

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE PÚBLICA

Volume 2

Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública
e
Coletânea de Leis e Julgados em Saúde

Brasília – DF
2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE PÚBLICA

Volume 2

Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de
leis e julgados em saúde

Série E. Legislação de Saúde

Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 5.000 exemplares

Coletânea de textos de Direito Sanitário decorrente do Projeto de Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário e dos Cursos de Especialização e de Extensão a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal oferecidos pela Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no âmbito do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS do Ministério da Saúde. Quando nominados, os textos são de autoria dos seus autores.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde

Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, sala 725, 7.º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 225 1167

Fax: (61) 315 2862

Autores:

Conceição Aparecida Pereira Rezende

Jorge Trindade

Lenir Santos

Organizador:

Prof. Márcio Iório Aranha (Faculdade de Direito UnB)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iório Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

2 v. :il. – (Série E. Legislação de Saúde)

Conteúdo: v. 1: Coletânea de textos; v. 2: Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde

ISBN 85-334-0732-7

1. SUS (BR). 2. Direito Sanitário. 3. Saúde Pública. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III. Aranha, Márcio Iório (Org.). IV. Título: Coletânea de textos. V. Título: Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde. VI. Série.

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Editora MS

CONTRACAPA

Direito Sanitário e Saúde Pública é uma publicação do Ministério da Saúde voltada a introduzir na literatura nacional um corpo sistematizado de doutrina, legislação e jurisprudência sobre a temática de saúde.

Vem estruturada em 2 volumes.

O PRIMEIRO VOLUME é composto por uma coletânea de textos pertinentes aos seguintes temas: direito sanitário; direito constitucional sanitário; ética sanitária; defesa judicial e extrajudicial de interesses transindividuais em saúde; crimes contra a saúde pública; direito e saúde mental; vigilância sanitária e proteção da saúde; epidemiologia; direito sanitário do trabalho; direito internacional sanitário; documentos internacionais em saúde; competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde; relação entre conselhos de saúde e órgãos do Poder Executivo; financiamento do SUS no bloco de constitucionalidade; assistência privada à saúde e seus reflexos no sistema público. Autores renomados contribuíram para a publicação, dentre eles: Adalgiza Balsemão; Andrea Lazzarini Salazar; Augusto Cesar de Farias Costa; Dalmo de Abreu Dallari; Deisy de Freitas Lima Ventura; Ediná Alves Costa; Ela Wiecko Volkmer de Castilho; Eleonor Minho Conill; Gilson Carvalho; Hugo Nigro Mazzilli; José Marcelo Menezes Vigliar; Karina Rodrigues; Márcia Flávia Santini Picarelli; Marcus Faro de Castro; Nelson Rodrigues dos Santos; Sebastião Botto de Barros Tojal; Sueli Gandolfi Dallari; Vidal Serrano Nunes Júnior.

O SEGUNDO VOLUME contém instrumental de cunho prático expresso em dois produtos centrais: Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública, elaborado por Conceição Aparecida Pereira Rezende e Jorge Trindade; e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde, elaborada por Lenir Santos. Esse volume vem acompanhado de CD com base de dados de referência automática de legislação e jurisprudência pertinentes à saúde no Brasil, bem como versões eletrônicas de monografias finais do Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal oferecido pela Universidade de Brasília em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública no ano de 2002/2003, mediante patrocínio Banco Interamericano de Desenvolvimento e acompanhamento *pari passu* de Comitê Nacional composto por integrantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Estaduais de Saúde, da Magistratura Federal, do Ministério Público Federal e dos Ministérios Públicos Estaduais do Brasil.

LOMBADA



DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE PÚBLICA
Volume 2: Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e
Coletânea de Leis e Julgados em Saúde

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro de Estado da Saúde

Humberto Sérgio Costa Lima

Secretária de Gestão do Trabalho em Saúde

Maria Luiza Jaeger

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Ricardo Burg Ceccim

Contrato 031/2001 do Ministério da Saúde.

Consórcio Executor do Projeto de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde e Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal no âmbito do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS a partir de financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do REFORSUS:

Fundação Universitária de Brasília – FUBRA

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde - FIOTEC

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP

Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP

Coordenador Geral do Projeto: Antônio Ivo de Carvalho

Coordenador do Subprojeto de Formação de Membros do Ministério Público e Magistratura Federal: Márcio Iorio Aranha

Instituições responsáveis pela formatação dos produtos finais do Projeto de Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário:

Universidade de Brasília (UnB)

Faculdade de Direito

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Escola Nacional de Saúde Pública

Coordenação Regional de Brasília

Colaboradores do Projeto de Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário:

Membros do Comitê do Ministério da Saúde para acompanhamento do Projeto: José Ivo dos Santos Pedrosa (Ministério da Saúde), Simione de Fátima Cesar da Silva (Ministério da Saúde), Maria Eugênia Carvalhes Cury (Conselho Nacional de Saúde), Jesus Francisco Garcia (Conselho Nacional de Saúde), Humberto Jacques de Medeiros (Ministério Público Federal), Marilda Helena Santos (Ministério Público Estadual), Suzana Cristina Silva Ribeiro (CONASEMS), Simone Carvalho Charbel (CONASS), Marcus Vinicius de Reis Bastos (Magistratura Federal).

Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça do Brasil

Conselho da Justiça Federal

Colégio de Diretores das Escolas dos Ministérios Públicos do Brasil

Membros dos 27 Ministérios Públicos Estaduais brasileiros

Membros do Ministério Público da União e do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

Membros dos Ministérios Públicos da União e dos Estados partícipes dos Cursos de Especialização e Extensão em Direito Sanitário da UnB

Juizes Federais partícipes do Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário da UnB

Consultores do Projeto: Conceição Aparecida Pereira Rezende, Jorge Trindade, Lenir Santos, Loussia Musse Felix, Maria de Fátima Guerra de Sousa e Sebastião Botto de Barros Tojal.

Tutores dos Cursos de Direito Sanitário: Adilson José Paulo Barbosa, Adriana Cavalcanti de Albuquerque, Conceição Aparecida Pereira Rezende, Eliza Leal Chagas do Nascimento, Ella Karla Nunes Costa, Erenice Alves Guerra, Flávio da Cunha Barboza, Jackson Semerene Costa, Janine Coelho Eugênio de Souza, Karla Leal Macedo, Luis Antônio de Moura, Margiane Cristina Freitas Sales, Maria Augusta de Mesquita Sousa, Maria Célia Delduque Pires de Sá, Mariana Siqueira de Carvalho, Raphael de Moura Cintra.

Secretaria dos Cursos de Especialização e de Extensão a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal: Euzilene Rodrigues Moraes

Fundo de Fortalecimento da Escola, na pessoa do Dr. Antônio Carlos da Ressurreição Xavier

Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, em especial a participação de Ana Maria Costa

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário de São Paulo, em especial a participação da Profª. Sueli Gandolfi Dallari

Os comentários e contribuições dos alunos dos Cursos de Especialização e de Extensão em Direito Sanitário de 2002-2003.

As contribuições fundamentais de pessoas, cujo compromisso cívico e independente dos correspondentes vínculos institucionais, aportaram ao projeto apoio incondicional: Fabíola de Aguiar Nunes, José Geraldo de Sousa Junior, André Gomma de Azevedo, Sueli Gandolfi Dallari, Maria Paula Dallari Bucci, Gilson Carvalho, Nelson Rodrigues dos Santos, Flávio Dino de Castro e Costa, Afonso Armando Konzen, Cláudio Barros Silva, Marco Antonio Teixeira, Edson Ribeiro Baeta, dentre outros.

Universidade de Brasília - Reitor: Prof. Lauro Morhy

Faculdade de Direito da UnB - Diretor: Dourimar Nunes de Moura

Coordenador do Projeto: Márcio Nunes Iorio Aranha Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz - Presidente: Paulo Marchiori Buss

Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ - Diretor: Jorge Bermudez

Vice-Diretor: Antônio Ivo

Coordenação Regional da FIOCRUZ em Brasília - Coordenadora: Denise Oliveira da Silva

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Neste volume da publicação “Direito Sanitário e Saúde Pública” foram conjugados dois trabalhos. O primeiro apresenta-se como um manual de atuação jurídica em saúde pública dirigido especialmente para os membros do Ministério Público à procura de um instrumento de diálogo na prática profissional em questões de saúde. Ele vai além da sistematização, implementada por Jorge Trindade no Título IX, de procedimentos administrativos e judiciais, projetando uma ampla visão de conjunto dos pressupostos da atenção à saúde nos Títulos I ao VIII elaborados por Conceição Rezende. Tais pressupostos fornecem a matéria apta a instrumentalizar o ator jurídico com o pano de fundo do sistema de saúde brasileiro.

A segunda parte deste *Volume 2* contém coletânea de leis e julgados em saúde elaborada por Lenir Santos. A versão eletrônica encontra-se no CD anexo à publicação, contendo inteiro teor dos julgados e instrumentos normativos citados na coletânea, bem como *artigos* sobre temas de direito sanitário e *monografias finais* do curso de especialização a distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal oferecido pela Faculdade de Direito da UnB em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública e já disponibilizadas ao tempo da formatação do CD citado. A seguir, são descritos os passos necessários para acesso ao inteiro teor dos julgados e instrumentos normativos citados:

- 1) Insira o CD anexo a esta publicação no *drive* de leitura de seu computador;
- 2) Abra o programa de leitura de unidades de disco de seu computador;
- 3) Localize a unidade de CD e clique sobre ela para verificar as pastas constantes no CD;
- 4) No diretório raiz do CD clique em “COLETÂNEA DE LEIS E JULGADOS EM SAÚDE.doc”;
- 5) Quando desejar visualizar o inteiro teor de um instrumento normativo citado na coletânea ou de um julgado, movimente o indicador do mouse, localizando-o sobre o enunciado em letra azul do instrumento normativo ou julgado escolhido.
- 6) Com o indicador do mouse sobre o instrumento normativo ou julgado escolhido, pressione a tecla “Ctrl” no seu teclado e, mantida esta pressionada, clique com o botão esquerdo do seu mouse sobre as palavras em letra azul correspondentes ao instrumento normativo ou julgado desejado.
- 7) O instrumento normativo ou julgado correspondente será aberto em uma nova janela do seu processador de textos.

A Coordenação.

ÍNDICE NUMERADO

NOTA DE ESCLARECIMENTO	7
APRESENTAÇÃO	10
MANUAL DE ATUAÇÃO JURÍDICA EM SAÚDE PÚBLICA	11
Título I Dos Fundamentos do Direito à Saúde	12
Título II Dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS	59
Título III Das Atribuições da União, dos Estados e dos Municípios, na Garantia do Direito à Saúde	74
Título IV Dos Instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde	91
Título V	106
Das Condições, Critérios e Fatores Determinantes na Organização e Planejamento de um Sistema de Saúde. Dos Interesses de Mercado	106
Dos Compromissos Políticos com Grupos ou Pessoas	109
Dos Indicadores Básicos de Saúde	110
Título VI	115
Da Organização da Atenção à Saúde. Do Cuidado Integral na Atenção à Saúde e as Ações Programáticas de Saúde. Do Sistema de Referência e Contra-Referência para a Atenção à Saúde	115
Sistemas de Referência e Contra-Referência	121
Título VII	126
Dos Atores Sociais Envolvidos na Implementação do SUS	126
Título VIII	134
Dos passos a serem percorridos pelos Promotores de Justiça para bem diagnosticar uma situação e para tomar decisões sobre um Problema de Saúde.	134
Bibliografia	143
Título IX Alguns procedimentos administrativos e judiciais utilizados pelo Ministério Público na proteção dos direitos à saúde. Peças e roteiros.	145
Princípios Bioéticos	145
As Diferentes faces dos Direitos à Saúde	147
Instrumentos de Proteção dos Direitos à Saúde.	148
Modelos para Atuação do Ministério Público	148
Modelos Administrativos	149
RECOMENDAÇÃO OFÍCIO	149
TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO	150
TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO POSTO DE SAÚDE	153
COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA	154
COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO SURDOS-MUDOS	156
CONVÊNIOS RECEITUÁRIOS MÉDICOS	157
Modelos Judiciais	159
AÇÃO CIVIL PÚBLICA LEITOS PEDIÁTRICOS	159
O papel do Ministério Público	163
Instrumentos de ação	164

COLETÂNEA DE LEIS E JULGADOS EM SAÚDE	165
Lei Orgânica da Saúde Anotada: Lei n. 8.080/90	168
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	243
ÍNDICE CRONOLÓGICO E REMISSIVO DA LEGISLAÇÃO REFERENCIADA NA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE	249
SIGLAS E ABREVIATURAS	283

APRESENTAÇÃO

O Projeto de Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário está inserido no Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS - PAFCS. Este Programa se tornou realidade a partir de uma parceria entre o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério Público e o Ministério da Saúde. Seu objetivo é contribuir para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, visto ao mesmo tempo como resultado e como provocador do processo de construção de uma sociedade participativa que busca a efetivação dos direitos sociais contemplados na Constituição Federal.

O Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição, tem sua organização pautada pelos princípios da universalidade de acesso, da equidade e integralidade do atendimento e da descentralização e democratização da gestão. De acordo com o texto constitucional, as ações e serviços de saúde são de relevância pública. Uma vez que ao Ministério Público cabe zelar e promover as medidas necessárias à garantia dos serviços de relevância pública, faz-se necessária a capacitação de seus membros no campo do Direito Sanitário, contribuindo para o aprimoramento de suas ações de forma a incorporar a lógica do cidadão e da construção do sistema na busca da garantia do direito à saúde.

O Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS está sob responsabilidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, do Ministério da Saúde. Os recursos financeiros para sua implementação provêm do REFORSUS, por meio de empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BIRD. A execução, que foi contratada após seleção por licitação internacional, é feita por um Consórcio composto por quatro instituições de ensino – FIOCRUZ/FIOTEC, UnB/FUBRA, UFMG/FUNDEP e UNICAMP/FUNCAMP –, sendo a Faculdade de Direito da UnB a responsável pela coordenação dos Cursos de Especialização e de Extensão em Direito Sanitário.

O PAFCS desenvolve, concomitantemente, o Projeto de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, acreditando que o fortalecimento dos conselhos contribuirá para a construção de políticas de saúde mais permeáveis às demandas e necessidades da população e para o incremento de formas de democratização da gestão da saúde nos diferentes níveis de governo, com impacto direto no quadro de saúde. Fortalecer o Controle Social é possibilitar a participação da sociedade na busca de alternativas de atenção à saúde, no acompanhamento e controle do uso de recursos públicos e na responsabilização do Estado e da própria sociedade em relação à saúde.

Assim, pretende-se que a articulação entre o setor saúde, o Ministério Público e a Magistratura Federal contribua para a formação de Procuradores, Promotores e Juízes Federais aptos a acompanhar Gestores e Conselhos de Saúde, monitorando a formulação e a implementação das políticas de saúde, e a desenvolver ações dirigidas ao cumprimento dos princípios constitucionais do direito à saúde, da garantia do acesso e da universalização, além de exigir uma atuação rigorosa dos órgãos do governo nas ações de controle, fiscalização e avaliação dos produtos e serviços de interesse da saúde.

Os dois projetos pretendem, assim, contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, desenvolvendo iniciativas que possibilitem a democratização, a qualificação, a racionalização e a modernização da administração do Sistema Único de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL DE ATUAÇÃO JURÍDICA EM SAÚDE PÚBLICA

AUTORES

**Conceição Aparecida Pereira Rezende
e
Jorge Trindade**

Brasília, julho/2003

Título I Dos Fundamentos do Direito à Saúde

Do Direito Individual à Saúde aos Direitos de Categorias Profissionais Do Acesso a Benefícios Regulados pelo Mercado à Saúde como Direito de Cidadania

Um Panorama da História da Reforma Sanitária Brasileira.

A história da organização de ações e serviços públicos de saúde no Brasil é muito recente. Analisando todas as Constituições Brasileiras, verificamos que somente a partir da terceira década do século XX, na Constituição de 1934, é que começaram a surgir algumas preocupações com a saúde pública enquanto objeto da Lei Maior do país. Naquele período, ditas preocupações enfocavam a morbimortalidade infantil, a *higiene mental* e a propagação das doenças transmissíveis. Resultaram na responsabilização da União, dos Estados e dos Municípios pela adoção de medidas legislativas e administrativas para restringir a dimensão de tais problemas. Antes disso, nem a Constituição de 1824, nem a de 1891 definiram como responsabilidade do Estado a execução de ações e serviços de saúde, conforme demonstra o quadro 01.

No período colonial, a ação do Estado no setor saúde foi insignificante. As ações de saúde eram desenvolvidas pelos chamados exercentes (físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, etc.) e pelas Santas Casas de Misericórdia, que também, inicialmente, atendiam aos enfermos com infusões de ervas, frutas cítricas, raízes e outros produtos trazidos pelos índios.

“O primeiro hospital da Misericórdia no Brasil teve como fundador o colono Braz Cubas, cujo hospital, inaugurado entre 1540 e 1547, recebeu o nome de "Santos" em homenagem a um similar existente em Lisboa. O segundo hospital foi fundado em Vitória, Espírito Santo, entre 1545 e 1555, tendo o padre José de Anchieta como capelão; o terceiro foi em Olinda, em 1560; o quarto, em Ilhéus em 1564 e o quinto na Bahia entre 1549 e 1572. No Rio de Janeiro foi fundado o sexto hospital brasileiro da Misericórdia, em 1585”¹.

As “Misericórdias” foram criadas em Portugal, no ano de 1498,

“com a finalidade de atender o tratamento dos enfermos ou desvalidos, sem dar preferência a nacionalidades, crenças, classes ou cores, unicamente preocupada com o alívio dos doentes, o sustento dos pobres, o amparo dos órfãos e das viúvas e o sepultamento dos indigentes. Em 1516 foram editados, os princípios que norteiam a ação das Misericórdias até os dias de hoje: espirituais (ensinar os ignorantes; dar bom conselho; punir os transgressores com compreensão; consolar os infelizes; perdoar as injúrias recebidas; suportar as deficiências do próximo; orar a Deus pelos vivos e pelos mortos); e os corporais (resgatar cativos e visitar prisioneiros; tratar dos doentes; vestir os nus; alimentar os famintos; dar de beber aos sedentos; abrigar os viajantes e os pobres; sepultar os mortos)”².

As Misericórdias, durante quatro séculos, ocuparam e assumiram, praticamente, *com exclusividade*, o papel do Estado na garantia da oferta de ações e serviços de saúde, além de outros serviços de natureza pública.

¹ Fonte: “<http://openlink.br.inter.net/santacasa/hist.htm>”

² Idem

Neste período – do contato do índio com o homem branco –, surgiram doenças novas, como varíola, sarampo, tuberculose, escarlatina, lepra, doenças venéreas e parasitoses, como a sarna.³

“As políticas de saúde ocorrerão, na virada do século XIX para o século XX com as mudanças no modo de produção, aliando autoritarismo ao nascente cientificismo europeu. Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, irá enfrentar as epidemias da época (febre amarela e varíola) que ameaçam a “saúde dos portos” e a agro-exportação por meio de campanhas com vacinações e inspeções sanitárias.”⁴

No século XIX, a economia brasileira era agrícola e as divisas produzidas para o crescimento do país eram fruto da exportação de produtos da agricultura, especialmente a cafeeira e a açucareira.

“A atenção do governo brasileiro se situava, estrategicamente, nos chamados “espaços de circulação de mercadorias”, ou seja, as estradas e os portos, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos. Além disso, era importante para o Estado criar condições para incrementar a política de imigração, incentivando a incorporação de mão-de-obra imigrante para as culturas cafeeiras. As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se dão a partir de interesses puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do país ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Não se pode dizer, então, que à essa altura se tinha uma política nacional de saúde pública, com objetivos claros de melhorar as condições de vida da população”⁵.

Em 1828, foi instituída a “Inspetoria de Saúde dos Portos”. Todas as embarcações suspeitas de transportar passageiros enfermos eram submetidas a quarentena. Em 1899, foi criado o “Instituto Soroterápico de Manguinhos” para a produção de soros e vacinas.

A varíola era a principal causa de morte no século XIX. As principais ações de saúde eram a vacinação e orientações de prevenção das doenças. Existiam também, epidemias de febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera.

