmbito sanitário, favorecendo o aperfeiçoamento de seus atos de execução;

- considerando caber-lhe traçar políticas e planos de atuação uniformes e/ou integrados, respeitadas a peculiaridades locais,

Resolve:

instituir o Plano Nacional de Atuação do Ministério Público em Saúde Pública, pautando-o pelas seguintes diretrizes e princípios:

i) busca da realização e proteção objetiva do direito humano à saúde, como fator indutor de cidadania e de dignidade da pessoa (art. 1º, incisos II e III, CF);

ii) agir pela solidificação do direito à saúde como sendo um estado de pleno bem-estar físico, mental e social (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, 12.09.78, OMS);

iii) contribuir, especialmente, para a concretização do direito à saúde na sua dimensão coletiva (art. 6º, CF);

iv) no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS -, promover a observância dos seguintes princípios (art. 7º, LF nº 8080/90):

* niversalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

*integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

* preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

* igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

* direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde;

* divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

* utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

* participação da comunidade;

* descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

* integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

* conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência a saúde da população;

* capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

* organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (LF nº 8.080/90 e 8.142/90).

Para o efetivo alcance de tais diretrizes e princípios, referenciam-se as seguintes estratégias operacionais:

2 COMPETE AO CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES-GERAIS -CNPNG:

2.1 PRESIDÊNCIA:

1 - encaminhar às chefias de Ministério Público proposições, dados, material de interesse institucional e outros expedientes, apresentados pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde COPEDS, com o fito de estimular ou auxiliar a execução do presente Plano Nacional;

2 - endereçar à COPEDS matérias que, pela natureza, lhe incumba conhecer no âmbito do Plano Nacional;

3 - solicitar, quando pertinente, subsídios ou manifestação à COPEDS, em matéria jurídico-sanitária;

4 - convocar anualmente os membros da Comissão Permanente de Defesa da Saúde COPEDS para prestarem contas da execução do Plano Nacional, propor sua atualização e avaliar os resultados obtidos, determinando as providências compatíveis;

5 - determinar providências compatíveis com o quanto disposto no Plano Nacional.

2.2 CONSELHO NACIONAL - CNPG:

1 - apreciar o relatório anual dos trabalhos realizados pela COPEDS, avaliar os resultados obtidos, determinar providências compatíveis;

2 - demandar à COPEDS providências, encaminhamentos, esclarecimentos e o quanto necessário for à boa condução e execução do Plano Nacional.

2.3 PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA E PROCURADORES-GERAIS DE JUSTIÇA:

1 - criar e prover Promotorias de Justiça e Procuradorias da Saúde, na forma prevista na Carta de Palmas de 1998, no que for cabível, observadas as peculiaridades de cada Instituição;

2 - criar e prover Centros de Apoio Operacionais de Saúde ou órgãos equivalentes, para que se proporcione o devido suporte técnico aos órgãos de execução;

3 - inserir a disciplina de direito sanitário no elenco daquelas exigidas em concursos públicos para ingresso na carreira, propiciando, outrossim, avaliação acerca do preparo nesse campo jurídico dos futuros membros da instituição;

4 - impulsionar a integração entre os órgãos ministeriais que atuam em primeiro e segundo grau de jurisdição, bem assim com o Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ordem dos Advogados do Brasil e demais entes com atribuição na área, bem assim com representações da sociedade civil;

5 - observadas as possibilidades de cada Ministério Público, constituir banco de dados informatizado de ações propostas pelos órgãos de execução, no intuito de assegurar o compartilhamento de infor-

mações e homogeneidade de atuação, nele constando, também, nome, endereço eletrônico e telefone funcional de todos os representantes do Ministério Público que atuam em saúde, de forma a possibilitar a sua interligação nacional, em arquivo eletrônico geral, sob a supervisão da COPEDS e avaliação do CNPG;

6 - formalizar convênios ou termos de cooperação com os órgãos públicos de investigação, controle e auditoria, objetivando subsidiar a intervenção institucional;

7 obedecidos critérios locais, ensejar a criação de programa destinado à avaliação de resultados da ação ministerial em saúde, através dos quais seja possível, quando necessário, efetuar as devidas adequações, bem como apresentar tais quantitativos à sociedade;

8 - promover a incorporação, como cabível, do conteúdo do Plano nos respectivos planos de metas ministeriais.

3 COMISSÃO PERMANENTE DE DEFESA DA SAÚDE COPEDS:

1 - acompanhar dados, estudos e avaliações produzidos pelo Ministério da Saúde e outros órgãos públicos, bem como junto à organizações acreditadas na área de saúde, apurando circunstâncias que indiquem gravame à execução de ações e serviços de saúde, no âmbito coletivo, identificando fatores que venham a comprometer a exequibilidade do direito social à saúde, ou a sua indisponibilidade jurídica;

2 - inteirar-se de reuniões e manifestações expedidas pelo Conselho Nacional de Saúde CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS e Comissão Intergestores Tripartite - CIT, compartilhando o conhecimento dos atos de interesse com os demais órgãos do Ministério Público, bem como provendo a articulação entre os mesmos e o CNPG. Da mesma forma, com relação ao TCU, OAB, conselhos éticos e entidades da sociedade civil organizada;

3 - participar das Conferências Nacionais de Saúde, manifestando o entendimento institucional;

4 - subsidiar a atuação harmônica e resolutiva entre o controle

social (particularmente, Conselhos e Conferências de Saúde) e o Ministério Público, inclusive com o aporte de subsídios necessários;

5 - dar conhecimento e subsídios ao Presidente do CNPG acerca dos fatos que careçam de intervenções ministeriais no âmbito nacional e, eventualmente, estadual e municipal, encaminhando elementos teóricos e práticos, para amparar a atuação dos respectivos órgãos de execução;

6 - dar atendimento às demandas do CNPG, seus membros, e sua Presidência;

7 - elaborar agenda de atividades, em conjunto com os coordenadores dos CAOs e unidades congêneres, buscando a integração operacional entre os órgãos de execução;

8 - acompanhamento e cooperação institucional com o Poder Legislativo Federal, em temas referentes à edição de normas afetas à área da saúde;

9 - estabelecer internamente subcomissões temáticas;

10 - instituir banco nacional de dados, com conteúdo compatível com os fins do presente Plano, através de página eletrônica vinculada ao CNPG, agregando-lhe saberes sanitários de interesse ministerial, inclusive ações propostas pelo Ministério Público, objetivando dinamizar o acesso à informações e a homogeneidade de expressão jurídica; inserir em tal acervo registros contendo nome, endereço eletrônico e telefone dos representantes do Ministério Público que atuam em saúde.

4 CENTROS DE APOIOS OPERACIONAIS OU ÓRGÃOS CONGÊNERES:

1 - apresentar à COPEDS elementos para discussão e elaboração conjunta de agenda anual de trabalho, propostas de intervenção temática, bem assim sugestões para atualizações do Plano Nacional;

2 - conformar o conteúdo do Plano à política ministerial de atuação em saúde, como cabível e atendidas as peculiaridades locais;

3 - estabelecer, quando cabível, intercâmbio permanente com as Secretarias de Saúde, visando a acompanhar os sistemas controle e

avaliação de responsabilidade do Estado quanto a sua observância às políticas públicas predominantes e à legislação. Idem, no que lhe compete, quanto à articulação das ações e serviços de saúde (de prevenção e de assistência) que devem ser executados pelos Municípios, observando-se o quanto pactuado na Comissão Intergestores Bipartite CIB, e, também, previstos em programas, convênios e demais instrumentos legais;

4 - buscar intercâmbio cooperativo permanente com os Conselhos de Saúde, facilitando o seu acesso aos respectivos agentes do Ministério Público, divulgando a ambas as instâncias conteúdos alinhados ao cumprimento deste Plano;

5 - conhecer de situações ilícitas que venham a comprometer o Sistema Único de Saúde SUS ou, de qualquer forma, o direito social à saúde, que careçam de medidas extrajudiciais e/ou judiciais a serem adotadas pelo Ministério Público, dando-lhes o devido encaminhamento;

6 - participar de Conferências Estaduais de Saúde e demais fóruns de interesse institucional na área da saúde, apresentando o posicionamento institucional correspondente, o quanto possível congruente com os princípios e diretrizes deste Plano;

7 - acompanhar os trabalhos da Comissão Intergestores Bipartite CIB, divulgando-os entre os Membros do Ministério Público. Dar a conhecer à Comissão, se for o caso, o posicionamento Institucional correspondente;

8 - estabelecer relações permanentes com os Tribunais de Contas, inclusive no que concerne à fiscalização quanto ao cumprimento na EC nº 29 e das demais disposições atinentes a financiamento previstas nas LF nº 8080/90, 8142/90 e outros diplomas legais;

9 - buscar convergências de atuação com os Conselhos Éticos de todas as categorias de profissionais de saúde, compartilhando com os Colegas com atribuições no campo sanitário os instrumentos e os conteúdos daí derivados;

10 - estabelecer relacionamento e cooperação institucional com o Poder Legislativo Estadual e Municipal em temas referentes à edição de normas afetas à saúde, acompanhando o trâmite das matérias e divulgando-as oportunamente;

11 - ensejar disponibilidade para palestras, manifestações e outras formas de inserção social, com o propósito de contribuir para o esclarecimento e capacitação da sociedade no âmbito do direito sanitário.

5 ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO:

5.1 RECURSOS HUMANOS NO SUS:

1 - velar pela regularidade formal e execução de política de recursos humanos na área da saúde, que cumpra o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (art. 27, LF nº 8080/90);

2 - demandar pela concretização de Plano de Carreiras, Cargos e Salários por intermédio de lei, bem como fiscalizar o preenchimento dos cargos por meio de concurso público (art. 37, inciso II, CF); atentar para a regularidade do vínculo empregatício dos profissionais que atuam na área sanitária, independentemente dos programas que os mantêm; promover a responsabilização legal pelo recebimento de salários ou vencimentos por carga horária não trabalhada;

3 - reportar-se aos gestores públicos, prestadores e entidades da sociedade civil com atividade no âmbito da prestação de serviços de saúde para avaliar o cumprimento dos princípios inerentes à humanização no trato do usuário do SUS, adotando, eventualmente, as providências pertinentes.