De 1902 a 1906, o então presidente Rodrigues Alves, juntamente com o Prefeito Engenheiro Pereira Passos e Oswaldo Cruz, então diretor-geral do Departamento de Saúde Pública, a exemplo de Haussmann em Paris, “promoveram uma grande reforma urbanística no Rio de Janeiro que incluiu o lançamento de um programa de saneamento, inclusive de moradias, buscando instituir os critérios básicos de normalidade – a moradia higiênica –, a partir dos quais se poderia, então, classificar parte do estoque habitacional existente como sub-normal. Esse conceito, implementado como política, implicou uma enorme operação de demolição dos bairros populares, classificados como “degradados”, anti-higiênicos, insalubres etc. Tratava-se de uma ação de “limpeza” em que o propósito básico era a demolição

³ PIRES, D. Hegemonia Médica na saúde e a enfermagem, São Paulo, Cortez Editora, 1989.

⁴ CONILL, E. M. Epidemiologia e Sistemas de Saúde, In Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

⁵ OLIVEIRA, A. G. R. C. e SOUZA, E. C. F. A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial, In Odontologia Social: textos selecionados, Publicação: Curso de Mestrado em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

dos bairros ou quarteirões insalubres, considerados como focos de transmissão de doenças epidêmicas⁶.

Este projeto tinha como objetivo tornar a cidade do Rio de Janeiro mais atraente para os imigrantes e para os investimentos estrangeiros e acabou por retirar da região central os trabalhadores que habitavam cortiços, condenados pelos tempos da influência da ciência nas ações de governo.

Em São Paulo a principal ação de saúde era o combate à febre amarela urbana.

Em novembro de 1904, a vacinação contra a varíola tornou-se obrigatória, o que culminou com o movimento intitulado a “Revolta da Vacina”, que durou cinco dias, nos quais a cidade do Rio de Janeiro se transformou em verdadeira praça de guerra, e que deu origem à organização da “Liga Contra a Vacinação Obrigatória”.

Não existia, até aquele momento, nenhum direito previdenciário assegurado aos trabalhadores e em algumas companhias, especialmente em São Paulo, existiam sociedades beneficentes com ação limitada a prestar socorros médicos e fornecer medicamentos aos trabalhadores pobres e seus dependentes.

Em janeiro de 1923, inspirado pela legislação argentina sobre a previdência social, o Deputado Eloy Chaves, apresentou um Projeto de Lei que propunha a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões para os **ferroviários**, em cada uma das empresas de estrada de ferro, “*sem ônus para os cofres públicos*”⁷. Este Projeto de lei, foi aprovado pelo Congresso e sancionado pelo Presidente da República, transformando-se no Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido mais tarde como “Lei Eloy Chaves”. Esta caixa de proteção social foi influenciada também pelo modelo previdenciário inglês de *seguro* e propunha atender: “*socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte*”.⁸

Os fundos da Caixa⁹ eram formados inicialmente por:

- a. *uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3% dos respectivos vencimentos;*
- b. *uma contribuição annual da empresa, correspondente a 1% de sua renda bruta;*
- c. *a somma que produzir um augmento de 1½% sobre as tarifas da estrada de ferro;*
- d. *as importâncias das joias pagas pelos empregados na data da criação da caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a um mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensaes;*

⁶ CARDOSO, A. L. e RIBEIRO, L. C. Q. *et al. A Municipalização das Políticas Habitacionais: uma avaliação da experiência recente (1993-1996)*. Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal. IPPUR/UFRJ – FASE.

⁷ Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social, *Eloy Chaves: Precursor da Previdência Social no Brasil*, Departamento Nacional de Previdência Social – Divisão de Divulgação e Intercâmbio. Divulgação nº 15. Composto e Impresso na Gráfica do IAPB. 1965.

⁸ Art. 9º, 1º a 4º do Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Caves).

⁹ Art. 3º, alínea "a" a "j" do Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Caves).

- e. *as importâncias pagas pelos empregados correspondentes á diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou aumentados de vencimentos, pagas também em 24 prestações mensaes;*
- f. *o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um anno;*
- g. *as multas que attingam o público ou o pessoal;*
- h. *as verbas sob rubrica de venda de papel velho e vareduras;*
- i. *os donativos e legados feitos á Caixa;*
- j. *os juros dos fundos accumulados”.*¹⁰

Em sua justificativa ao projeto de lei, o Deputado esclareceu que:

“nas aposentadorias tive muito em vista não só o tempo de serviço como a idade do aposentado. Procurei evitar o auxílio demasiado aos inativos, ampliando aos verdadeiramente inválidos. Diminuí progressivamente a importância das aposentadorias à medida que aumentavam os ordenados. Garanti ao empregado ferroviário esses favores de aposentadoria, qualquer que seja seu tempo de serviço, desde que fique incapacitado de exercer seu emprego por acidente havido no exercício do mesmo emprego. Ao organizar a direção da Caixa, procurei dar-lhe plena autonomia, libertando-a das peias da fiscalização do Poder Público. Deve ser dirigida e fiscalizada pelos que por ela vão ser beneficiados. Haverá em sua constituição para assegurar-lhe a tranqüilidade e continuidade, uma parte de diretores fixa e outra parte renovável por eleição. Aliás uma e outra pertencerão ao quadro dos empregados ferroviários.”

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde no Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas.

Em 1º de outubro de 1931, em ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, foi publicado o Decreto nº 20.465, que reformou a legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. O Decreto estabelecia, entre outros, a obrigatoriedade da instituição das referidas Caixas para os *empregados dos serviços públicos de transporte, de luz, força, telégrafos, telefones, portos, água, esgotos e outros*, quando explorados diretamente pela União, pelos Estados, Municípios ou por empresas privadas. Estabelecia que todas as rendas arrecadadas no termos da presente lei eram de exclusiva propriedade das respectivas Caixas e se destinavam aos fins específicos (art. 15), e que, os associados que houvessem contribuído para as receitas das Caixas teriam direito a (art. 23): aposentadoria; pensão para os membros da família, para os casos de falecimento do associado ativo ou do aposentado, que contasse com cinco ou mais anos de serviço efetivo (art.31); e, serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos, até o limite de 8% da sua receita anual total, apurada no exercício anterior (*parágrafo único*, do art. 23).

Em 24 de fevereiro de 1932, também em ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, o Decreto 21.081 alterou artigos do Decreto 20.465/31, considerando-se, entre outros, *“os diversos pedidos feitos ao Governo e ao Conselho Nacional do Trabalho sobre uma maior necessidade da quota orçamentária para os serviços médicos e hospitalares precisam ser atendidos, afim de se evitarem perturbações nas organizações existentes;”*.

Por este Decreto, as receitas das Caixas foram constituídas:

¹⁰ Mantida a ortografia original.

- a) *“da contribuição obrigatória dos seus associados ativos, correspondente a uma porcentagem variável de 3 a 5%, sobre o que perceberem mensalmente, a título de salário, vencimento ou remuneração e que será calculada e proposta pela Caixa, ao apresentar o seu projeto de orçamento à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho, de acordo com a situação financeira de cada caixa;*
- b) *das jóias ou contribuições iniciais, equivalentes a um mês de vencimentos e pagáveis em 60 prestações e dos seus sucessivos aumentos, pagos de um só vez;*
- c) *da contribuição dos associados aposentados, na forma do art. 43;*
- d) *da contribuição anual das empresas, correspondente a 1½% da sua renda bruta, mas que não será inferior ao produto da contribuição dos associados ativos, a que se refere a letra a;*
- e) *de uma contribuição do Estado, proveniente de aumento das tarifas, taxas ou preços dos serviços explorados pela empresa, e cujo produto não será inferior à contribuição desta;*
- f) *de doações e legados;*
- g) *das multas aplicáveis em virtude de infrações desta lei e, bem assim, ao pessoal, salvo as que importarem em indenização por prejuízo material;*
- h) *dos vencimentos, de empregados, não reclamados dentro do prazo de dois anos da data em que se tornarem devidos;*
- i) *das importâncias, de aposentadorias e pensões, não reclamadas dentro de cinco anos da data em que se tornarem devidas;*
- j) *dos rendimentos produzidos pela aplicação dos bens a elas pertencentes;*
- k) *das importâncias pagas a maior pelo público e não reclamadas no prazo de um ano;*
- l) *das demais contribuições previstas nesta lei.”*

Por este Decreto, os associados que contribuíam para as receitas das Caixas tinham direito a (art. 23): aposentadoria; pensão para os membros da família, para os casos de falecimento do associado ativo ou do aposentado, que contasse com cinco ou mais anos de serviço efetivo (art.31); e, serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos, até o limite de 10% da sua receita anual total, apurada no exercício anterior (*parágrafo único*, do art. 23).

Em 29 de junho de 1933, também por ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, o Decreto nº 22.872 criou, com a qualidade de *pessoa jurídica*, o “*Instituto de Aposentadoria e Pensões*” dos *Marítimos*, subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, destinado a conceder ao pessoal da marinha mercante nacional os benefícios de aposentadorias e pensões.

Pela primeira vez, a receita do Instituto de Previdência, diferente das Caixas, contou com a *contribuição do Estado* (art. 11, c), pela taxa de 2% (dois por cento), paga pelo público e arrecadada pelas empresas que explorassem os serviços de navegação marítima, fluvial e lacustre, a cargo da União, dos Estados, Municípios e particulares nacionais, bem como os da indústria de pesca (art. 2º). Estabeleceu-se também que as rendas arrecadadas pelo Instituto eram de sua exclusiva propriedade, não tendo aplicação diversa da estabelecida no Decreto (art. 21). Por este Decreto, foi instituído ainda, pela primeira vez, o seguro obrigatório contra acidentes do trabalho (art. 29), o fundo de garantia (art. 42), constituído para reservas técnicas e de contingência.

Os benefícios assegurados por este instituto aos seus associados foram (art. 46):

- a) *“aposentadoria ordinária, ou por invalidez;*
- b) *pensão, em caso de morte, para as pessoas de suas famílias;*
- c) *assistência médico hospitalar, com internação até trinta dias;*

d) *socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço de custo, acrescido das despesas de administração.*

§ 1º *Os socorros mencionados nas alíneas c e d serão prestados aos associados ativos e aposentados, bem como às pessoas de suas famílias ou beneficiários inscritos na forma do art. 55, nos casos de moléstias que não decorram de acidentes do trabalho.*

§ 2º *O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8% (oito por cento) da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.”*

Em 22 de maio de 1934, por ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, o Decreto nº 24.274 criou a *Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazens*, criada sob a denominação de Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazens de Café.

Em 08 de julho de 1934, também por ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, o Decreto nº 24.615 criou, com a qualidade de *pessoa jurídica*, o “*Instituto de Aposentadoria e Pensões*” dos *Bancários*, subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, destinado a conceder aos seus associados os benefícios de aposentadoria, e aos herdeiros, o da pensão. Além desses benefícios, poderia o Instituto manter serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar, subordinados a regulamentação especial. As receitas deste Instituto constituíram-se de forma diferenciada dos demais existentes. As contribuições dos associados eram proporcionais aos seus recebimentos; a contribuição dos empregadores correspondia a 9% (nove por cento) dos vencimentos mensais dos respectivos empregados. As rendas arrecadadas pelo Instituto também eram de sua exclusiva propriedade, não tendo aplicação diversa da estabelecida no Decreto (art. 5º).

A Lei nº 159, de 30 de dezembro de 1935, sancionada pelo Presidente Getúlio Vargas, *regulou a contribuição para a formação da receita dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões subordinados ao Conselho Nacional do Trabalho.*

A contribuição dos empregados, dos empregadores e da União, para a formação da receita dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões subordinados ao Conselho Nacional do Trabalho, tinha como objetivo garantir a “*assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta, descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes do trabalho ou de morte.*”¹¹.

A contribuição dos empregados correspondia mensalmente a uma percentagem sobre o respectivo vencimento, qualquer que fosse a forma e a denominação deste, até o limite máximo de dois contos de réis (2:000\$000), e variável de 3% a 8% (três a oito por cento), conforme exigisse a situação de cada Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões.

¹¹ Art. 121, § 1º, alínea “h”, da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Diário Oficial da União de 19.12.1935.

A percentagem era fixada pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, mediante proposta do Conselho Atuarial e ouvida a Junta Administrativa da Caixa interessada.

Os empregadores contribuía mensalmente com uma quota igual ao total das contribuições pagas durante o mês pelos respectivos empregados.

A contribuição da União, de igual valor à soma de todas as contribuições dos empregados, era denominada "quota de previdência".

A Lei nº 367, de 31 de dezembro de 1936, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos *Industriários*, com personalidade jurídica própria, subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo por finalidade principal conceder aposentadoria aos seus associados e pensão aos respectivos beneficiários. Além disso, outros benefícios poderiam ser concedidos, em regulamento próprio, tais como assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para a maternidade, pecúlio, auxílio para funeral, sujeitos ou não a contribuição suplementar. Suas receitas foram compostas de contribuição triplíce e igual a dos empregadores, empregados e da União, e, de contribuição mensal dos aposentados, além de outras fontes.

A Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu a *Conferência Nacional de Saúde*, que deveria realizar-se em intervalos de, no máximo, dois em dois anos, com a participação de "*autoridades administrativas representando o Ministério da Saúde e o Governo dos Estados, Territórios e Distrito Federal e convidados especiais do Ministério da Saúde*". Não foi considerada a necessidade de participação dos municípios, nem dos usuários e trabalhadores do setor.

A Lei nº 380, de 16 de janeiro de 1937, altera o nome da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazens de Café para Instituto de Aposentadoria e Pensões dos *Empregados em Transporte de Cargas*, com suas receitas formadas por contribuição mensal dos associados, dos empregadores, da União, entre outras. Os benefícios previstos eram: aposentadoria por velhice ou invalidez; pensão aos beneficiários dos associados ativos, ou aposentados, que falecerem; auxílio-funeral. Além destes, outros poderiam ser criados, nos termos de regimento, inclusive assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, auxílio-enfermidade e pecúlio, sujeitos ou não a contribuição suplementar.

O Decreto-Lei nº 288, de 23 de fevereiro de 1938, criou o Instituto de Previdência e Assistência dos *Servidores do Estado* (I. P. A. S. E.), com personalidade jurídica própria, com o "*objetivo o de realizar as funções de órgão de assistência aos servidores do Estado e praticar operações de previdência e assistência a favor de seus contribuintes*." Foram consideradas operações de previdência a aposentadoria, pensão e pecúlio.

Por este Decreto, o Hospital dos Funcionários Públicos passa a denominar-se Hospital dos Servidores do Estado. O I. P. A. S. E. ficou encarregado da aplicação e administração dos fundos do Hospital dos Servidores do Estado, pagando-lhe juros na aplicação de seu ativo. O Hospital prestava assistência médica e dentária a seus

contribuintes e pessoas de suas famílias, conforme regimento. Pelo Decreto, ao I. P. A. S. E. foi incorporado o Instituto Nacional de Previdência.

O Decreto-lei nº 2.122, de 09 de abril de 1940, criou o Instituto de Previdência e Assistência dos *Comerciários*, com personalidade jurídica própria, de natureza autárquica. O Decreto nº 32.667, de 1º de maio de 1953, de Getúlio Vargas, aprovou o novo Regulamento deste Instituto, proposto por Segadas Viana, Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio da época.

Este Instituto, mais conhecido como IAPC, era o mais abrangente de todos, em termos da população coberta. Eram segurados obrigatórios todos os estabelecimentos comerciais existentes, os comerciantes, os empregados desses estabelecimentos, e ainda, os dirigentes e empregados de vários órgãos públicos, ligados à Previdência Social e autárquicos, como de representação de categorias profissionais (OAB, CFM e CRMs), Fundação Getúlio Vargas, entre outros.

Este Instituto contava com órgãos locais denominados "delegacias" e seus "Delegados" tinham plena autonomia para instituir "agências/escritórios", julgar processos de seguros e auxílio, a procedência de débitos apurados, aplicar, reduzir ou perdoar multas.

A receita do IAPC era constituída pelo seguinte:

- I - contribuição mensal dos segurados, correspondente a uma percentagem variável de cinco a oito por cento sobre o seu salário de classe até o máximo de dois mil cruzeiros;*
- II - contribuição mensal dos empregadores, equivalente ao total das contribuições mensais de seus empregados sócios, interessados diretores ou administradores, no caso de serem estes segurados;*
- III - contribuição da União, proporcional à dos segurados proveniente da importância arrecadada a título de cota de previdência, na forma da legislação especial sobre o assunto;*
- IV - contribuições suplementares ou extraordinárias, autorizadas neste Regulamento;*
- V - rendas resultantes de aplicação de reservas;*
- VI - doações ou legados;*
- VII - reversão de quaisquer importâncias;*
- VIII - rendas eventuais;*
- IX - prêmios e outras rendas provenientes de seguros efetuados pelo Instituto;*
- X - contribuições pela prestação de serviços a outras instituições legalmente autorizadas."*

O Departamento de *Acidentes de Trabalho*, e o *Departamento de Assistência Médica*, do Instituto, tinham dotações próprias consignadas no orçamento geral, sendo sua receita e despesa previstas de acordo com as normas orçamentárias, observados os respectivos *resultados financeiros do exercício anterior*, ou seja, considerava-se a história de receita e despesa, parâmetro até hoje adotado, para a elaboração das *programações* de ações e serviços de saúde e para a definição de recursos financeiros da saúde para Estados e Municípios.

O Instituto garantia aos seus segurados ou dependentes, na forma do Regulamento e *conforme o caso*: auxílio-doença; seguro-invalidez; seguro-velhice; seguro-morte; auxílio-natalidade; auxílio-funeral; pecúlio; serviços médicos. Cobria *risco de acidentes do trabalho* e de *moléstias profissionais* dos seus segurados com

o produto dos prêmios cobrados dos empregadores. No caso do seguro-invalidez, sua concessão era feita após o segurado ter recebido o auxílio-doença durante 24 meses e, mesmo assim, não ter apresentado condições de retornar ao trabalho. Mas, "*nos casos de lepra comprovada*" por comunicação de órgão oficial especializado, a aposentadoria por invalidez não dependia da prévia concessão de auxílio-doença, nem dos exames a cargo da previdência social.

A *Assistência Médica* era oferecida aos segurados mediante a *tríplice contribuição suplementar* do segurado, do empregador, e da União, sujeita ao mesmo regime de fixação e de arrecadação da contribuição ordinária. O Instituto proporcionava aos segurados ativos e inativos, bem como aos respectivos dependentes inscritos, a assistência médica (clínica, cirúrgica, hospitalar e sanatorial); a assistência farmacêutica; e, a assistência odontológica. No caso de internação do *segurado acometido de doença mental*, esta era feita por prazo não superior a 12 (doze) meses. A *assistência farmacêutica* consistia no fornecimento dos "*preparados e fórmulas pelo preço de custo*". A *assistência odontológica* era prestada nos ambulatórios e consistia em *diagnóstico e tratamento*, excluídos os serviços protéticos.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde¹², realizada entre 10 e 15 de novembro de 1941, no Rio de Janeiro, tratou de assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a *lepra*, ao desenvolvimento de serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil. Esta Conferência teve a participação apenas de técnicos do Governo e seus convidados.

O Decreto-lei nº 7.526, de 7 de maio de 1945, do Presidente Getúlio Vargas, instituiu a Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, que eram assegurados e ministrados pela União, com a cooperação dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios e por instituições públicas ou particulares, por intermédio de órgão com os poderes necessários para executar, orientar ou coordenar as atividades pertinentes aos mesmos serviços.

Estes serviços eram administrados pelo Instituto dos Serviços Sociais do Brasil (I.S.S.B.), que tinha personalidade jurídica de autarquia federal e patrimônio próprio, com sede na Capital da República e Delegacias e Postos em todo o território nacional. Era administrado por um presidente, da livre escolha e confiança do Presidente da República e a ele diretamente subordinado.

As diretrizes da política administrativa e a orientação técnica do I.S.S.B. eram determinadas por um Conselho Técnico, formado por representantes dos Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio; da Educação e Saúde; da Agricultura e da Fazenda; de dois técnicos livremente designados pelo Presidente da República, dentre especialistas em previdência, assistência e economia social; de dois representantes dos segurados, e presidido pelo presidente do I.S.S.B.

Seu objetivo era garantir a todos os brasileiros e aos estrangeiros legalmente domiciliados no país, maiores de 14 anos, que exercessem atividade remunerada ou

¹² Fonte: História das Conferências Nacionais de Saúde, in FIOCRUZ – 1ª à 10ª: <http://www.fiocruz.br>

aufferissem proventos de qualquer fonte, os meios indispensáveis de manutenção, quando não se encontrassem em condições de conseguí-los por motivo de idade avançada, invalidez temporária ou permanente, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

O custeio dos serviços sociais era atendido mediante contribuição: daqueles que auferiam proventos de emprego, em percentagem fixada sobre o montante de seus ganhos; dos empregadores, em quantia igual a dos empregados; daqueles que auferiam proventos do exercício de profissão autônoma; daqueles que auferiam rendimentos de quaisquer fontes; da União; dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios, correspondente à importância mínima de 1% (um por cento) da respectiva receita ordinária de cada exercício.

Os serviços de *assistência social* compreendiam as formas necessárias de assistência médico-hospitalar, preventivas ou curativas, e ainda as que se destinavam à melhoria das condições de alimentação, vestuário e habitação dos segurados e de seus dependentes. A assistência à família e à infância era na forma de assistência matrimonial, pré-natal e infantil e era prestada por abonos, serviços ou em utilidades.

Os seguros contra "*acidentes de trabalho e moléstias profissionais*" eram custeados por meio de contribuições especiais dos empregadores, e ficavam a cargo do órgão incumbido da administração da previdência social, assegurando-se às vítimas ou a seus dependentes, os benefícios de segurados.

O Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949, do Presidente Eurico Gaspar Dutra, instituiu o *Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social*, para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões que eram prestados pelas "*comunidades de serviços*". Sob a denominação de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), eram sediados no Instituto ou Caixa que o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio designasse e ainda, que a seu juízo, devesse incluir ou não, a prestação de assistência médica relativa a outros serviços médicos especializados.

O custeio do SAMDU era feito por cotização entre os Institutos e Caixas que tinham segurados numa determinada localidade. As bases da cotização e o orçamento de cada SAMDU eram fixados anualmente pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, ouvido o Departamento Nacional da Previdência Social. O recolhimento dos recursos, pelos Institutos e Caixas, das cotas devidas ao SAMDU, era feito adiantadamente por trimestre e depositados no Banco do Brasil, em conta especial.

O SAMDU era administrado por um diretor, escolhido dentre os médicos efetivos dos Institutos e Caixas e um tesoureiro, ambos designados em comissão pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, como ordenadores das despesas do órgão.

As "*comunidades de serviços*" existentes no Distrito Federal e na capital do Estado de São Paulo foram adaptadas às disposições deste Decreto, continuando a reger-se pelas normas em vigor, no que não contrariassem as disposições do

Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), em matéria de organização, funcionamento e regime de pessoal.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1950, no Rio de Janeiro, ressaltou a importância do fortalecimento de estudos e de definição de normas com vistas a uma maior equidade na resolução dos problemas de saúde no Brasil.

Em 25 de julho de 1953, pela Lei nº 1920, durante o Governo do Presidente Getúlio Vargas, foi criado o *Ministério da Saúde*. Sua estrutura de gestão era composta por um Departamento de Administração, com Divisões de Pessoal, Material, Obras e Orçamento.

O então Ministério da Educação e Saúde passou a denominar-se "Ministério da Educação e Cultura". Ao Ministério da Saúde foram transferidos todos os órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, sendo desmembrados os que exerciam atividade em comum. Passaram também, todos os cargos, funções e os ocupantes de serviços que haviam sido transferidos, e parte do funcionalismo do Departamento de Administração do antigo Ministério da Educação e Saúde, que se tornou excedente, em decorrência da criação do novo Ministério.

Em 1º de maio de 1954, pelo Decreto nº 35.448, o Presidente Getúlio Vargas expediu o *"Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões"*, assegurando-lhes o caráter de serviço público descentralizado da União, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com personalidade jurídica de natureza autárquica, estabelecendo um novo plano de benefícios, contribuições, seguros facultativos e administração.

O Regulamento estabelecia a finalidade de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs existentes:

"Art. 1º. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões têm por fim assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, quando não se achem em condições de angariá-los por motivo de idade avançada, incapacidade, ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem à proteção de sua saúde e concorram para o seu bem-estar."

O Regulamento definiu como assegurados *"todos os que exercem emprego ou atividade remunerada ou auferem proventos de qualquer fonte, no território nacional"* (I, art. 2º). Excluiu do regime estabelecido no regulamento os servidores civis e militares da União, Estados, Municípios e Territórios, bem como os das autarquias (aposentadorias e pensão) e os sujeitos ao regime das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Foram considerados segurados facultativos os trabalhadores autônomos não filiados aos institutos; os empregados domésticos; os que exerciam atividades rurais; e os titulares de firma individual não filiados, naquele momento, aos institutos. Apesar da abrangência dos Institutos, cada segurado e seus dependentes eram obrigados a se inscreverem no Instituto competente.

Os benefícios assegurados eram os seguintes:

Para os segurados: auxílio-doença; aposentadoria por invalidez; aposentadoria por velhice; aposentadoria ordinária; auxílio-maternidade; auxílio-funeral. Para os dependentes: pensão e pecúlio. Para todos os beneficiários: serviços médicos e complementares.

O auxílio-doença era assegurado ao beneficiário que ficasse incapacitado, por prazo superior a quinze dias, após haver realizado doze contribuições mensais ao Instituto, até o prazo máximo de 24 meses, além disso, era obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se aos exames que fossem determinados pela previdência social, ao tratamento que ela proporcionasse e seguir os processos de reeducação ou readaptação profissional prescritos. Era considerado incapaz para o trabalho o segurado acometido de "*tuberculose ou lepra*".¹³

Nos casos de *aposentadoria por invalidez*, que era concedida após 24 meses, caso o segurado continuasse incapacitado para o trabalho, este deveria ser submetido a exames a cargo da Previdência Social, exceto para os casos de *lepra e tuberculosas* ativas, pelas quais o segurado era considerado *incapacitado total*. Estes casos eram, inclusive, dispensados do benefício do auxílio-doença.

Os serviços médicos proporcionavam *assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica* aos beneficiários, em ambulatório, hospital e domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições gerais permitiam. A assistência médica à *gestante* era no pré-natal e no puerpério. No caso de *doença mental*, laudo médico autorizava o representante legal do segurado ou o dependente a receberem o benefício devido.

O custeio dos Institutos foi unificado pelo Regulamento Geral com seguintes contribuições:

- I – dos segurados, em percentagem até 8% (oito por cento) sobre o seu "salário de contribuição", não podendo incidir sobre importância inferior ao salário mínimo local ou à metade desse salário, em se tratando de menor aprendiz;*
- II – das empresas, em quantia igual à que for devida pelos segurados a seu serviço, inclusive o titular da firma individual, os diretores, administradores e os sócios solidários, gerentes ou de indústria;*
- III – da União, numa importância anual, correspondente ao total das contribuições arrecadadas nos termos do item I."*

Foi criado o *Fundo Único da Previdência Social*, para o qual era depositado, em conta do Banco do Brasil, a contribuição da União a fim de ser distribuída pelos Institutos, conforme a necessidade econômico-financeira (§ 5º do art. 54)¹⁴.

Também se assegurava que "*as importâncias destinadas ao custeio dos Institutos são de sua exclusiva propriedade e em caso algum terá o patrimônio deles aplicação diversa da que tiver sido estabelecida nos termos deste Regulamento, pelo que serão nulos de pleno direito os atos em contrário, ficando seus autores*

¹³ Art. 22 e §§ do Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, do Decreto nº 3.5448 de 1º de maio de 1954.

¹⁴ Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, do Decreto nº 3.5448 de 1º de maio de 1954.

sujeitos às penalidades cabíveis, sem prejuízo da responsabilidade de natureza civil ou criminal em que venham a incorrer” (art. 70)¹⁵.

Para a prestação de serviços médicos e de reeducação e readaptação profissional, bem como para a aplicação das reservas, ficou definida a instituição de "*comunidades administrativas*", cuja gestão deveria ser autônoma (art. 80), com participação obrigatória dos Institutos na sua administração e custeio, tendo regimento expedido pelo Departamento Nacional de Previdência Social, com aprovação do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio. Essas *comunidades* eram administradas por um Conselho Diretor, composto de cinco membros, designados pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, que escolhiam entre si, um Diretor Administrativo. Possuíam Juntas de controle equivalentes aos Conselhos Fiscais dos Institutos.

A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, sancionada pelo Presidente Juscelino Kubitschek, instituiu a *Lei Orgânica da Previdência Social*. As instituições de previdência social foram constituídas como serviço público descentralizado da União, com personalidade jurídica de natureza autárquica.

Foram considerados beneficiários da previdência social, na qualidade de "*segurados*", todos os que exerciam emprego ou atividade remunerada no território nacional; e, seus "*dependentes*".

Foram excluídos dos benefícios da lei os servidores civis e militares da União, dos Estados, Municípios e dos Territórios bem como os das respectivas autarquias, que estivessem sujeitos a regimes próprios de previdência; e, os trabalhadores rurais assim entendidos, os que cultivassem a terra e os empregados domésticos.

As prestações asseguradas pela previdência social consistiam na oferta dos seguintes benefícios e serviços: a) aos segurados: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, aposentadoria por velhice, aposentadoria especial, aposentadoria por tempo de serviço, auxílio-natalidade, pecúlio, e assistência financeira; b) aos dependentes: pensão, auxílio-reclusão, auxílio-funeral, e pecúlio; c) aos beneficiários em geral: assistência médica, as prestações estabelecidas na legislação de acidentes do trabalho, quando o respectivo seguro estivesse a seu cargo, assistência alimentar, assistência habitacional, assistência complementar, e assistência reeducativa e de readaptação profissional.

Nos casos de doença sujeita à *reclusão compulsória*, de fato ou de direito, comprovada por comunicação ou atestado da autoridade sanitária competente, a *aposentadoria por invalidez* não dependia de prévia concessão de auxílio-doença, nem de inspeção médica, e era devida a partir da data em que tivesse sido verificada a "existência do mal" pela autoridade sanitária.

A *assistência médica* garantia assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório, ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitissem e após haver o segurado pago, no mínimo 12 (doze) contribuições mensais, salvo quando se tratasse de assistência ambulatorial e domiciliar de urgência.

¹⁵ Idem

A assistência médica era prestada pelas instituições de previdência de forma separada ou, em comum, em regime de “*comunidade de serviços*”, mediante contribuição das demais a um dos IAPs que assumia a responsabilidade integral. A assistência médica domiciliar e de urgência continuou a ser prestada pela comunidade de serviços já existente, na forma do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado pelo Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949.

A partir desta Lei, o Departamento Nacional de Previdência Social – DNPS, organizava os serviços de assistência médica, de modo a assegurar, a liberdade de escolha do médico por parte dos beneficiários, dentre os credenciados, *para atendimento em seus consultórios ou clínicas*, na base da percepção de honorários *per capita* ou tabela de serviços profissionais, observadas sempre as limitações do custeio dos serviços, hospitais e sanatórios. O segurado que utilizasse para si ou seus dependentes, os serviços médicos em regime de livre escolha, participava do custeio de cada serviço que lhe fosse prestado, na proporção do salário real percebido. As instituições de previdência social mantinham os serviços próprios de ambulatório, hospitalar e de sanatório que fossem essenciais, para os segurados que não quisessem utilizar os serviços de “*livre escolha*”. Na verdade, tínhamos a “cobrança por fora”¹⁶ oficializada.

Nas localidades onde não havia conveniência para a manutenção dos serviços de assistência médica, quer sob a responsabilidade de cada Instituto, quer em comunidade entre estes, promovia-se a celebração de convênio com empresas ou entidades públicas, sindicais e privadas.

O custeio da previdência social era atendido, principalmente, pelas contribuições dos segurados; das empresas; da União; e dos trabalhadores autônomos.

O sistema da previdência social, constituía-se dos seguintes órgãos, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio:

I - órgãos de orientação e controle administrativo ou jurisdicional:

- a) Departamento Nacional da Previdência Social (DNPS);
- b) Conselho Superior da Previdência Social (CSPS);
- c) Serviço Atuarial (S. At.).

II - órgãos de administração, sob a denominação genérica de “Instituições de previdência social”:

- a) Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP);
- b) Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS).

A *Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos* passou a denominar-se Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP).

De 09 a 15 de dezembro de 1963, realizou-se no Rio de Janeiro a 3ª Conferência Nacional de Saúde, dez anos após a criação do Ministério da Saúde.

¹⁶ Valor cobrado acima da tabela SUS, por prestador de serviços de saúde, ao usuário do Sistema, com a alegação de que os valores pagos pelo Sistema Único de Saúde são insuficientes.

Foi um marco na discussão da descentralização das ações e serviços de saúde, mesmo sem a participação da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde. Defendeu a municipalização das ações básicas de saúde como base sólida para a organização do Sistema Nacional de Saúde, incluindo como atividade o levantamento de dados estatísticos vitais da população, em cada esfera de governo. Esta concepção incorporava os princípios da *unificação*, da *descentralização* das ações e serviços de saúde e a avaliação da situação de saúde com informações epidemiológicas. Já naquela época também eram apresentadas como distorções do setor: a falta de recursos; a distribuição desigual dos serviços e o seu sucateamento; a indefinição política de recursos humanos; o privilégio dos gastos de hospitalização em detrimento do atendimento ambulatorial e preventivo; a incorporação acrítica de tecnologia e insumos; o gerenciamento antiquado; a falta de transparência na aplicação dos recursos...¹⁷

Em 21 de novembro de 1966, o Governo Militar de Humberto Castello Branco, publicou o Decreto-Lei nº 72, que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões sob a denominação de *Instituto Nacional de Previdência Social – INPS*, como órgão de administração indireta da União, com personalidade jurídica de natureza autárquica.

O INPS, como órgão executivo da Previdência Social, possuía órgãos de planejamento, orientação e controle administrativo ou jurisdicional, que eram integrantes da estrutura do Ministério do Trabalho e Assistência Social. Eram eles, o Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS); o Conselho de Recursos da Previdência Social (CRPS); as Juntas de Recursos da Previdência Social (JRPS); e, o Serviço Atuarial.

Junto ao CRPS, funcionava o Consultor Médico da Previdência Social, auxiliado por médicos requisitados ao INPS e em número fixado pelo Ministro de Estado, "*com atribuição de opinar nos recursos em que houvesse matéria médica relevante a apreciar e de dar assistência às sessões das Turmas e do Conselho Pleno*"¹⁸.

Foi instituído o "*Fundo de Liquidez da Previdência Social - FLPS*", com o objetivo de depositar em conta especial a contribuição da União, conforme a Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960. Este Fundo era gerenciado pelo Departamento nacional de Previdência Social.

Foi extinta a personalidade jurídica dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs e do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU. No período de transição, os IAPs passaram a constituir Secretarias Especializadas do INPS e foram extintos os seus Conselhos Fiscais. As atividades desempenhadas pelo SAMDU foram incorporadas às Secretarias Especializadas do INPS.

Os serviços em postos de assistência médica, unidades hospitalares ou unidades mistas, e em setores de processamento de dados, bem como os serviços

¹⁷ BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. Coletânea da Legislação Básica – SUDS, Brasília, janeiro de 1989.

¹⁸ Art. 18 do Decreto-Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966.

de artífice, guarda, conservação, limpeza, comunicações, transporte, portaria e de natureza braçal passaram a ser atendidos no INPS, por pessoal admitido sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho e Legislação complementar, com admissão por concurso público.

Em 1967, de 30 de agosto a 04 de setembro, no Rio de Janeiro, realizou-se a 4ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde". As conclusões desta Conferência ecoaram nos meios governamentais e acadêmicos ao se constatar a falta de formação profissional orientada para a solução dos problemas de saúde do País. Os recursos humanos para a saúde foram tratados como "capital humano". As principais constatações e definições foram: a expansão acelerada do ensino médico; intensos debates em torno da reforma universitária (1968); ênfase na formação, a ser realizada de forma descentralizada e regional; e, a necessidade de profissionais de formação e perfil variados.

O Fundo Nacional de Saúde, instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, alterado pelo Decreto nº 66.162, de 3 de fevereiro de 1970, tinha por finalidade prover, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a Saúde Pública, coordenados ou desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

O Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970, do Governo Militar de Emílio Garrastazu Médici, transformou a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde em Fundação Instituto Oswaldo Cruz e a ela foram incorporados o Instituto Oswaldo Cruz e o Serviço de Produtos Profiláticos do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde. A entidade foi dotada de personalidade jurídica de *direito privado*, sujeita ao regime administrativo e financeiro estabelecido em seu Estatuto com a finalidade de realizar pesquisas científicas no campo da medicina experimental, da biologia e da patologia; promover a formação e o aperfeiçoamento de pesquisadores em ciências biomédicas, de sanitaristas e demais profissionais de saúde; elaborar e fabricar produtos biológicos, profiláticos e medicamentos necessários às atividades do Ministério da Saúde, às necessidades do País, e às exigências da Segurança Nacional.

Passam a integrar a Fundação Instituto Oswaldo Cruz, o Instituto Fernandes Figueira do Departamento Nacional da Criança, o Instituto Nacional de Endemias Rurais do Departamento Nacional de Endemias Rurais, o Instituto Evandro Chagas da Fundação Serviços de Saúde Pública e o Instituto de Leprologia do Serviço Nacional de Lepra.

O Ministério da Saúde ficou autorizado a firmar convênio com a Fundação Instituto Oswaldo Cruz para a execução dos programas de Coordenação e Execução de Estudos e Pesquisas e de Produção de Medicamentos, correndo as despesas à conta das dotações próprias consignadas no orçamento da União.

O Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, do Presidente Militar Ernesto Geisel, modificou a *estrutura Básica do Ministério da Saúde*, instituindo, entre outros, as *Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério*, para atuarem como unidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, "*com vistas à conjugação*

de esforços para a elaboração de programas regionais que integrassem as atividades preventivas, curativas e de reabilitação”.

O Ministério da Saúde foi constituído pelos seguintes órgãos e entidades¹⁹:

“I - Estrutura Básica

a) Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado:

1 - Gabinete do Ministro (GM)

2 - Consultoria Jurídica (CJ)

3 - Divisão de Segurança e Informações (DSI)

4 - Coordenadoria de Comunicação Social (CCS)

b) Órgãos Colegiados:

1 - Conselho Nacional de Saúde (CNS)

2 - Conselho de Prevenção Antitóxico (CPA)

c) Órgãos Centrais de Planejamento Coordenação e Controle Financeiro:

1 - Secretaria-Geral (SG)

2 - Inspeção-Geral de Finanças (IGF)

d) Órgãos de Administração de Atividades Auxiliares:

1 - Departamento de Administração (DA)

2 - Departamento do Pessoal (DP)

e) Órgão de Administração de Atividades Específicas:

1 - Secretaria Nacional de Saúde (SNS)

2 - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)

f) Órgãos de Atuação Regional:

1 - Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)

II - Entidades Vinculadas

a) Autarquia:

I - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)

b) Fundações:

1 - Fundação Oswald Cruz (FOC)

2 - Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)”.

Ao Conselho Nacional de Saúde – CNS competia examinar e propor soluções de problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da Saúde.

À Secretaria Nacional de Saúde – SNS competia programar, organizar, coordenar, controlar, avaliar, supervisionar e exercer ações normativas em relação as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como executar ações de vigilância epidemiológica e fiscalização de vigilância sanitária de fronteiras, portos, aeroportos, medicamentos, alimentos, e de produtos ou bens, locais, agentes e atividades que interessem à saúde humana.

À Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, órgão dotado de autonomia administrativa e financeira, competia programar, organizar, coordenar, controlar, avaliar e supervisionar a execução de atividades de erradicação e controle de endemias em todo o território nacional.

Às Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, diretamente subordinadas ao Ministro da Saúde, competia:

“I - Planejar, dirigir, coordenar, supervisionar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas Delegacias Federais de Saúde, nas áreas de suas respectivas jurisdições;

¹⁹ Art. 2º do Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974.