5.2 FINANCIAMENTO:

1 - acompanhar a elaboração do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias da União, Estados e Municípios, e da Lei Orçamentária, observando sua fidelidade ao respectivo Plano de Saúde e o respeito aos pisos orçamentários constitucionais relativos ao Sistema Único de Saúde, atuando, administrativa e/ou judicialmente, para garanti-los;

- fiscalizar a concentração de todos os recursos financeiros para a execução das ações e serviços de saúde nos respectivos Fundos de Saúde;

3 - fiscalizar para que o gestor de saúde seja o administrador e responsável pela movimentação dos recursos depositados no Fundo de Saúde.

5.3 PLANEJAMENTO:

1 - acompanhar a elaboração dos Planos de Saúde, certificando-se sobre o seu prévio exame pelo Conselho de Saúde correspondente e sua obediência às exigências legais (legislação federal, estadual e municipal, conforme o caso).

5.4 FISCALIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO:

1 - acompanhar a constituição e execução da Agenda de Saúde e dos Relatórios de Gestão, intervindo quando necessário;

2 - fiscalizar a tempestividade e adequação de prestação de contas no âmbito do SUS (LF. nº 8.689/93).

5.5 FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES:

1 - instituir o uso de informações constantes em repositórios de dados oficiais (SIOPS, estatísticas epidemiológicas, etc.) como fundamento para identificar insuficiências de ações e serviços de saúde no SUS e instruir o comportamento ministerial, priorizando atenção às populações mais vulneráveis.

5.6 CONTROLE SOCIAL:

1 - fiscalizar a regular instituição dos Conselhos de Saúde e suas condições de funcionamento, comparecendo, se possível, às suas reuniões, examinando suas atas de trabalhos e promovendo as medidas necessárias ao regular exercício de suas atribuições;

2 - participação nas Conferências de Saúde, velando, quando

cabível, pela observância de suas proposições de política de saúde pelos respectivos gestores. Manifestar, quando oportuno, a posição do Ministério Público;

3 - contribuir para a informação e o aperfeiçoamento técnico de Conselheiros de Saúde.

5.7 PODER LEGISLATIVO

1- cooperação institucional com o Poder Legislativo em temas referentes à edição de normas afetas à área da saúde.

5.8 SOCIEDADE CIVIL:

1 - estabelecer aproximação com entidades (lato sensu) da sociedade civil organizada, colhendo subsídios para aprimorar e fundamentar atuação funcional;

2 - realizar audiências públicas para identificar os vários segmentos de opinião da sociedade acerca de temas em que tal providência seja recomendável.

6 COMISSÃO PERMANENTE DE SAÚDE

- Anna Trotta Yaryd - Promotora de Justiça de SP
- Ângela Salton Rotunno - Promotora de Justiça no Rio Grande do Sul
- Itana Santos Araújo Viana - Promotora de Justiça da Bahia
- José Adalberto Dazzi - Procurador de Justiça do Espírito Santo
- Marco Antonio Teixeira - Procurador de Justiça do Paraná
- Maria Helena da Silva Guthier - Procuradora do Trabalho em Minas Gerais
- Maria Ivana Botelho Vieira da Silva - Promotora de Justiça de Pernambuco
- Maria Roseli de Almeida Pery - Promotora de Justiça de Tocantins
- Marilda Helena dos Santos - Promotora de Justiça de Goiás
- Nara Soares Dantas - Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão na Bahia
- Nelson Luiz Arruda Senra - Subprocurador-Geral da Justiça Militar



- Ramiro Rockenbach da Silva - Procurador Regional dos Direitos do Cidadão em Sergipe
- Sonia Maria Demeda Groisman Piardi - Promotora de Justiça de Santa Catarina.





REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

____. Ministério da Saúde. *Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde*. 2 v. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf>.

____. Supremo Tribunal de Justiça. *Súmula nº 208*. Compete à Justiça Federal processar e julgar prefeito municipal por motivo de verba sujeita à prestação de contas perante órgão federal.

____.____. *Súmula nº 209*. Compete à Justiça Estadual processar e julgar prefeito por desvio de verba transferida e corporada ao patrimônio municipal.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentário à Lei orgânica da saúde , Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90*. 4. ed. Campinas: UNICAMP, 2006.

CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental à saúde, evolução, normatização e efetividade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

JESUS, Damásio de. *Estatuto do idoso anotado: Lei n.º 10741/2003, aspectos civis e administrativos*, São Paulo: Damásio de Jesus, 2005.

PORTAL OFICIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <[ttp://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm)>.

PORTAL OFICIAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/>>.

PORTAL OFICIAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PES-

SOA. Disponível em:< <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/cms/>>.

PORTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>.

RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME. 7. ed. Brasília, 2010.

SANTOS, Lenir. *Conhecendo seus direitos na saúde pública*. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2006.

_____. *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010.

SIRAQUE, Vanderlei. *Controle social da função administrativa do Estado*. 2 .ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 34.ed. Santa Catarina: Malheiros, 2011.

Anexo A