II - Coordenar e compatibilizar as atividades de saúde a nível regional, desenvolvidas por órgãos da administração direta ou entidades vinculadas ao Ministério da Saúde;
III - Promover a coordenação e compatibilização das atividades de saúde na região, desempenhadas por órgãos ou entidades federais, estaduais, municipais e do setor privado;
IV - Prestar assessoria técnica, no campo da saúde, aos órgãos e unidades regionais de desenvolvimento social, particularmente em programas ou projetos de desenvolvimento social do Governo Federal”.

A Fundação Instituto Oswaldo Cruz passou a denominar-se Fundação Oswaldo Cruz.

A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, do Governo Militar de Ernesto Geisel, constituiu o Sistema Nacional de Saúde, composto pelo complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde que deveriam abranger as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde sem, no entanto, unificar institucionalmente a direção do Sistema. Esta Lei constituiu-se num primeiro embrião de obrigações dos Estados, Municípios e Distrito Federal para com a saúde.

I - do Ministério da Saúde, ao qual competia formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;
- d) Coordenar a ação de vigilância, epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;
- e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;
- f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;
- g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;
- h) Avaliar o estado sanitário da população;
- i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;
- j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercícios das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;
- k) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

II - Do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pessoas;
- b) Coordenar, em âmbito nacional, o sub-sistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;
- c) Credenciar, para integrarem o sub-sistema público, instituições de finalidade não lucrativa que prestassem serviços de saúde às pessoas;
- d) Prestar diretamente serviços de saúde às pessoas, ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as a fiscalização permanente;
- e) Experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação às necessidades do País;
- f) Fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao Sistema;
- g) Promover medidas adequadas a redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população.

III - Do Ministério da Educação e Cultura, incumbido da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe:

- a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade;
- b) Manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;
- c) Orientar as universidades que incorporassem a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;
- d) Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes fossem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

IV - Do Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, *radicação de populações*²⁰, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo-lhe particularmente:

- a) Realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;
- b) Orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar acesso da população a morada adequada e confortável, observar as necessárias condições de higiene e prever, nos conjuntos habitacionais, os

²⁰ Expressão utilizada na Lei.

equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

V - Do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde cabendo-lhe:

- a) Desenvolver as atividades de higiene e segurança do trabalho em consonância com as necessidades da área da saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas;
- b) Desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

VI - Dos demais Ministérios, cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos, passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema.

VII - Dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios que receberiam incentivos técnicos e financeiros da União para que organizassem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde, cabendo particularmente:

- a) Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:
 - 1) Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;
 - 2) Integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;
 - 3) Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para unidade federada;
 - 4) Criar e operar as unidades de saúde do sub-sistema estadual, em apoio às atividades municipais;
 - 5) Assistir técnica e financeiramente os municípios para que operassem os serviços básicos de saúde para a população local;
 - 6) Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução de problemas de saúde de sua área.
- b) Aos Municípios:
 - 1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro;
 - 2) Manter a vigilância epidemiológica;
 - 3) Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
 - 4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Foi instituído o Conselho de Desenvolvimento Social para apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas de diferentes Ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 05 a 08 de agosto de 1975, teve como objetivo "*analisar as questões políticas e de administração sanitária buscando-se o desenvolvimento do nível local, o aprimoramento das vias de intercomunicação, a uniformização dos métodos de avaliação, sem preocupações casuísticas*".

Em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, foi uma proposta para a efetivação da *atenção primária da saúde*, com hierarquização do sistema, a ser implantado de forma descentralizada e universalizada. Este programa não chegou a ser implantado em todo o País porque a metodologia adotada era para experiências piloto e obteve resultados significativos como em Montes Claros, Minas Gerais; em Caruaru, Pernambuco; e em alguns municípios da Bahia.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se de modo a complementar a 5ª CNS, de 01 a 05 de agosto de 1977 (em Brasília), no espaço de dois anos entre uma e outra, respectivamente, tendo como foco a institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, teve como objetivo, aperfeiçoar os programas nacionais, integrar a ação dos órgãos executores de ações de saúde, propondo estratégias baseadas nos referenciais legais que definiam a organização deste sistema, especialmente no estabelecimento de normas de defesa e proteção da saúde, buscando definir o papel das instituições de modo a evitar duplicidade de ações.

A Lei 6.439, de 1º de setembro de 1977 (Governo Militar Ernesto Geisel), instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS.

Esta Lei mantinha os regimes de benefícios e serviços dos trabalhadores urbanos e rurais e dos funcionários públicos civis da União, que na época estavam a cargo do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado – IPASE, criando ainda, as seguintes autarquias vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS.

Passaram a integrar o SINPAS as seguintes entidades: o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS; a Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor FUNABEM; a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS; e, na condição de órgão autônomo da estrutura do MPAS, a Central de Medicamentos – CEME. A Lei estabelecia ainda as atribuições de cada um desses órgãos, sendo que competia ao INPS conceder e manter os benefícios e outras *prestações em dinheiro*, inclusive as que eram prestadas pelo IPASE e o FUNRURAL, e outras, de caráter financeiro.

Ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS competia executar programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e

assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes; programas de assistência médica aos servidores do Estado, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal e respectivos dependentes; programas de assistência médica aos rurais; programas especiais de assistência médica, abrangendo os serviços médicos mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA e os que fossem prestados em determinadas regiões à população carente, beneficiária ou não da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurassem os necessários recursos ao INAMPS.

A assistência médica era prestada a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações e com a amplitude que as condições locais e os recursos próprios permitissem. O Poder Executivo instituía esquema de participação direta dos beneficiários, em função do seu nível de renda, da natureza da doença, do vulto das despesas gerais e do volume de recursos existentes, no custeio dos serviços médicos que fossem utilizados e dos medicamentos que fossem fornecidos em ambulatórios, exceto no caso da assistência médica e farmacêutica aos acidentados do trabalho.

Os hospitais do IPASE especializaram-se no atendimento aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias, do Distrito Federal, aos membros e funcionários do Poder Legislativo e do Poder Judiciário, bem como aos respectivos dependentes.

À Legião Brasileira de Assistência – LBA competia prestar assistência social à população carente, mediante programas de desenvolvimento social e de atendimento às pessoas, independentemente da vinculação destas a outra entidade do SINPAS e os serviços de assistência complementar não prestados diretamente pelo INPS e pelo INAMPS aos seus beneficiários.

À Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM competia promover a execução da política nacional do bem-estar do menor, e subvencionava, em caráter suplementar, os programas a cargo das entidades estaduais ou municipais de assistência ao menor.

À Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV competia a análise de sistemas, a programação e execução de serviços de tratamento da informação, o processamento de dados através de computação eletrônica e o desempenho de outras atividades correlatas de interesse da previdência e assistência social.

Competia ao IAPAS promover a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições e demais recursos destinados à previdência e assistência social; realizar as aplicações patrimoniais e financeiras; distribuir às entidades do SINPAS os recursos destinados em conformidade com o Plano Plurianual de Custeio do SINPAS; acompanhar a execução orçamentária e o fluxo de caixa das demais entidades do SINPAS; promover a execução e fiscalização das obras e serviços objeto de programas e projetos aprovados pelas entidades do SINPAS. Foram atribuídos ao IAPAS os poderes, competências e atribuições do INPS, do

FUNRURAL, do IPASE e das demais entidades do SINPAS para arrecadar, fiscalizar e cobrar as contribuições e demais recursos destinados à previdência e assistência social, e aplicar as sanções previstas para os casos de inobservância das normas legais respectivas.

Em 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, na URSS, a Organização Mundial de Saúde – OMS, realizou a *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, que proclamou a famosa “Declaração de Alma-Ata”, como o primeiro documento internacional, representativo sobre a saúde, que expressava a *“necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”*.

A Conferência reafirmou o conceito de saúde *“como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”* como direito humano fundamental e que *“a consecução do mais alto nível possível de saúde seria a mais importante meta social mundial”*. E ainda, que sua realização requeria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

A Conferência avaliou que *“a desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países. Que “a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”*. Além disso, que *“é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”*.

A Conferência afirmou ainda que *“uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até a ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”* e que *“os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”*.

No Brasil, naquele período, ampliava-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por parcela da intelectualidade acadêmica e dos profissionais da área de saúde, caracterizando-se como oposição às propostas implementadas pelos governos militares. Instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO e alguns Núcleos de Saúde Coletiva das Universidades Públicas, tiveram papel fundamental nesse processo.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no período de 24 a 28 de março de 1980, em Brasília, debateu a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, que ficaria sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e da Previdência Social e a proposta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Lembrando que foi realizada logo após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, na cidade de Alma-Ata.

Neste momento destacam-se, sobretudo, as discussões sobre a relação entre o modelo assistencial e a formação de recursos humanos, particularmente, o modelo de serviços básicos de saúde e os respectivos agentes necessários, tanto de nível superior, quanto de nível médio e elementar.

Nesta CNS foram discutidos, entre outros, os seguintes aspectos:

- a) a formação de especialistas e generalistas, particularmente para os profissionais médicos;
- b) papel da educação continuada para o pessoal de nível médio e elementar;
- c) a adequação da formação dos recursos humanos às necessidades de saúde da população através da integração docente-assistencial;
- d) compromisso de transferência do conhecimento, a descentralização do poder, para processo de democratização do sub-sistema de recursos humanos;
- e) a proposta de integração entre as ações de promoção e proteção da saúde e as ações de assistência médica individual e a necessidade de que o médico não mais realize um trabalho isolado, mas enquanto líder da equipe multiprofissional;
- f) incentivo à prática multiprofissional sem diferença de *status*, determinada pela diversificada formação dos integrantes do PREV-SAÚDE, de modo a torná-lo eficiente e permitir sua continuidade;
- g) as questões de recursos humanos em enfermagem foram discutidas especificamente (treinamento e supervisão dos agentes de saúde que atuam nos serviços básicos; reformulação da lei do exercício profissional - 1955 e 1986; a participação de toda equipe multiprofissional no treinamento dos agentes de saúde local dado o caráter polivalente de sua capacitação).

A partir de 1980, após a 7ª CNS, deu-se início à prática de incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional. Entendeu-se por política de recursos humanos *“o processo dinâmico, integrado à política nacional de saúde, que visa o aprimoramento técnico, o crescimento pessoal e a evolução funcional dos trabalhadores”*.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE que, na realidade, não chegou a ser implantado, sendo sucedido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, em 1982, que apresentou o Programa das Ações Integradas de Saúde - PAIS, implantado em 1983.

De 1983 a 1989 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde – AIS, através do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS. O Programa propunha incorporar alguns princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária, efervescente naquele momento, para superar o modelo vigente de organização das ações e serviços de saúde. Buscaram-se formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, por meio de *gestão colegiada entre as instituições* direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com os seus recursos e suas

atividades de governo. Adotaram-se diretrizes como a *universalização* e a *equidade no acesso aos serviços*, a *integralidade dos cuidados*, a *regionalização dos serviços de saúde especializados* e a *implementação dos distritos sanitários*.

O Movimento Sanitário cresceu e ganhou legitimidade atingindo outros segmentos da sociedade, como sindicatos e centrais sindicais, os movimentos populares de saúde, alguns gestores e parlamentares. Iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, o movimento avançou na produção de conhecimento, na crítica ao modelo da política de saúde vigente e na denúncia sobre a situação de saúde da população. As principais reivindicações eram dirigidas basicamente à construção de uma política de saúde efetivamente *democrática*, planejada e implementada com a *participação da sociedade civil*, com base na *descentralização*, na *universalização do acesso* às ações e serviços de saúde, na *integralidade* da atenção e no *comando único*, como elementos essenciais para a reforma do setor. Para isto, era necessário uma nova concepção de Estado, que se fundasse na cooperação, na integração, na complementaridade e na solidariedade, capaz de responder às necessidades da população, identificadas com critérios epidemiológicos e sociais e por uma nova redefinição das atribuições das três esferas.

Em 1985 deu-se início ao processo de universalização da atenção à saúde.

De 17 a 21 de março de 1986, considerada como a *pré-Constituinte da Saúde*, realizou-se, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas. Considerada como um marco histórico da saúde pública no Brasil, nela consagraram-se, para a organização do Sistema de Saúde brasileiro, os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Foi a primeira CNS a contar com uma massiva participação popular (representantes da sociedade civil organizada). Este evento foi um marco importante na conformação da política de saúde brasileira. Na Conferência, foram, enfim, definidas as bases para a reforma sanitária, sendo criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a função de elaborar a “Proposta para o Componente Saúde da nova Constituição Brasileira” e a “proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde” a serem entregues à Assembléia Nacional Constituinte, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em cujos capítulos se inseriu a criação do SUS. Dentre as propostas aprovadas no seu relatório, estava a democratização do Estado e a defesa da saúde como direito de cidadania.

Em 21 de novembro de 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, pelo Ministério de Saúde e Bem Estar Social do Canadá e pela Associação Canadense de Saúde Pública, realizada em Ottawa, publicou a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, dirigida à execução do objetivo “Saúde para Todos no Ano de 2000”, que teve como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma-Ata e foi uma resposta à crescente demanda por uma concepção de Saúde Pública no mundo.

A Conferência, realizada no período de 17 a 21 de novembro de 1986, contou com a presença de duzentos delegados de 38 países para trocar experiências e conhecimentos dirigidos à promoção da saúde. As cinco estratégias propugnadas na Carta de Ottawa foram: *a elaboração de política pública saudável; a criação de meio ambientes que protejam a saúde; o fortalecimento de ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais; e, a reorientação dos serviços de saúde.*

Os documentos que fundamentaram a Carta de Ottawa foram “Os Objetivos da Saúde para Todos” da Organização Mundial da Saúde – OMS e o debate sobre a ação intersectorial para a saúde, realizado na Assembléia Mundial da Saúde, que consideravam que as condições de boa saúde ultrapassam o resultado de ações específicas do setor.

Em 1987, após vários Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, especialmente, em São José dos Campos – SP (1982), Montes Claros – MG (1985) e Londrina – PR (1987), foi criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Estes encontros contaram com a efetiva participação do Movimento Sanitário.

O Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, do Presidente José Sarney, do Governo da "Nova República", criou o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, que deveria ser implantado e executado segundo as diretrizes de descentralização e unificação, aprovadas pelo Presidente da República, com o objetivo de consolidar e desenvolver as Ações Integradas de Saúde – AIS. Os serviços de saúde seriam organizados em distritos sanitários, com base territorial/funcional e com certo nível de autonomia.

Em 1987, na esfera Federal foi instituída a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN, responsável por criar mecanismos de articulação com a área econômica e integrar, organicamente, as funções de planejamento das diversas instituições federais. Era composta por representantes dos órgãos federais responsáveis por políticas de saúde: os Secretários-Gerais dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Trabalho. Foi instituída em 11/03/1980. Cabia a ela coordenar a formulação do Plano Nacional de Saúde e do orçamento unificado de saúde, que seria um consolidado dos orçamentos federais, estaduais e municipais.

Na esfera Estadual, foram instituídas as Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS, composta pelos órgãos governamentais, das três esferas de governo, prestadores de serviços de saúde, existentes no âmbito estadual, com o objetivo de acompanhar a execução orçamentária dos planos de saúde em seu âmbito de atuação.

Nas microrregiões foram instituídas as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde – CRIS, responsáveis pela coordenação da formulação dos planos regionais de saúde, seu acompanhamento e suas execuções. Compunham-se também por representantes de todas as instituições públicas, prestadoras de serviços de saúde, naquele âmbito de atuação.

Foram instituídas ainda, as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS, no âmbito dos municípios, com o objetivo de coordenar a formulação dos planos municipais de saúde e acompanhar as suas execuções.

A partir de junho de 1988 foram realizados convênios entre a União e Estados para a transferência de hospitais públicos federais pertencentes ao INAMPS, que atendiam, até então, apenas os segurados da Previdência Social. Estes convênios prevaleceram mesmo após a Constituição de 1988 e foram extintos em 1990, após a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Seguidamente, eventos internacionais e documentos foram publicados com o objetivo de divulgar as idéias da política de Promoção da Saúde, tais como a Carta de Bogotá, Declaração da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu de 09 a 12 de novembro de 1992 em Santa Fé de Bogotá, na Colômbia, a Carta do Caribe para a Promoção da Saúde, de *Port of Spain*, de 04 de junho de 1993, a Declaração de Jacarta em 1997.

Em 05 de outubro de 1988²¹, o Congresso Nacional do Brasil, reunido em Assembléia Nacional Constituinte, instituiu o Estado democrático de direito brasileiro, promulgando a sua Constituição Federal. Foi o resultado de um processo desenvolvido ao longo das duas últimas décadas, pelo qual foi possível implantar o *Sistema Único de Saúde – SUS*.

Esta Constituição estabeleceu que a Saúde é uma "*política social*" (art. 6º), "*direito de todos e dever do Estado*" (Art. 196). É política de "*relevância pública*" (Art. 197) parte integrante da "*Seguridade Social*" (Art. 194), devendo ser "*financiada por toda a sociedade*", de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Art. 195, e, §§ 1º e 2º, I, II e III do Art. 198), além de contribuições sociais (I, II e III, do art. 195) e outras fontes (§ 1º, art. 198), jamais podendo ser reservada apenas e na quantidade que alguém possa individualmente financiar, mas, na medida da necessidade dos indivíduos e das coletividades (II do Art. 198). É direito universal, ou seja, de todos os brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E ainda, como "*direito fundamental*", tem aplicação imediata (§ 1º, do art. 5º).

Prevê portanto, que o *acesso seja universal, igualitário e integral* às ações e serviços de saúde, com *regionalização e hierarquização, descentralização e direção única* em cada esfera de governo, com *participação da comunidade* e com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Até os anos oitenta do século XX, a saúde era tratada como um "complemento dos benefícios" da Previdência Social e suas ações e serviços sempre foram estabelecidos e geridos por gestores de outras políticas públicas. Inicialmente, pelo Ministério da Educação e Saúde; subdividiu-se nos Departamentos do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; depois, no Ministério do Trabalho e Previdência Social; no Ministério do Trabalho e Assistência Social; no Ministério da Agricultura; em um sem número de autarquias, representadas pelas Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões; entre muitos

²¹ Ver Quadro 01.

outros. Quando não era submetida diretamente aos gestores de outras políticas, possuía uma “autonomia inadequada”, por meio de Institutos e Fundações que abrigavam sub-setores da saúde.

Neste período instituiu-se um sistema “múltiplo de saúde” no País, no qual muitos deles nunca souberam o que eram uns e outros. Nunca se integraram na ordenação e na implementação da política de saúde. Cada "serviços" atendia a uma clientela específica, com maiores ou menores vantagens. Por longos anos, especialmente a partir da década de trinta, quando estes institutos e fundações (autarquias) foram instituídos em grande parte, não foi somente pela ausência de uma política organizada de forma sistêmica, mas também pela falta de uma reforma de Estado como ocorreu com a Seguridade Social na Constituição de 1988.

Mesmo a partir de 1953, quando da criação do Ministério da Saúde, vários sub-setores da saúde se mantiveram em outros Ministérios, como foi o caso da assistência médica e odontológica que permaneceu no Ministério da Previdência e Assistência Social, a Saúde do Trabalhador (inspeção dos ambientes de trabalho) que ficou, parcialmente, no Ministério do Trabalho e os serviços de reabilitação da saúde que ficaram no Ministério da Previdência e Assistência Social, como ação de assistência social, numa concepção de benefício da previdência social e não como ações de saúde.

A saúde acumulou, uma longa experiência de fazer parte de um sistema de proteção social nos moldes do seguro que, ao longo do século, demonstrou que era, especialmente, oneroso, excludente e injusto. Ou seja, asseguravam-se benefícios, a cada um, segundo a sua contribuição... com maior ou menor tempo de carência... com benefícios controlados pela receita... com acesso aos benefícios ou prestações vinculados ao prazo da permanência no emprego e regulados pela oferta de tecnologia.

A concepção de Seguridade Social adotada pela Constituição Federal de 1988 mudou radicalmente este enfoque. Calcada no princípio da solidariedade, seu financiamento é feito por toda a sociedade e a oferta da atenção à saúde e à assistência social é assegurada a todos, conforme a necessidade e o direito à previdência social, definido conforme a lei.

Mas, para além da estruturação do sistema de saúde do ponto de vista institucional, um avanço constitucional importante foi com relação ao conceito de saúde que sempre vigorou no País. Entendida apenas como um estado de ausência de doença no indivíduo, sua manutenção carecia apenas da oferta de ação específica, nos casos de agravo à saúde ou de risco de adoecimento. A partir da Constituição de 1988, a saúde é um estado que se garante a todos “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”²².

Em 19 de setembro de 1990 foi aprovada a Lei Federal nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção

²² Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

e a recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e estabelece mecanismos para a operacionalização das disposições constitucionais, definindo as atribuições do SUS em suas três esferas de governo. As principais dificuldades, entre outras, enfrentadas para a implementação do SUS, são: a manutenção das forças conservadoras nas instâncias de Poder; o financiamento do setor; a cultura de clientelismo; a mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população; os crescentes custos do processo de atenção; as formas de gerenciamento do sistema de saúde; o corporativismo dos profissionais de saúde, entre muitos outros.

Em 28 de dezembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Além disto, define os principais instrumentos de gestão e o controle social para o Sistema de Saúde.

A última década do século XX foi caracterizada pela edição de atos normativos e administrativos para a implementação e a operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização/municipalização, tais como:

- a) a vinculação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS ao Ministério da Saúde, em março de 1990;
- b) a criação da Fundação Nacional de Saúde, em março de 1990;
- c) a extinção dos Escritórios Regionais do INAMPS e dos Serviços de Medicina Social, para a adoção das diretrizes de descentralização das ações de saúde da União para os estados e municípios;
- d) a instalação do “Departamento do SUS”, subordinado à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, em maio de 1990;
- e) a implantação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, em junho de 1990 – Portaria GM 896, pela Resolução INAMPS nº 227, de 27 de julho de 1990;
- f) a edição da Resolução nº 228, de 11 de agosto de 1990, do INAMPS, que equiparou, para fins de financiamento, os prestadores de serviços de saúde de natureza pública (inclusive os municípios), aos de natureza privada. Foi a universalização da *Tabela de Valores*, a serem pagos por procedimentos realizados;
- g) a edição da Norma Operacional Básica do SUS nº 1 - NOB-SUS/01/91, aprovada e instituída pela Resolução INAMPS nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Foram estabelecidos nesta norma tanto os encaminhamentos de natureza operacional, como também, aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde, estabelecidos pela Constituição de 1988, para as três esferas de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos. Esta norma recebeu muitas críticas, especialmente por estabelecer um mecanismo conveniente de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço ao poder municipal;
- h) a Resolução INAMPS 273, de 17 de julho de 1991, que modifica a NOB-SUS/01/91, pela reação contrária à sua edição, incorporando as opiniões do

Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde – CONASS, do CONASEMS e do Conselho Nacional de Saúde;

- i) a Norma Operacional Básica – SUS nº 1 – NOB-SUS/01/92. No momento, o Governo Collor imerso em graves crises, marcadas por um retrocesso na política e na administração pública, com a população criticando sua atuação, reivindicando, exigindo mudanças e avanços, na tentativa de contorná-las, nomeia uma nova equipe, com o objetivo de restabelecer a confiança e a credibilidade da administração pública.

Entre 09 a 14 de agosto de 1992 realizou-se a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central: “Saúde: A Municipalização é o Caminho”. Realizada com dois anos de atraso, esta Conferência ocorreu pela pressão do Movimento Sanitário, com apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, que reivindicava e pressionava o Governo – fragilizado politicamente – para as mudanças no setor. Esta Conferência ocorre às vésperas da votação do *impeachment* do Presidente Collor. Um ato público foi realizado pelos participantes desta Conferência, no Congresso Nacional, contra o retrocesso na implementação do SUS, reafirmando, reforçando e defendendo os avanços e conquistas institucionais e as práticas da Reforma Sanitária.

Em maio de 1993, foi editada a Norma Operacional Básica – SUS nº 1 – NOB-SUS/01/93, que sintetiza o documento “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Esta Norma é um referencial de implementação do SUS no País. Sistematizou o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, assegurando aos Estados e Municípios um “processo de transição”, estabelecendo diferentes níveis de responsabilidades para os mesmos e para o próprio nível federal. Estabeleceu-se a Gestão Incipiente, a Gestão Parcial e a Gestão Semiplena para os municípios. Instituiu-se as Comissões Intergestoras Bipartite – CIB, na esfera estadual e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, na esfera Federal, como espaços de gestão colegiada entre os gestores das três esferas de governo, o repasse direto e automático de recursos fundo-a-fundo e o controle social sobre o processo.

Em maio de 1998, foi implantada a Norma Operacional Básica – SUS nº 1 – NOB-SUS/01/96, modificando as condições de Gestão do SUS para os Estados e os Municípios, que passam a poder se habilitar na Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde ou na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Criou incentivos diversos, por programas, ações e serviços, especialmente para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e para o Programa de Saúde da Família – PSF ou projetos similares, sendo que, na prática, os “projetos similares” a estes programas não chegaram a receber incentivos. Esta NOB, além da descentralização das ações e serviços de saúde, propõe a modificação da organização da atenção à saúde. O principal problema para o SUS foi a divisão da gestão da assistência básica e da assistência de média e alta complexidade no próprio município.

De 02 a 06 de setembro de 1996, realizou-se a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, cuja maior demanda era a de avaliação do processo de implementação do SUS no Brasil, a melhoria do sistema de saúde como um todo, especialmente o seu financiamento, avaliado na época, como um dos maiores impedimentos à efetivação do Sistema Único de Saúde.

De 15 a 19 de dezembro de 2000, realizou-se em Brasília, a 11ª Conferência Nacional de Saúde²³. O tema central desta Conferência foi "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social".

A NOB/96 vigorou até o final do ano 2000, quando foi aprovada a Norma Operacional de Atenção à Saúde - NOAS/2001.

²³ BRASIL, 11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, Relatório Final, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Reimpressão. Série Histórica do CNS, nº 2, Brasília, 2001.

QUADRO 01 - COMPARATIVO DAS POLITICAS DE SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE Título 8º - Das Disposições Geraes, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros	COMPETÊNCIA		
			União	Estados	Municípios
25/03/1824	Constituição Política do Império do Brasil, jurada por Sua Magestade o Imperador D. Pedro I	... Art. 179 A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império; pela maneira seguinte ... XXXI – A Constituição também garante os socorros públicos.	Nenhuma responsabilidade do Estado definida constitucionalmente, sobre saúde. A expressão "socorros públicos" tratava especialmente das situações de calamidade pública.		
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA		
24/02/1891	Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em Congresso Constituinte	Nenhum Direito Social foi garantido	Nenhuma responsabilidade do Estado definida constitucionalmente sobre saúde.		

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA			
			União	Estados	Municípios	
16/07/1934	Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada por Assembleia Nacional Constituinte	Título IV – Da Ordem Econômica e Social	...	Art. 121. A Lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a protecção social do trabalhador e os interesses economicos do paiz. § 1º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que collimem melhorar as condições do trabalhador: ... h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e á gestante , assegurando a esta descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de accidentes do trabalho ou de morte; ... Art. 138. Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: ... f) adoptar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis ; e de hygiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis ; g) cuidar da hygiene mental e incentivar a lucta contra os venenos sociaes. ²⁴		

²⁴ Mantida a ortografia original.

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE Da Organização Nacional	COMPETÊNCIA		
			União	Estados	Municípios
10/11/1937	Constituição dos Estados Unidos do Brasil, decretada por Getúlio Vargas		... Art. 16 Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias: ... XXVII – normas fundamentais da defesa e proteção da saúde , especialmente da saúde da criança.		
Continua...			Art. 17 – Nas matérias de competência exclusiva da União, a lei poderá delegar aos Estados a faculdade de legislar, seja para regular a matéria, seja para suprir as lacunas da legislação federal, quando se trate de questão que interesse, de maneira predominantemente, a um ou alguns Estados. Nesse caso, a lei votada pela Assembléia Estadual só entrará em vigor mediante aprovação do Governo Federal.		
Continua...			Art. 18 – Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhe as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta os regule, sobre os seguintes assuntos: ... c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fonte medicinais; ... e) medidas de polícia para a proteção das plantas e dos rebanhos contra as moléstias ou agentes nocivos;		

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE Da Ordem Econômica e Social		
Continua...		<p>...</p> <p>Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos:</p> <p>...</p> <p>k) proibição do trabalho a menores de quatorze anos; de trabalho noturno a menores de dezesseis e, em indústrias insalubres, a menores de dezoito anos e a mulheres;</p> <p>l) assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto;</p> <p>m) a instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidentes do trabalho;</p>		
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA	
			União	Estados Municípios
18/09/1946	Constituição dos Estados Unidos do Brasil, promulgada pela Mesa da Assembléia Constituinte	Título I – Da Organização Federal, Capítulo I, Disposições Preliminares	<p>"Art. 5º - Compete à União:</p> <p>...</p> <p>XV – Legislar sobre:</p> <p>...</p> <p>b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;</p>	<p>"Art. 6º - A competência federal para legislar sobre as matérias do art. 5º, nº XV, letras b, c, d, f, h, j, l, o e r, não exclui a legislação estadual supletiva ou complementar."</p>
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE Título V – Da Ordem Econômica e Social		
Continua...		<p>...</p> <p>Art. 157. A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores:</p> <p>...</p> <p>VIII – higiene e segurança do trabalho;</p> <p>IX – proibição de trabalho a menores de quatorze anos; em indústrias insalubres, a mulheres e a menores dezoito anos; e de trabalho noturno a menores de dezoito anos, respeitadas, em qualquer caso, as condições estabelecidas em lei e as exceções admitidas pelo juiz competente;</p> <p>...</p> <p>XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;</p>		

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA		
			União	Estados	Municípios
24/01/1967	Constituição do Brasil, promulgada pelo Congresso Nacional	Título I, Da Organização Nacional, Capítulo II, Da Competência da União	"Art. 8º - Compete à União: ... XIV – estabelecer planos nacionais de educação e saúde ; ... XVII – Legislar sobre: ... c) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde ; e de regime penitenciário;	"Art. 8º § 2º - A competência da União não exclui a dos Estados par legislar supletivamente sobre as matérias das letras c, d, e, n, q e v do item XVII, respeitada a lei federal.	
Continua...			"Art. 9º - À União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios é vedado: ... II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício; ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de interesse público, notadamente nos setores educacional, assistencial e hospitalar ;"		
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE Título III – Da Ordem Econômica e Social			
Continua...		... Art. 158. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social: ... IX – higiene e segurança do trabalho; X – proibição de trabalho a menores de doze anos e de trabalho noturno a menores dezoito anos, em indústrias insalubres a estes e às mulheres ; ... XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva ;			

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA		
			União	Estados	Municípios
4/10/1969	Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada pelos Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica	Título I, Da Organização Nacional, Capítulo II, da UNIÃO.	<p>Art. 8º - Compete à União:</p> <p>...</p> <p>XIV – estabelecer e executar <i>planos nacionais</i> de educação e de saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento;</p> <p>...</p> <p>XVII – Legislar sobre:</p> <p>...</p> <p>c) normas gerais sobre orçamento, despesas e gestão patrimonial e financeira de natureza pública; taxa judiciária, custas e emolumentos remuneratórios dos serviços forenses, de registros públicos e notariais; de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;</p>	<p>Art. 8º ...</p> <p>...</p> <p>Parágrafo único – A competência da União não exclui a dos Estados par legislar supletivamente sobre as matérias das alíneas c, d, e, n, q e v do item XVII, respeitada a lei federal.</p>	
Continua...			<p>"Art. 9º - À União, aos Estados, ao Distrito Federal, aos Territórios e aos Municípios é vedado:</p> <p>...</p> <p>II – estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de interesse público, na forma e nos limites da lei federal, notadamente no setor educacional, no assistencial e no hospitalar;"</p>		

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIAS		
			União	Estados	Municípios
Continua...		Título I, Da Organização Nacional, Capítulo V – Do Sistema Tributário	... Art. 25. Do produto da Arrecadação dos impostos mencionados nos itens IV e V do art. 21, a União distribuirá 33% (trinta e três por cento) na forma seguinte: ... II – 17% (dezessete por cento) ao Fundo de Participação dos Municípios;		Art. 25 § 4º Os Municípios aplicarão, em programas de saúde, 6,0% (seis por cento) do valor que lhes for creditado por força do disposto no item II.
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE Título III – Da Ordem Econômica e Social			
Continua...		... Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social: ... IX – higiene e segurança do trabalho; X – proibição de trabalho , em indústrias insalubres , a mulheres e menores de dezoito anos, de trabalho noturno a menores dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de doze anos; ... XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva ;			

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE				
05/10/1988	Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada por Assembléia Constituinte	Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II, Dos Direitos Sociais.	Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde , o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância , a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.			
			Art. 7º - São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: ... IV – salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde , lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação par qualquer fim; ... XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;			
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA			
			União	Estados	Distrito Federal	Municípios
Continua...		Título III - Da Organização do Estado, Capítulo II, Da União	Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: ... II – cuidar da saúde e assistência pública , da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;			
			Art. 24. Compete à União, aos Estados, e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: ... XII – previdência social, proteção e defesa da saúde ;			

DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIAS		
			União	Estados	Municípios
Continua...		Título III - Da Organização do Estado, Capítulo IV, Dos Municípios:			... Art. 30 – Compete aos municípios: ... VII – Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	COMPETÊNCIA		
			União	Estados	Municípios
Continua...		Título III – Da Organização do Estado, Capítulo VI, Da Intervenção:	Art. 34. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: ... VII – assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: ... b) direitos da pessoa humana; ... e) aplicação do mínimo exigido da receita de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde .		
Continua...			Art. 35. O Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território exceto quando: ... III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde ;		

DATA	CONSTITUIÇÃO	JUSTIÇA	FUNÇÕES		
			MINISTÉRIO PÚBLICO		
Continua...		Título IV - Da Organização dos Poderes, Capítulo IV, Das Funções Essenciais à Justiça, Seção I, Do Ministério Público	<p>...</p> <p>Art. 129. São funções institucionais do Ministério público:</p> <p>...</p> <p>II – Zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância Pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia;</p>		
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	DA REPARTIÇÃO DE RECEITA TRIBUTÁRIA		
			UNIÃO		
		Título VI - Da Tributação e do Orçamento, Capítulo I, Do Sistema Tributário Nacional, Seção VI Da Repartição das Receitas Tributárias	<p>Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta Seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.</p>		
			UNIÃO	ESTADOS	
			<p><i>Parágrafo único.</i> A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:</p> <p>...</p> <p>II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.</p>		
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE	DA REPARTIÇÃO DE RECEITA TRIBUTÁRIA		
			UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
Continua...		Título VI - Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II, Das Finanças Públicas, Seção II, Dos Orçamentos	<p>Art. 167. São vedados:</p> <p>...</p> <p>IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para <i>as ações e serviços públicos de saúde</i> e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198 § 2º e 212 e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem assim o disposto no § 4º deste artigo;</p>		

DATA	CONSTITUIÇÃO	DA SEGURIDA DE SOCIAL Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção I, Das Disposições Gerais
Continua...		<p>Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.</p> <p>...</p> <p>Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:</p> <p>I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:</p> <p>a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;</p> <p>b) a receita ou faturamento;</p> <p>c) o lucro;</p> <p>II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;</p> <p>III – sobre a receita de concursos de prognósticos.</p> <p>...</p> <p>§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.</p> <p>...</p> <p>§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos.</p>
DATA	CONSTITUIÇÃO	DA SAÚDE COMO DIREITO Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II
Continua...		<p>Art. 196. 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.</p>
		AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE COMO AÇÕES E SERVIÇOS DE RELEVÂNCIA PÚBLICA
		<p>Art. 197. 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.</p>

DATA	CONSTITUIÇÃO	DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Continua...		<p>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:</p> <p>I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III – participação da comunidade.</p>
DATA	CONSTITUIÇÃO	FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Continua...		<p>§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.</p> <p>§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:</p> <p>I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;</p> <p>II – no caso dos <i>Estados</i> e do <i>Distrito Federal</i>, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea <i>a</i>, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;</p> <p>III – no caso dos <i>Municípios</i> e do <i>Distrito Federal</i>, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea <i>b</i> e § 3º."</p> <p>§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:</p> <p>I – os percentuais de que trata o § 2º;</p> <p>II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;</p> <p>III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;</p> <p>IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.</p>
DATA	CONSTITUIÇÃO	DA PARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADAS
Continua...		<p>Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</p> <p>§ 1º As instituições privadas poderão participar <i>de forma complementar</i> do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.</p>

DATA	CONSTITUIÇÃO	COMPETÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Continua...		<p>Art. 200. Ao sistema único de saúde compete:</p> <p>I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;</p> <p>II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;</p> <p>III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;</p> <p>IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;</p> <p>V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;</p> <p>VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;</p> <p>VII – participar do controle e da fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;</p> <p>VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.</p>
DATA	CONSTITUIÇÃO	SAÚDE CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Continua...		<p>...</p> <p>Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los à salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.</p> <p>§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não-governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:</p> <p>I – aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;</p> <p>II- criação de programas de prevenção e atendimento especializado par os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.</p> <p>...</p> <p>§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:</p> <p>...</p> <p>VII – programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.</p>

DATA	CONSTITUIÇÃO	FINANCIAMENTO DA SAÚDE Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)
Continua...		<p>...</p> <p>Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde.</p> <p>...</p> <p>Art. 74. A União poderá instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.</p> <p>§ 1º A alíquota da contribuição de que trata este artigo não excederá a vinte e cinco centésimos por cento, facultado ao Poder Executivo reduzi-la ou restabelece-la, total ou parcialmente, nas condições e limites fixados em lei.</p> <p>§ 2º À contribuição de que trata este artigo não se aplica o disposto nos arts. 153, § 5º, e 154, I, da Constituição.</p> <p>§ 3º O produto da arrecadação da contribuição de que trata este artigo <i>será destinada integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde.</i></p> <p>§ 4º A contribuição de que trata este artigo terá sua exigibilidade subordinada ao disposto no art. 195, § 6º, da Constituição, e não poderá ser cobrada por prazo superior a dois anos.</p>
		<p>Art. 75. É prorrogada, por trinta e seis meses, a cobrança da contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira de que trata o art. 74, instituída pela Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996, modificada pela Lei nº 9.539, de 12 de dezembro de 1997, cuja vigência é também prorrogada por idêntico prazo.</p> <p>§ 1º Observado o disposto no § 6º do art. 195, § 6º, da Constituição Federal, a alíquota da contribuição será de trinta e oito centésimos por cento, nos primeiros doze meses, e de trinta centésimos, nos meses subsequentes, facultado ao Poder Executivo reduzi-la total ou parcialmente, nos limites aqui definidos.</p> <p>§ 2º O resultado do aumento da arrecadação, decorrente da alteração da alíquota, nos exercícios financeiros de 1999, 2000 e 2001, será destinado ao custeio da previdência social.</p> <p>§ 3º É a União autorizada a emitir títulos da dívida pública interna, cujos recursos serão destinados ao custeio da saúde e da previdência social, em montante equivalente ao produto da arrecadação da contribuição, prevista e não realizada em 1999.</p>

DATA	CONSTITUIÇÃO	FINACIAMENTO
Continua...		<p>...</p> <p>Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:</p> <p>I – no caso da União:</p> <p>a) no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;</p> <p>b) no ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB.</p> <p>II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, incisos I “a” e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios;</p> <p>III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, incisos I “b” e § 3º.</p> <p>§1º Os Estados, o Distrito Federal e Municípios que aplicarem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.</p> <p>§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.</p> <p>§ 3º 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.</p> <p>§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.</p>

Elaboração: Conceição Aparecida Pereira Rezende

Fonte: SENADO FEDERAL, *Constituição da República Federativa do Brasil (de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946 e 1967 e suas alterações)*, 5ª Edição, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2º volume, Brasília, 1986.

Título II

Dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS

O objetivo deste texto é registrar para os membros do Ministério Público e para os Magistrados, a gênese e a importância dos princípios que fundamentaram a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil e a sua relação com a prática das ações governamentais no setor saúde e nas outras políticas públicas que promovem a boa qualidade de vida, consideradas como fator de redução de riscos e agravos para a saúde.

Dito de outro modo, é possível operar um bom acompanhamento do Sistema Nacional de Saúde e de seus sub-sistemas Estaduais e Municipais, a partir da verificação do respeito, pelos governantes, dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica da Saúde.

A leitura atenta do Título I, "Panorama da História da Reforma Sanitária Brasileira" nos dá a dimensão da importância dos "princípios e diretrizes do SUS", como são denominados pelos defensores da "Reforma Sanitária" ocorrida na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Serão analisados aqueles estabelecidos pela Constituição, outros acrescentados pela Lei Orgânica da Saúde, e ainda aqueles que, mesmo sem serem explicitados na norma, constituíram-se em idéias que norteiam a formulação da política de saúde.

Importa esclarecer, que a proposta inicial do texto constitucional no que respeita a saúde, assim como, da proposta da Lei nº 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde, foi elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que contou com a representação e participação efetiva de profissionais de saúde, incluindo os da academia e profissionais de outras áreas do conhecimento, como das ciências políticas e sociais, que conheciam muito bem a situação da saúde, desde a sua organização institucional até os indicadores básicos de saúde da população e os sócio-econômicos. Participaram também, representantes de usuários dos serviços de saúde, que conheciam, perfeitamente, a oferta de serviços, o seu modo de funcionamento, as suas debilidades e o seu potencial. São exemplo dessa participação, os representantes das centrais sindicais, das confederações e federações de trabalhadores. E ainda, representantes de órgãos governamentais como os ministérios, institutos e fundações, de prestadores de serviços de saúde, dos secretários de saúde, de representantes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados.

Tal como ocorreu o processo constituinte, na época, não foi possível uma ampla participação dos operadores do direito no processo de elaboração das proposições setoriais. Na densa disputa política entre os diferentes projetos apresentados para o debate, quaisquer mudanças significavam uma grande desconfiança e longos períodos de negociação. Talvez, por isto, em alguns aspectos, não tenha sido adotada, no texto constitucional, a melhor técnica legislativa e a melhor redação. No entanto, a legitimidade do processo constituinte e do movimento pela reforma sanitária, constitui-se na melhor garantia da operacionalização de seus ideais. Ou seja, de seus *princípios e diretrizes*.

Os "princípios" constituem-se na origem da concepção de um sistema e nos fundamentos da ação administrativa. Arquitetar e sistematizar os princípios do SUS

significou construir uma metodologia em que se analisavam os mais variados aspectos das ações e serviços de saúde existentes, tais como, a sua concepção, o modelo de gestão adotado, a ideologia dominante para a sua organização. Para cada situação-problema identificada, do ponto de vista mais geral, adotavam-se "expressões" que davam sentido às principais idéias-força unificadoras dos ideais que fizeram acontecer, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, a estas sínteses, chamavam-se *princípios*.

Os *princípios* são um conjunto de proposições que alicerçam ou embasam um sistema e lhe confere legitimidade. Traduzem uma concepção, apontam para a ação, para o objetivo, norteiam a operacionalização e a implementação de ações no serviço público e nos serviços privados de relevância pública. Definem o fazer da administração pública. Direcionam os atos administrativos. São ponto de partida e base de referência para o controle social do Sistema Único de Saúde.

Os debates apontavam para que os princípios e diretrizes do SUS significassem, quase "por si", o novo projeto para a política de saúde para o Brasil, como veremos adiante.

A Constituição Federal, em seu art. 37, preceitua que a Administração pública, tanto a direta como a indireta, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados-Membros, do Distrito Federal e dos Municípios, obedeça aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Além destes, existem outros, específicos para o Sistema de Saúde. De forma direta, aplicam-se estes princípios basilares da administração pública à gestão do SUS, já que o setor saúde possui *autonomia de gestão* diante do conjunto da administração das três esferas de governo, por serem os gestores do SUS, os gestores dos respectivos fundos de saúde.

Os incisos I, II e III do art. 198 da Constituição Federal estabelecem, expressamente, como *diretrizes* do sistema único de saúde, a *descentralização*, o *atendimento integral* e a *participação da comunidade*. No *caput* do artigo, estão princípios não registrados explicitamente como tais. São eles: a *saúde como direito de todos e dever do Estado*; a *regionalização* e a *hierarquização* das ações e serviços de saúde; e, a *unicidade* do sistema de saúde. Estes princípios foram explicitados, posteriormente, na Lei Orgânica da Saúde – LOS.

A Lei Orgânica da Saúde²⁵ reservou um capítulo para tratar dos princípios e diretrizes do SUS. Estabelece que, além das *diretrizes* constitucionais, as ações e serviços de saúde, públicos e privados, devem obedecer aos seguintes *princípios*: a *universalidade de acesso*; a *integralidade de assistência*; a *preservação da autonomia das pessoas*; a *igualdade*; o *direito à informação*; a *divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário*; a *utilização da epidemiologia para o planejamento das ações*; a *participação da comunidade*; a *descentralização político-administrativa*, com *direção única* em cada esfera de governo, sendo que, neste caso, dá-se ênfase na *descentralização dos serviços para os municípios* e na *regionalização e hierarquização* da rede de serviços de saúde; a *integração* das ações de saúde, meio

²⁵ Capítulo II, Art. 7º, da Lei nº 8.080/90.

ambiente e saneamento básico; a *conjugação de todos os recursos* das três esferas de governo; a *resolubilidade*; e, *evitar duplicidade* de meios para fins idênticos.

A Lei, ao estabelecer que, “além das *diretrizes* constitucionais, as ações e serviços de saúde, públicos e privados, devem obedecer aos seguintes *princípios*...”, vincula um termo ao outro e reforça, para o setor saúde, a valorização da expressão “princípios e diretrizes” com estes termos, quase sempre, sendo utilizados juntos e em sentido complementar. O art. 7º da Lei inclui como *princípio*, as diretrizes constitucionais de *descentralização*, de *integralidade da assistência à saúde*, de *participação da comunidade*, *regionalização*, *hierarquização* e a *gestão única do sistema*.

Para uns, os princípios e diretrizes são adotados como sinônimos. Para outros, os princípios dizem respeito à política de saúde em si, enquanto organização da atenção à saúde propriamente dita, e as diretrizes referem-se ao modo como deve ser feita a gestão do sistema de saúde. A Lei 8.080/90, adota como princípios, por exemplo, a descentralização político-administrativa e a descentralização dos serviços para o município. A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece que a “saúde é *direito de todos* e dever do Estado”. Do nosso ponto de vista, um princípio. A Lei orgânica da Saúde institui o princípio da *universalidade* do acesso.

Neste trabalho, serão tratados separadamente, como *princípios*, os termos ou as expressões insertas na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica da Saúde (assim chamada a Lei nº 8.080/90 e a Lei 8.142/90), que significam as bases centrais da política de atenção à saúde e da gestão do sistema de saúde (modo de operar). Em alguns casos, o mesmo termo ou a mesma expressão será adotada como princípio da política de saúde e princípio da gestão do sistema. Além disto, para facilitar a ação do Ministério Público e da Magistratura, apontaremos alguns problemas objetivos quando estes princípios não são considerados.

São *princípios* da política de atenção à saúde no SUS:

A SAÚDE COMO DIREITO:

*“a saúde é um **direito fundamental do ser humano**, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva”²⁶. “A União não intervirá **nos Estados nem no Distrito Federal**, exceto para assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: ...direitos da pessoa humana.”²⁷*

Para ilustrar a importância deste princípio para o sistema de saúde brasileiro, vale lembrar o funcionamento do sistema de saúde vigente em quase todo o século passado, observando que as ações e serviços de saúde eram considerados apenas como pontuais

²⁶ Art. 2º e § 1º da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) e Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil. 1998.

²⁷ Art. 34, VII, alínea "b" – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

benefícios concedidos pela Previdência Social conforme a organização política, social e econômica dos diferentes segmentos da classe trabalhadora, tais como, os ferroviários, empregados dos serviços públicos (de transporte, de luz, força, telégrafos, telefones, portos, água, esgotos), marítimos, bancários, industriários, empregados em transporte de cargas, servidores do Estado e comerciários. Os trabalhadores que não contribuíam com a Previdência Social, por estarem desempregados ou que eram portadores de deficiência e estavam fora do mercado de trabalho, não tinham acesso aos serviços de saúde, a não ser como pagante individual ou como indigente. Eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia, por congregações religiosas, a exemplo dos camilianos, dominicanos, vicentinos, entre outros, como grupos espíritas, e ainda, por sociedades estrangeiras de beneficência e benemerência, como as portuguesas, as espanholas e as francesas.

Registre-se ainda, que no início do século XX, nem mesmo os empregados que possuíam Previdência Social, tinham sempre acesso a serviços de saúde. Algumas Caixas ou Institutos exigiam pagamento de cota específica para a assistência à saúde. Tinha acesso quem pagava para isto. Outros, exigiam longos períodos de carência para que o trabalhador, mesmo empregado, tivesse acesso aos benefícios. Somente em 1966, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que era um órgão executivo da Previdência Social, integrante do Ministério do Trabalho e Assistência Social, é que todos os trabalhadores empregados, passaram a ter, com relação à saúde, os mesmos benefícios previdenciários.

Além do princípio que concebe a saúde como direito, a Constituição Brasileira de 1988, qualificou o direito à saúde incluindo-o no conjunto dos Direitos Sociais²⁸.

O que significa isto? Para a *administração pública*, a responsabilidade de elaborar programas operacionais que garantam que a atenção à saúde de toda a população habitante na área de abrangência de sua competência esteja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais. Para a *população*, significa a possibilidade de exigir, individual ou coletivamente, a consecução desse direito junto ao *Poder Judiciário* e ao *Ministério Público*, sempre que ele for negado.

A UNICIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE:

“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, com “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”²⁹

Como pode ser verificado no Título I, mesmo com a unificação dos IAPs em 1966 e com a promulgação da Constituição Federal em 1988, as ações e serviços de Saúde no Brasil, continuaram sendo operadas por uma multiplicidade muito grande de órgãos, tais como, o Ministério da Saúde, a Fundação Serviços de Saúde Pública – FSESP, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, a Fundação Nacional de

²⁸ Art. 6º da Constituição Federal. Brasil, 1998.

²⁹ Art. 198 da Constituição Federal. Brasil, 1998, e Art. 7º, XIII da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

Saúde - FUNASA, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, o Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS e LBA), o Ministério do Trabalho, os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios.

Este modelo de organização de ações e serviços de saúde não funcionou/a, trazendo inúmeros prejuízos econômicos, sociais, organizativos e tecnológicos, além das tradicionais disputas políticas entre seus dirigentes e entre os gestores das três esferas de governo, o que impede até hoje, a integração e a hierarquização plena das ações e serviços, assim como, a organização de um sistema de atenção integral com fluxo fácil para todos eles. Daí, no processo de reforma sanitária, a grande mobilização pela unicidade do sistema, com comando único em cada esfera de governo, numa contraposição ao modelo de saúde vigente até 1988 e seus resquícios atuais. Atualmente, apesar da extinção de vários órgãos prestadores de serviços de saúde, tais como a FSESP, a SUCAM, o INAM, a LBA e o INAMPS, não foi possível ainda, extinguir a FUNASA, além da criação recente de duas Agências Reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde.

Pelo princípio da unicidade do sistema, é indicado que as ações e serviços de saúde operacionalizados por vários ministérios, institutos, fundações, autarquias e agências, sejam vinculados à administração direta de cada uma das três esferas de governo, respectivamente, compatibilizadas ainda, com as competências e atribuições da gestão de cada esfera.

A UNIVERSALIDADE:

*“a saúde é direito de **todos** e dever do Estado”³⁰.*

Todos os brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil, devem ter

“acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência”³¹,

sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente de vínculo previdenciário ou qualquer tipo de seguro-saúde.

Este princípio está diretamente ligado ao princípio da SAÚDE COMO DIREITO e suas conseqüências institucionais e jurídicas são idênticas.

É um princípio que trata da possibilidade de atenção a saúde a todos os brasileiros, conforme a necessidade. Obviamente que todas as pessoas, a um só tempo, não utilizam as ações e serviços de saúde de um determinado sistema. O que se estabelece, no entanto, é que a administração pública adote instrumentos técnicos de planejamento de tal modo que sejam realizados estudos epidemiológicos situacionais e apresentadas propostas concretas de solução dos problemas existentes em cada comunidade. A falta de identificação e tratamento dos problemas corretamente, gera desperdício de toda ordem e

³⁰ Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, 1998.

³¹ Art. 7º, I da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

ampliação dos mesmos. O planejamento é uma obrigação do administrador/gestor público. É tarefa dos Conselhos de Saúde exigir a sua elaboração, opinar sobre as propostas e aprovar o Plano Municipal de Saúde. Quando os Promotores Públicos acompanham o funcionamento do sistema de saúde, fica fácil identificar as falhas para exigir a correção de rumos, antes da população ser obrigada a exigir, na Justiça, os seus direitos individuais sobre o acesso aos serviços de saúde.

A INTEGRALIDADE DE ASSISTÊNCIA:

“entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”³². O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando exposto a qualquer tipo de doença ou agravo.

Antes da Constituição Federal de 1988, como já se viu, as ações e serviços de saúde oferecidos pela Previdência Social eram reduzidos, praticamente, a alguns procedimentos médicos e odontológicos, ambulatoriais e hospitalares, com a distribuição de alguns medicamentos aos "mais carentes". A integralidade de assistência significa que o cidadão tem o direito de ser atendido e assistido sempre que necessitar, em qualquer situação de risco ou agravo (doença), utilizando ou não insumos, medicamentos, equipamentos, entre outros. Ou seja, o que define o atendimento deve ser a necessidade das pessoas.

Por este princípio, é inconcebível, no SUS, algumas perguntas tais como: o SUS atende idosos? O SUS faz cirurgia do coração? O SUS faz parto? Atende câncer? Faz tomografias? Fornece medicamentos? Faz dentadura? Coloca aparelho nos dentes?

De acordo com os princípios constitucionais, a reorganização da atenção à saúde é objetivo *finalístico* do sistema de saúde. Pressupõe a produção de ações e serviços de saúde a partir da conjugação de saberes e técnicas, que incorpora uma dimensão política explicitada pelo embate de diferentes interesses, de distintos atores sociais (usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde) e uma dimensão ideológica por partir de uma concepção ampliada de saúde e de um novo "paradigma sanitário" orientado pela dignificação da vida e pela conquista da cidadania.

Além da garantia de acesso às ações de saúde setoriais, ter saúde significa muito mais. Significa qualidade de vida. Por isto, a necessidade do cuidado pelo desenvolvimento de outras políticas de governo que melhorem a qualidade de vida das comunidades.

A IGUALDADE:

“da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.”³³

³² Art. 198, II da Constituição Federal, Brasil, 1998 e Art. 7º, II da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

³³ Art. 196 da Constituição Federal, Brasil, 1998 e Art. 7º, IV da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

O poder público deve oferecer condição de atendimento igual para todos. O que deve determinar o tipo e a prioridade para o atendimento é a necessidade das pessoas, por demanda própria ou identificadas pelo sistema de saúde e o grau de complexidade da doença ou agravo, e não a condição sócio-econômica dos usuários, ou outros critérios particulares.

Este princípio é de extrema importância na saúde porque trata da essência da dignidade da pessoa humana. A história da saúde pública no Brasil mostra que o cidadão brasileiro, que não podia financiar o seu "tratamento de saúde", durante séculos, foi tratado como indigente. Quando algum benefício previdenciário era concedido, as autoridades políticas o tomavam como "favor pessoal", tal como a justificativa ao Projeto de Lei do Deputado Eloy Chaves, que propunha a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões, em 1923, para os ferroviários:

"Procurei evitar o auxílio demasiado aos inativos, ampliando aos verdadeiramente inválidos. Diminui progressivamente a importância das aposentadorias à medida que aumentavam os ordenados. Garanti ao empregado ferroviário esses favores de aposentadoria, qualquer que seja seu tempo de serviço, desde que fique incapacitado de exercer seu emprego por acidente havido no exercício do mesmo emprego."

Temos lamentavelmente, até hoje, uma "cultura do favor", pela qual os direitos assegurados pelo Estado são tidos e havidos como favores prestados/recebidos, e ainda, que "favores" são prestados a alguém que, logicamente, não merecem respeito... Não é um cidadão.

É tarefa do gestor do sistema de saúde providenciar as condições, não só para a prestação de serviços de saúde, mas também, condições que ofereçam dignidade aos seus usuários. Estas condições vão desde a garantia de acesso, até o modo pelo qual os serviços de saúde acolhem aos seus usuários.

Mas é tarefa também de toda a sociedade cuidar para que o processo de construção de cidadania não sofra retrocessos e nem concessões.

Grande atenção deve ser dirigida também aos serviços conveniados e contratados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. São freqüentes as histórias de "separação de ambientes" de espera/recepção para usuários "pagantes", "não-pagantes" (SUS) e dos seguros privados. A utilização de equipamentos novos para os "pagantes" e "velhos" para os usuários do SUS. A fila de espera para o usuário do SUS e a agenda diária para os pagantes. Existem situações que, por si mesmas agravam o quadro de saúde dos usuários. Não se pode esquecer, que os usuários, em situação de fragilidade de sua saúde, estão em condição desfavorável para o enfrentamento de adversidade. A interferência do Ministério Público, no sentido de não minimizar as condições de acolhimento ao usuário, em detrimento da oferta de serviço, terá uma função de alto valor humanístico para o sistema de saúde.

A “PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA *das pessoas na defesa de sua integridade física e moral*”.³⁴

A ética dos serviços de saúde deve ser a de proteger e cuidar de seus usuários contra qualquer adversidade, enquanto freqüentam os serviços de saúde. Além disto, atendê-los, tratá-los, orientá-los, curá-los e fortalecê-los para a vida. Alguns dos objetivos dos serviços de saúde são a sua reabilitação física, para que retomem a sua capacidade de mobilizar-se, auto-cuidar-se, conviver, produzir, amar, divertir-se, viver e ser feliz.

“O DIREITO À INFORMAÇÃO *às pessoas assistidas sobre sua saúde*”.³⁵

Os usuários do sistema de saúde têm o direito de se informarem sobre tudo o que está ocorrendo com sua saúde, quando estiverem em situação de atendimento ou tratamento. Além disto, a qualquer tempo, podem ter acesso aos registros de seus prontuários de atendimento. Têm, portanto, o direito de se informarem sobre as hipóteses diagnósticas de seus males. Direito de informação sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. Têm direito ainda de serem orientados e esclarecidos sobre os benefícios e os riscos de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos possíveis de serem adotados nas diferentes situações.

“A DESCENTRALIZAÇÃO *dos serviços para os municípios*”.³⁶

*“Compete aos municípios: ... organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial; ... prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.”*³⁷

O modelo de organização da atenção à saúde concebido no momento da elaboração da atual Constituição era incompatível com processos centralizados de gerência de ações e serviços de saúde. A descentralização da atenção à saúde, além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos da administração pública.

A experiência ultra-centralizadora de ações e serviços de saúde vivida Brasil, na qual grande parte dos serviços eram Federais ou Estaduais, mostrou que estes serviços tiveram ao longo dos anos, um planejamento normativo, relações de trabalho burocratizadas e vínculos frágeis dos trabalhadores com seus gerentes, ausências constantes de suas direções, e, a conseqüente desvinculação dos serviços com a comunidade à qual serviam.

³⁴ Art. 7º, III da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

³⁵ Art. 7º, V da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

³⁶ Art. 7º, IX, alínea “a” da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

³⁷ Art. 30, V e VII da Constituição Federal, Brasil, 1988.

Apesar da pequena experiência de implementação do SUS e dos ranços de centralismo ainda existentes na máquina pública, as experiências de descentralização pela implantação dos sistemas locais de saúde, têm representado a confirmação do acerto do movimento pela reforma sanitária e dos constituintes de 1988.

"A REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO da rede de serviços de saúde"³⁸ e "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede REGIONALIZADA e HIERARQUIZADA e constituem um SISTEMA ÚNICO, organizado..."³⁹

"As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma REGIONALIZADA e HIERARQUIZADA em níveis de complexidade crescente".⁴⁰

A organização da rede de ações e serviços de saúde, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, distribuída geograficamente, deve considerar, pelo menos, a distribuição da população nas regiões, a realidade epidemiológica e social de cada uma, e os meios de locomoção e transporte existentes, para que seja garantido o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços.

Este princípio contrapõe-se ao modelo anterior de centralização dos serviços de saúde da União e dos Estados, em sua maior parte, nas grandes capitais e uma grande concentração de tecnologia em um mesmo estabelecimento. A hierarquização dos serviços ocorria dentro do mesmo estabelecimento, quase sempre fechado hermeticamente para o sistema local. São exemplos os grandes hospitais, que possuem os seus ambulatórios, os seus equipamentos de apoio ao diagnóstico, centros-cirúrgicos e que, ao invés de serem referência de atendimento especializado para o sistema de saúde, passaram a ser a porta de entrada do seu próprio sub-sistema e o fim, em si mesmo, das ações e serviços de saúde, sem dialogar com a rede de saúde local.

A RESOLUBILIDADE:

"capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência."⁴¹

Este princípio aponta para que o sistema de saúde, que deve ser composto por uma rede de ações e serviços organizados de forma hierarquizada, seja resolutivo. Que seja ordenado de tal maneira que as suas equipes de trabalho, bem assim os seus usuários, sejam capazes de identificar a sua utilidade prática e a sua missão institucional no sistema, e que, se acaso uma determinada unidade da rede não tiver condições de solucionar uma dada situação, ela saiba exatamente onde resolver e seja capaz de entrar em contacto, encaminhar, viabilizar o acesso do usuário, ter resposta satisfatória por parte do usuário e tê-lo de volta reencaminhado ao território de referência com seu problema solucionado.

³⁸ Art. 7º, IX, alínea "b", da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

³⁹ Art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, 1998.

⁴⁰ Art. 8º da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁴¹ Art. 7º, XII da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS)

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: É a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade com o estabelecimento de vínculo entre as equipes de saúde e a população. Consiste no atendimento das pessoas que buscam um determinado serviço de saúde, com a decisão de acolher, escutar e dar resposta positiva na solução dos seus problemas de saúde. Implica o compromisso de todos os atores envolvidos no sistema: gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e dos próprios usuários. Essencialmente, a humanização do atendimento expressa-se por relações estabelecidas sob parâmetros humanitários, de solidariedade e responsabilidade, que terminam por produzir satisfação pela qualidade dos serviços realizados.

A INTERSETORIALIDADE:

“INTEGRAÇÃO, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, com organização dos serviços públicos de modo a EVITAR DUPLICIDADE de meios para fins idênticos”⁴²

O direito de todos à saúde deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas⁴³ que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde. A Lei Orgânica da Saúde define como fatores determinantes e condicionantes da saúde⁴⁴, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem estar físico, mental e social.

Estas ações são planejadas e executadas pelo conjunto de órgãos do governo, com a colaboração do setor saúde, mas com recursos específicos e são consideradas “ações intersetoriais de saúde”.

O gestor da saúde não é o gestor dessas políticas, mas deve participar da sua formulação e execução, colaborando na definição das estratégias de atuação desses setores, especialmente, pela identificação e divulgação dos indicadores de saúde originários da avaliação da influência daquelas estratégias sobre a saúde da população. Existem situações para as quais uma ação setorial isolada é custosa e não soluciona o problema satisfatoriamente, como por exemplo, as políticas de atenção ao idoso, à criança e ao adolescente, o atendimento às pessoas submetidas a situações de violência, entre outros.

O Gestor da Saúde, tem função importantíssima, dentre o conjunto de gestores que compõem os governos (da União, dos Estados e dos Municípios), porque detém informações privilegiadas sobre as condições de vida e saúde da população. Por isto, tem a obrigação de divulgá-las e discuti-las com o conjunto da administração pública. Deve influenciar os Governos na implementação de políticas que melhorem os indicadores básicos de qualidade de vida e de saúde das pessoas, como prioridade. Isto significa

⁴² Art. 7º, X e XIII da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁴³ Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁴⁴ Art. 3º da Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

democratizar a administração pública, em prol da coletividade, em defesa da vida e pela eficiência dos gastos públicos.

A participação do Gestor do Sistema de Saúde no Planejamento de outras políticas públicas não pode ser casuística, com o fim de incluir como gastos com saúde despesas próprias do orçamento de outros setores da administração pública. Para fins orçamentários, as despesas com *ações intersetoriais de saúde* não podem ser incluídas nos gastos com saúde.

A maioria das políticas públicas, incluindo a política de segurança e lazer, quando não implementadas ou quando implementadas sem planejamento, de forma desordenada, sem avaliação de *indicadores específicos, sociais e epidemiológicos*, correm grande risco de não atenderem a padrões mínimos de efetividade e seus resultados nefastos repercutem diretamente na vida das pessoas e no sistema de saúde.

A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.⁴⁵ Democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização e a participação da comunidade nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com orientações para o efetivo auto-cuidado, para a incorporação de hábitos saudáveis e para a proteção do ambiente.

A legislação brasileira estabelece como *princípios* da gestão do SUS:

A "*DESCENTRALIZAÇÃO, com DIREÇÃO ÚNICA em cada esfera de governo*"⁴⁶ e a "*DESCENTRALIZAÇÃO político-administrativa, com DIREÇÃO ÚNICA em cada esfera de governo: a) ênfase na DESCENTRALIZAÇÃO dos serviços para os municípios.*"⁴⁷ E ainda, "*COMPETE AOS MUNICÍPIOS: ... prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.*"⁴⁸

"A DIREÇÃO do Sistema Único de Saúde (SUS) é ÚNICA",

de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal,

*"sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente."*⁴⁹

A REGIONALIZAÇÃO

⁴⁵ Art. 198, III da Constituição Federal, Brasil, 1998.

⁴⁶ Art. 198, I, da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁴⁷ Art. 7º, IX, alínea "a" da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

⁴⁸ Art. 30, VII da Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

⁴⁹ Art. 9º, I, II, III da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

"As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma REGIONALIZADA e HIERARQUIZADA em níveis de complexidade crescente".⁵⁰

Para facilitar a regionalização,

"... os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o PRINCÍPIO DA DIREÇÃO ÚNICA, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância."⁵¹

O FINANCIAMENTO SOLIDÁRIO

"A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de contribuições sociais..."⁵² "O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes"⁵³. "A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º."⁵⁴

Acrescente-se que,

"O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias."⁵⁵

A APLICAÇÃO MÍNIMA DE RECURSOS

"A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: ... aplicação do mínimo exigido da receita de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde."⁵⁶

⁵⁰ Art. 8º da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁵¹ § 1º do Art. 10 da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

⁵² Art. 195, da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁵³ §§ 1º a 3º e incisos do Art. 198 e Art. 77, I "a" e "b", II e III, §§ 1º a 4º dos ADCT da Constituição Brasileira, Brasil, 1988.

⁵⁴ Art. 198, §§ 1º e 2º, I, II e III – Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁵⁵ Art. 31 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁵⁶ Art. 34, VII, alínea "b", Título III – Da Organização do Estado, Capítulo VI, Da Intervenção - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

E ainda,

"o Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, exceto quando ... não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde."⁵⁷

"São vedados:... a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos art. 198 § 2º e 212..."⁵⁸

"Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

- no caso da União: no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; no ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB.*
- no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, incisos I "a" e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios;*
- no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, incisos I "b" e § 3º".*

"Os Estados, o Distrito Federal e Municípios que aplicarem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento."

"Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei."

"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."

"Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo."⁵⁹

O PLANEJAMENTO ASCENDENTE

⁵⁷ Art. 35, III, Título III – Da Organização do Estado, Capítulo VI, Da Intervenção – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁵⁸ Art. 167, IV, Título VI - Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II, Das Finanças Públicas, Seção II, Dos Orçamentos - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁵⁹ Art. 77, I alínea "a" e "b", II e III, § 1º a 4º - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

"o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ASCENDENTE, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União".⁶⁰

"A UTILIZAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática."⁶¹

"A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário"⁶²

A "INTEGRAÇÃO, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, com organização dos serviços públicos de modo a EVITAR DUPLICIDADE de meios para fins idênticos"⁶³.

A "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população."⁶⁴

"A seguridade social compreende 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."⁶⁵

"A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos."⁶⁶

O CONTROLE SOCIAL: é assegurado à sociedade interagir com o poder público, participar da formulação das políticas de saúde, discutir suas prioridades e fiscalizar a execução dessas políticas e a utilização dos recursos.

"O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde."⁶⁷

⁶⁰ Art. 36 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁶¹ Art. 7º, VII da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁶² Art. 7º, VI da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁶³ Art. 7º, X e XIII da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁶⁴ Art. 7º, XI da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁶⁵ Art. 194, Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção I, Das Disposições Gerais – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁶⁶ Art. 195, § 2º - Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção I, Das Disposições Gerais – Constituição da República Federativa do Brasil.

⁶⁷ Art. 1º, I e II da Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

"A CONFERÊNCIA DE SAÚDE reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde."⁶⁸ (grifo nosso).

"O CONSELHO DE SAÚDE, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo."⁶⁹ (grifo nosso).

As Conferências de Saúde devem ser o fórum máximo para o estabelecimento de diretrizes para as políticas de saúde a serem implementadas pela União, pelos Estados e pelos Municípios.

A responsabilidade pela implementação do SUS é dos gestores, mas é papel da sociedade definir as diretrizes do Sistema nas Conferências de Saúde, assim como é responsabilidade dos Conselhos de Saúde zelar pelo seu cumprimento e deliberar sobre a implementação dessas políticas em seu nível de atuação. Acompanhar e fiscalizar a sua execução, inclusive sobre seu orçamento (Plano de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e Plano Plurianual) e sobre os gastos financeiros com a saúde (analisar e aprovar a prestação de contas dos Fundos de Saúde, especialmente o Relatório de Gestão).

A participação da população, por meio dos conselhos, permite sua intervenção na gestão da saúde: é o controle social. Desta forma, os próprios cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender os seus interesses.

A participação da sociedade na implementação de políticas públicas é um bom indicador do grau de cidadania alcançado por uma determinada comunidade.

⁶⁸ § 1º da Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

⁶⁹ § 2º da Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Título III

Das Atribuições da União, dos Estados e dos Municípios, na Garantia do Direito à Saúde

Da Autonomia das Unidades Federadas

Das Relações Intergestores para a Garantia do Acesso Universal e Integral às Ações e Serviços de Saúde

A tarefa que o Ministério Público e o Poder Judiciário têm para com o Sistema Único de Saúde é significativa na medida em que a política de saúde é uma política social, portanto, com muita frequência, relegada ao abandono pelas políticas governamentais, ao mesmo tempo que existe uma imensa demanda pelas suas ações e serviços, o que provoca uma grande mobilização em centenas de pontos do Brasil, simultaneamente. Estas mobilizações ora ocorrem pelas tentativas de acesso aos serviços, nos locais onde eles existem ou deveriam existir, ora junto às administrações, ora junto ao parlamento, ora junto ao Poder Judiciário e, freqüentemente, em manifestações públicas de reivindicações e denúncias, e ainda, no Ministério Público, que tem a função constitucional de *"zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância Pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia"*⁷⁰, e que, a cada dia, vem descobrindo e aprofundando mais as suas relações com o setor saúde, especialmente pela demanda dos Conselhos de Saúde.

Existem vários caminhos possíveis, além de serem todos complementares entre si, que norteiam a atuação do Promotor de Justiça e do Poder Judiciário com relação ao Sistema Único de Saúde. No capítulo II deste Manual tratou-se da política nacional de saúde, analisada a partir de seus princípios e diretrizes. Neste capítulo, são tratadas as competências e as atribuições das três esferas de governo, no que diz respeito à garantia de acesso às ações e serviços de saúde, assim como a integração necessária que deve existir entre elas para que o elo da corrente não se quebre e haja solução de continuidade na prestação de ações e serviços de saúde e na gestão do sistema.

Será apresentado um levantamento de todos os ditames constitucionais, da Lei Orgânica da Saúde e das Normas Operacionais Básicas do SUS sobre as competências de cada uma das esferas de governo.

Cabe ressaltar alguns pontos considerados mais significativos. O primeiro deles, é que o direito à saúde não deve ser assegurado especificamente por uma ou outra esfera de governo, mas pelo ESTADO. Ou seja, o DIREITO à saúde, é muito mais que as ações e serviços de saúde que são executadas pelo próprio Setor Saúde, especialmente nos Municípios. Por isto, a primeira competência/responsabilidade é do conjunto dos Gestores do Governo, como um todo, para com a saúde. O Dever é do Estado/Nação, e não de alguns órgãos governamentais.

⁷⁰ Art. 129, II - Título IV - Da Organização dos Poderes, Capítulo IV, Das Funções Essenciais à Justiça, Seção I, Do Ministério Público - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Outro ponto importante, é que *"cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, considerando-se a sua relevância pública..."* O "Poder Público" inclui não apenas as ações reguladoras, fiscalizadoras e controladoras do próprio setor, mas inúmeras outras esferas de controle: o Sistema Nacional de Auditoria – SNA; os serviços de controle e avaliação próprios do setor saúde, os sistemas de auditoria independentes contratados pelo Poder Público; o parlamento, os Tribunais de Contas do Poder Legislativo, o Ministério Público, o Poder Judiciário, entre outros.

Outro aspecto é que "CUIDAR DA SAÚDE" é da competência de todas as esferas de Governo.

Do mesmo modo, existe uma série de ações e serviços que devem ser executados "pelo SUS" (item 1.3 adiante). Significa que em locais ou situações em que não haja possibilidade deles serem executados pelo Município, cabe ao Estado fazê-lo, ou à União. O que não é possível é a ausência/inexistência destas ações e serviços. Quando e como fazer deve ser tratado pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB e pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com avaliação e deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde. Muitas vezes (na maioria delas) faltam recursos; outras vezes, falta tecnologia, pessoal, insumos, entre outros, inclusive, falta vontade política.

No conjunto, têm-se competências exclusivas da União, dos Estados e Distrito Federal, dos Municípios e Distrito Federal, enfim, existem todas as combinações possíveis.

A Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece atribuições comuns para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios e as competências de cada uma das esferas de governo. As competências foram classificadas por esfera de governo de forma a poder comparar as competências de cada uma, e de acordo com os seguintes sub-temas (Quadro 02): Planejamento em Saúde; Rede de Ações e Serviços Regionalizada e Descentralizada; Descentralização; Recursos Humanos; Meio Ambiente e Saneamento Básico; Saúde do Trabalhador; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Alimentação e Nutrição; Insumos e Equipamentos; Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; Ciência e Tecnologia; Sistema Nacional de Auditoria; e, Controle e Avaliação.

A Norma Operacional Básica do SUS/01/96 – NOB/SUS/96, foi subdividida também em temas mas, priorizando apenas os seguintes grandes eixos: Gestão; Descentralização da Gestão e da Atenção à Saúde; Articulação entre o Sistema Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, comparando-os com o papel do Gestor Nacional, Estadual e Municipal.

1) DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL/1988:

1.1) É dever do Estado:

- garantir a *saúde* como um direito de todos, 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.⁷¹
- 1.2) Cabe ao Poder Público:
- dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, considerando-se a sua relevância pública, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.⁷²
- 1.3) São competências do Sistema Único de Saúde – SUS, além de outras atribuições nos termos da lei:
- *"controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos."*⁷³
 - *"executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador."*⁷⁴
 - *"ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde."*⁷⁵
 - *"participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico."*⁷⁶
 - *"incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico."*⁷⁷
 - *"fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano."*⁷⁸
 - *"participar do controle e da fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativas, tóxicos e radioativos."*⁷⁹
 - *"colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho."*⁸⁰

⁷¹ Art. 196, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷² Art. 197, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷³ Art. 200, I, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷⁴ Art. 200, II, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷⁵ Art. 200, III, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷⁶ Art. 200, IV, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷⁷ Art. 200, V, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷⁸ Art. 200, VI, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁷⁹ Art. 200, VII, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸⁰ Art. 200, VIII, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

1.4) São competências comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

- *cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.*⁸¹
- *submeter o respectivo Plano de Saúde à avaliação da comunidade.*⁸²
- *aplicar, anualmente, recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.*⁸³

1.5) São Competências da União:

- aplicar, até o exercício financeiro de 2004, *recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde* equivalentes:
- no ano de 2000, ao montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
- *no ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB.*⁸⁴
- intervir nos Estados e no Distrito Federal, para assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: *direitos da pessoa humana e a aplicação do mínimo exigido da receita de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.*⁸⁵
- intervir em Municípios localizados em Território Federal, quando *"não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.*⁸⁶

1.6) São competências comuns da União e dos Estados e Distrito Federal:

- legislar concorrentemente sobre a previdência social, *proteção e defesa da saúde.*⁸⁷
- promover a descentralização, para os Estados e para os municípios, dos serviços e ações, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.⁸⁸

1.7) São competências comuns da União e dos Estados:

⁸¹ Art. 23, II, Título III - Da Organização do Estado, Capítulo II, Da União – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸² Art. 198, III, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸³ Art. 198, § 2º - Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸⁴ Art. 77, I, alíneas "a" e "b" – Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸⁵ Art. 34, VII, alíneas "b" e "e", Título III - Da Organização do Estado, Capítulo VI, Da Intervenção - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸⁶ Art. 35, III, Título III – Da Organização do Estado, Capítulo VI, Da Intervenção - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸⁷ Art. 24, XII, Título III - Da Organização do Estado, Capítulo II, Da União – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁸⁸ Art. 198, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

- condicionar a entrega de recursos atribuídos aos Municípios, conforme o previsto na Constituição Federal, ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.⁸⁹
- 1.8) São competências dos Estados e do Distrito Federal:
- aplicar, anualmente, recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, equivalentes a doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, incisos I “a” e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios, que devem ser aplicadas por meio de Fundo de Saúde e ser acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde.⁹⁰
- 1.9) São competências dos Estados:
- promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e ações, de abrangência municipal.⁹¹
 - intervir em seus Municípios, quando *“não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.”*⁹²
- 1.10) São competências dos Municípios e do Distrito Federal:
- aplicar, anualmente, recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, equivalentes a quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, incisos I “b” e § 3º que devem ser aplicados por meio de Fundo de Saúde e ser acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde.⁹³
- 1.11) São competências dos Municípios:
- legislar sobre assuntos de interesse local.⁹⁴
 - Suplementar a legislação federal e estadual no que couber.⁹⁵
 - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.⁹⁶

⁸⁹ Art. 159 e 160, Parágrafo Único, II - Título VI - Da Tributação e do Orçamento, Capítulo I, Do Sistema Tributário Nacional, Seção VI Da Repartição das Receitas Tributárias

⁹⁰ Art. 77, II, §§ 2º e 3º - Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁹¹ Art. 198, III, Título III – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁹² Art. 35, III, Título III – Da Organização do Estado, Capítulo VI, Da Intervenção - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁹³ Art. 77, III, §§ 2º e 3º - Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da Saúde - Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁹⁴ Art. 30, I - Título III - Da Organização do Estado, Capítulo IV, Dos Municípios – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁹⁵ Art. 30, II - Título III - Da Organização do Estado, Capítulo IV, Dos Municípios – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

⁹⁶ Art. 30, VII - Título III - Da Organização do Estado, Capítulo IV, Dos Municípios – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

2) DA LEI 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1.990:

2.1) São atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

- *"definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;*
- *administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;*
- *acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;*
- *organização e coordenação do sistema de informação em saúde;*
- *elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;*
- *elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;*
- *participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;*
- *elaboração, atualização periódica do plano de saúde;*
- *participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;*
- *elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;*
- *elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;*
- *realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizados pelo Senado Federal;*
- *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;*
- *implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;*
- *propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;*
- *elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;*
- *promover a articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para definição controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;*
- *promover a articulação da política e dos planos de saúde;*
- *realizar pesquisas e estudos na área de saúde;*
- *definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;*

- *fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.*⁹⁷

⁹⁷ Art. 15, I a XXI, Capítulo IV, Da Competência e das Atribuições, Seção I, Das Atribuições Comuns, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**QUADRO 02: SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS/ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GOVERNO
FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL NO ÂMBITO DO SISTEMA - LEI 8080/90**

ITEM	UNIÃO (Art. 16)	ESTADOS (Art. 17)	MUNICÍPIOS (Art. 18)
PLANEJAMENTO EM SAÚDE	Elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (XVIII)	Participar da elaboração do planejamento estratégico nacional e elaborar o planejamento estadual no âmbito do SUS, em cooperação técnica com a União, Municípios e Distrito Federal.	Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. (I)
REDE DE AÇÕES E SERVIÇOS REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA	Definir e coordenar sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade, e b) de rede de laboratórios de saúde pública, c) de vigilância epidemiológica, d) vigilância sanitária. (III) Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal. (XIV)	Participar da organização, do planejamento e programação das redes regionalizadas e hierarquizadas do SUS (II) bem como estabelecer mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional (IX)	Participar da organização, do planejamento e programação das redes regionalizadas e hierarquizadas do SUS em articulação com sua direção estadual. (II) Formar consórcios administrativos intermunicipais (VII)
DESCENTRALIZAÇÃO	Promover a descentralização, para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.(XV)	Promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde. (I)	Gerir e executar os serviços públicos de saúde. (I) Observado o disposto no artigo 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução. (X) Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação. (XII)

ITEM	UNIÃO (Art. 16)	ESTADOS (Art. 17)	MUNICÍPIOS (Art. 18)
RECURSOS HUMANOS	Promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde. (IX)		
MEIO AMBIENTE E SANEAMENTO BÁSICO.	Participar na formulação e implementação das políticas. (II "a" e "b") Participar da definição de mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana. (IV)	Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana. (V) Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico. (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. (VI)
SAÚDE DO TRABALHADOR	Participar na formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho. (II "c") 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. (V)	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços (IV) Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho. (VII)	Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho. (III) Executar serviços (IV "e")
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Definir e coordenar os sistemas. (III) Participar na execução de ações. (VI) Executar ações em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco	Coordenar sistema no seu âmbito, e em caráter complementar executar ações e serviços. (IV "a") O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. (XIV)	Executar ações e serviços, em articulação com a direção estadual. (IV "a")

	de disseminação nacional. (XIX. Parágrafo único)		
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Definir e coordenar os sistemas. (VII) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano. (VIII) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde. (XII) Executar ações em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional. (XIX. Parágrafo único)	Coordenar, e em caráter complementar executar ações e serviços. (IV "b") Formular Normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano. (XII) Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. (XIII)	Executar ações e serviços, em articulação com a direção estadual. (IV "b") Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. (IX)
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	Formular, avaliar e apoiar políticas. (I)	Coordenar, e em caráter complementar executar ações e serviços. (IV "c")	Executar ações e serviços, em articulação com a direção estadual. (IV "c")
INSUMOS E EQUIPAMENTOS	Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais. (X)	Em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para saúde. (VIII)	Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde. (V)

ITEM	UNIÃO (Art. 16)	ESTADOS (Art. 17)	MUNICÍPIOS (Art. 18)
SISTEMA NACIONAL DE SANGUE, COMPONENTES E DERIVADOS	Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados. (XVI)	Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. (X)	Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros. (VIII) Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	Identificar serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde. (XI)		
SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA - SNA	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. (XIX)	Estabelecer o Sistema Estadual de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, no âmbito de sua atuação, em cooperação técnica com os Municípios e Distrito Federal, em consonância com o SNA.	Estabelecer o Sistema Municipal de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, no âmbito de sua atuação, em cooperação técnica entre o Estado, Distrito Federal e União, em consonância com o Sistema Nacional de Auditoria - SNA.
ATIVIDADES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO	Acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais. (XVII)	Estabelecer normas, em caráter suplementar, para controle e avaliação das ações e serviços de saúde. (XI) Prestar apoio técnico aos municípios e complementarmente executar atividades de Controle e Avaliação, em articulação com os Municípios. (III)	Estabelecer normas, em caráter suplementar e executar ações de Controle e Avaliação dos serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação, em articulação com a direção estadual. Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde (XI)

Elaboração: Maria Passos Barcala Peixoto, Maria Helena Brandão e Conceição Aparecida Pereira Rezende.

**QUADRO 03: AS FUNÇÕES DE GESTÃO NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL
NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS - NOB/SUS/96**

ITEM	GESTOR FEDERAL	GESTOR ESTADUAL	GESTOR MUNICIPAL
GESTÃO	<p>Exercer a gestão do SUS no âmbito NACIONAL:</p> <p>Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da <i>programação integrada nacional</i>, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, a responsabilidades por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde/doença das coletividades; - Aperfeiçoamento das normas que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas; - Definição e explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde; - Criação e consolidação de critérios e mecanismos de alocação de 	<p>Exercer a gestão do SUS no âmbito ESTADUAL:</p> <p>Plano Estadual de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da <i>integração das programações dos sistemas municipais</i>;</p> <p>coordenação do processo de programação das ações e serviços, exercendo o papel de articulação entre gestores, no processo permanente de negociação e pactuação;</p> <p>estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;</p> <p>estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;</p> <p>estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;</p> <p>estruturação e operacionalização dos sistemas de RH e de ciência e tecnologia;</p> <p>elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para</p>	<p>Exercer a gestão do SUS no âmbito MUNICIPAL::</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano Municipal de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes; - estruturação do Sistema Municipal de Saúde, responsabilizando-se por todas as ações e serviços de saúde no âmbito de sua atuação; - elaboração da programação das ações e serviços necessários para sua população, contemplando as referências a serem recebidas ou encaminhadas, no processo permanente de pactuação e integração; - exercer as atividades de controle e avaliação dos serviços sob sua responsabilidade, e do sistema municipal de saúde; - estruturação e operacionalização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria; - estruturação e execução das ações inerentes aos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos; - estruturação e execução das ações inerentes aos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;

	<p>recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais; - Desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos; - Adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, e flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais; - Incentivo aos gestores estaduais e municipais ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de ins- 	<p>além do seu limite territorial; elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;</p> <p>estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;</p> <p>responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais e sem atuação concorrente com os municípios;</p> <p>definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados;</p> <p>manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;</p> <p>implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - estruturação e operacionalização dos sistemas de RH e de ciência e tecnologia; - participação na elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial; - execução de ações inerentes ao componente municipal da rede de laboratórios de saúde pública, em articulação com o estado; - estruturação e operacionalização do componente municipal de assistência farmacêutica; - responsabilidade municipal no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências do sistema estadual e sem atuação concorrente com o estado; - participação na definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; - manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor municipal; - implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a sane-
--	---	---	--

	<p>trumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais; - Reorientação e implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância, de vigilância alimentar e nutricional, e redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; - reorientação e implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos; - reorientação e implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica; - reorientação e implementação da política nacional de assistência farmacêutica; 		<p>amento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- apoio e cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;- promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;- Elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;- estimulação, indução e coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;- participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.		
--	--	--	--

ITEM	GESTOR FEDERAL	GESTOR ESTADUAL	GESTOR MUNICIPAL
DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	<p>-Promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS - Estadual;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover as condições e incentivar o Poder Municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral. - Em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade deve ser assumida pela SES. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilizar-se pela totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo um sistema municipal de saúde – o SUS -Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. - Os estabelecimentos do SUS - Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, administração direta da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. - Significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a <i>gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do</i>

			<i>respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder.</i>
ARTICULAÇÃO ENTRE O SISTEMA NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE	- Estimular e promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS – Nacional.	O mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS – Estadual .	- Participar das instâncias deliberativas do SUS, das comissões intergestoras bipartites, e dos Colegiados de Secretários de Saúde.

Elaboração: Maria Passos Barcala Peixoto, Maria Helena Brandão e Conceição Aparecida Pereira Rezende.

Título IV

Dos Instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde

A saúde é um bem de interesse social vinculado aos interesses primários da sociedade. A sua prestação tem como sujeito ativo todos os cidadãos brasileiros e como sujeito passivo o Poder Público. Além disto, é de interesse público secundário a sua administração.

A política de saúde compõe-se por um conjunto de ações que, embora perpetradas com grande heterogeneidade, são identificadas como práticas de saúde pública e são constituídas por uma associação simultânea de ações típicas do campo da assistência, de outras típicas do campo das intervenções ambientais, como são as atividades de vigilância em saúde, assim chamadas as ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, e ainda, de outras, típicas da gestão do sistema.

A "Gestão do Sistema de Saúde é a atividade advinda da responsabilidade de comandar, coordenar ou dirigir um sistema de saúde municipal (Secretário Municipal de Saúde), estadual (Secretário de Estado da Saúde) ou nacional (Ministro da Saúde)⁹⁸. É da competência exclusiva do poder público. Implica o exercício das funções de formulação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas"⁹⁹.

As ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS¹⁰⁰, devem ser organizadas com a participação da comunidade¹⁰¹ e desenvolvidas por uma rede de unidades e de serviços de saúde, da administração direta e indireta¹⁰², e ainda, pelos serviços de saúde conveniados e contratados¹⁰³, organizados de forma *descentralizada, regionalizada e hierarquizada*, compondo subsistemas municipais, que assegurem o atendimento *universal, integral e equânime* da população¹⁰⁴, com *cooperação técnica e financeira da União e do Estado* nas suas áreas de abrangência respectivas¹⁰⁵.

⁹⁸ Art. 198, I da Constituição da República Federativa do Brasil e Art. 9º, I, II, III da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

⁹⁹ REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. B. P. Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil, Série Técnica, Volume 7, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Brasília, 2003.

¹⁰⁰ Art. 198, I da Constituição da República Federativa do Brasil e Art. 9º, I, II, III da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

¹⁰¹ Art. 198, III da Constituição da República Federativa do Brasil, e Art. 37 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Art. 1º, I e II, §§ 1º a 5º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Leis Orgânicas da Saúde - LOS).

¹⁰² Art. 4º § 1º, Art. 5º I a III, e, Art. 6º, I a XI, e §§, e Art. 8º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

¹⁰³ Art. 197 e 199, §§ 1º e 2º da Constituição da República Federativa do Brasil e Art. 4º, § 2º, Art. 8º, 22 e 24 parágrafo Único, Art. 25 e 26, §§ 1º ao 4º, da Lei Orgânica da Saúde.

¹⁰⁴ Art. 198, I e II da Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 7º, I a XIII, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

¹⁰⁵ Art. 30, VII, da Constituição da República Federativa do Brasil.

A atividade de gestão do sistema de saúde das três esferas de governo é caracterizada pelo exercício de *função essencialmente pública*, por ocupante de cargo público, pois trata-se de efetivo cumprimento de dever do Estado, pelo provimento de ações e serviços de interesse e relevância pública, que é o direito à saúde do cidadão.

As ações e serviços, desenvolvidos por unidades de saúde estatais (municipais, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas), devem estar organizadas e coordenadas num sistema de saúde, de tal modo que os gestores municipais possam assegurar às respectivas populações o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para a garantia do atendimento integral conforme a necessidade das pessoas e da comunidade. As relações entre os prestadores de serviços de saúde do SUS, ainda que estes constituam referência de atendimento para outros municípios, devem se dar com o gestor local do sistema, respeitadas as atribuições do Conselho de Saúde e de outras instâncias do Poder Público.

Para implementar-se a Gestão de um Sistema de Saúde, conforme previsto na legislação brasileira, são necessárias algumas condições político-institucionais, mínimas, assim como algumas condições técnico-político-administrativas por parte do gestor.

São condições político-institucionais, mínimas:

- a) entendimento do governante, assim como dos gestores de outros setores governamentais, de que a saúde não se limita às ações setoriais, exclusivas do gestor do SUS¹⁰⁶;
- b) entendimento de que a saúde é um direito fundamental da pessoa humana e que o grau de prioridade estabelecido para a política de saúde, deve ser assumido pelo conjunto do governo, e não somente pelo gestor do SUS¹⁰⁷;
- c) volume de recursos destinados à política de saúde compatível com as necessidades da população da respectiva esfera de governo, pactuado com o conjunto dos membros/órgãos do governo, aprovado pelo respectivo conselho de saúde, pactuado com os gestores das outras esferas de gestão do SUS, nas comissões intergestoras bipartites (CIB, na esfera estadual) e tripartites (CIT, na esfera federal), e nunca ser em valor inferior ao que determina a Constituição Federal¹⁰⁸;
- d) ter os instrumentos de gestão do SUS¹⁰⁹ implementados.

São condições técnico-político-administrativas do gestor:

- a) ter conhecimento da realidade onde irá atuar, ser capaz de descrevê-la, analisá-la e propor soluções para os problemas localizados¹¹⁰;

¹⁰⁶ Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 2º, § 1º e Art. 3º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹⁰⁷ Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, 1998 e Art. 2º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹⁰⁸ Art. 77, I, alínea "a" e "b", II e III, §§ 1º ao 4º, dos ADCT da Constituição da República Federativa do Brasil, e, Art. 31 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹⁰⁹ Art. 4º, I a VI da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

- b) ter noções e saber utilizar métodos de planejamento¹¹¹;
- c) ter capacidade para conduzir plano de ação¹¹²;
- d) ter capacidade para alocar recursos orçamentários e financeiros específicos para o setor saúde junto ao próprio governo e às outras esferas de governo¹¹³;
- e) ter capacidade para administrar a máquina pública do setor saúde¹¹⁴;
- f) dedicar-se à função¹¹⁵;
- g) ter capacidade de negociação com todos os atores sociais que interferem positiva ou negativamente na implementação do SUS¹¹⁶;
- h) ter responsabilidade, para com as atribuições e competência da esfera de governo do seu âmbito de atuação¹¹⁷;
- i) ter desejo, interesse, noção de dever¹¹⁸ e justiça, empenho, compromisso e determinação frente à necessidade e possibilidade de *promover mudanças* em uma determinada realidade.

Das condições político-institucionais: o volume de recursos destinado à política de saúde, *compatibilizado vis-à-vis com as necessidades* da população da respectiva esfera de governo, é condição para a garantia da promoção da equidade da atenção à saúde durante o processo de execução orçamentária e implementação do Plano de Saúde. Quando isto não é feito e o atendimento à população é realizado exclusivamente pelo *atendimento da demanda espontânea dos usuários*, certamente que o sistema não estará promovendo saúde e corre-se o risco do não atendimento aos que mais necessitam (no sentido da ação de saúde e não de recursos financeiros). O atendimento à demanda deve estar incluído num conjunto indivisível de ações e serviços integrados num plano de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a comunidade. Não feito isto, corre-se o risco também de se complicar uma situação de simples resolução caso fosse resolvida ao tempo adequado.

Na elaboração dos Planos Municipais de Saúde, o volume de recursos destinados ao setor, nem sempre, corresponde à realização das ações propostas. Ocorre que as equipes de saúde, quase sempre, sabem o que é necessário fazer em termos de ações e serviços de saúde e acabam por descrever como ação, a *necessidade dela* (direito) e não a operacionalização da ação (de fato). E, nem sempre, o gestor ou os gestores, conseguem negociar durante a elaboração das propostas orçamentárias (municipal, estadual e federal) e durante a execução financeira do

¹¹⁰ Art. 7^a, VII, X, XI a XIII, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹¹¹ Art. 4^o, III da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

¹¹² Idem.

¹¹³ Art. 15, X e Art. 36, § 1^o da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹¹⁴ Art. 37 da Constituição da República Federativa do Brasil.

¹¹⁵ Art. 26, § 4^o e Art. 28 e seu § 2^o da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹¹⁶ Art. 10, Art. 29, XII, Art. 70 a 75, Art. 77 dos ADCT, III, § 3^o, Art. 129, II, Art. 198, III da Constituição da República Federativa do Brasil, 1998; Art. 7^o, VIII, Art. 15, VII, Art. 24, Parágrafo Único, Art. 36 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), Art. 1^o, I e II, §§ 1^o a 3^o da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Art. 12 da Lei Federal nº 8.689, de 27/07/1993.

¹¹⁷ Art. 15 a 19 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹¹⁸ Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

orçamento os recursos necessários à operacionalização do conjunto de ações e serviços previstos no plano.

No dia-a-dia, muitas vezes, verificamos que, na execução financeira, prioriza-se o atendimento da *demanda*. Atende-se às "urgências" dos cidadãos como "emergências", reforçando a forma de organizar as ações e serviços de saúde centradas nos procedimentos médicos mais caros, na utilização de equipamentos sofisticados e medicamentos de marca e de última geração, e nos estabelecimentos de maior complexidade (hospitais) da rede local de serviços ou do sistema de saúde.

Os Títulos V e VI deste manual, em abordagens diferentes, tratarão da organização das ações e serviços de saúde de forma mais detalhada.

No limite deste texto, trataremos das ações e serviços de saúde quando necessárias à compreensão dos *instrumentos de gestão da administração pública* e, especificamente, *da gestão do SUS*.

Para os órgãos de controle da administração pública e, neste caso, para os setores responsáveis pelo controle das ações do Estado sobre a política de saúde, como o Ministério Público, o Poder Legislativo e os Conselhos de Saúde, existem alguns *instrumentos de gestão* que devem ser acessados e analisados com o objetivo de se entender os problemas existentes, tanto na prestação dos serviços públicos de saúde, como na gestão do sistema, tais como:

- a) os Planos de Saúde;
- b) Plano Plurianual – PPA;
- c) as Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO;
- d) a Lei Orçamentária Anual – LOA;
- e) os Planos de Aplicação.

Os instrumentos de gestão que comprovam a efetiva execução orçamentária e a aplicação financeira dos recursos são:

- a) a contabilidade (análise dos documentos contábeis);
- b) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS¹¹⁹;
- c) Relatórios de Gestão;
- e) outros documentos e instrumentos de prestação de contas.

Existem ainda os seguintes instrumentos de gestão do SUS que devem ser observados:

¹¹⁹ Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS/2001, itens 47, 48 e 50 (Requisito para a habilitação de Municípios e Estados).

a) a *Estrutura Gestora Única da Política de Saúde*¹²⁰, de cada esfera de Governo, compatível com o Plano de Saúde – A estrutura organizacional do órgão que é responsável pela execução da política de saúde é fundamental para se garantir o funcionamento do Sistema de Saúde em análise. Seja numa esfera de governo municipal, estadual ou da União, seja em municípios grandes ou pequenos. Não importa sobre que aspectos serão analisados. O que importa é que, conforme o tamanho do município ou estado e a complexidade dos problemas existentes, os órgãos podem ser mais simples ou mais complexos para operarem a gestão e a gerência de serviços administrativos e de saúde. Do mesmo modo, que nos municípios ou estados menores, não é necessária a existência de muitos órgãos, mas de equipes de profissionais, ou ainda, de um profissional apenas, para responder por determinada política de saúde ou ação administrativa.

O mais importante é compreender que a estrutura gestora do SUS, ou a estrutura organizacional do SUS, deve dar conta de responder pelas *competências* e *atribuições* da respectiva esfera de governo, definidas na legislação, compatibilizadas com a condição de habilitação do respectivo sistema em relação às normas operacionais do SUS.

A estrutura gestora compreende também o quadro de pessoal necessário ao desempenho das ações e serviços; os fluxos de material e insumos; a constituição de sistemas, tais como, de produção de informação, de comunicação, a definição de protocolos de ação, entre outros.

Os itens componentes da política de saúde das distintas esferas de gestão do SUS são semelhantes e as diferenças são estabelecidas de acordo com as respectivas competências e com a complexidade do sistema.

Seguem-se exemplos de estruturas/responsabilidades necessárias para a gestão do SUS na esfera estadual e municipal.

Para a *gestão estadual*, a estrutura gestora de prestação de serviços, de Administração e Planejamento do Sistema Estadual de Saúde deve compor-se por órgãos, que funcionem enquanto sistema e de modo integrado:

- da prestação de serviços próprios ambulatoriais e hospitalares de alto custo, para o tratamento fora do domicílio (intermunicipal) e da disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- do componente estadual de vigilância epidemiológica, com sistema de informação que inclua as informações obtidas pela vigilância nutricional e pela vigilância sanitária, e ainda, consolide as informações municipais;
- do componente estadual de vigilância sanitária;
- do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;

¹²⁰ - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 198, inciso I;
- Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - LOS), Art. 9º, incisos I, II e III.

- do componente estadual de assistência farmacêutica;
- das políticas de sangue e hemoderivados;
- do componente estadual de programas de abrangência nacional relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- dos sistemas de informação de produção de serviços e de insumos críticos e processamento de dados;
- do componente estadual de comunicação social e educação em saúde;
- da administração e desenvolvimento de pessoal;
- de ciência e tecnologia;
- de mecanismos e instrumentos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde como aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente;
- da gerência do Fundo Estadual de Saúde;
- da Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- do Conselho Estadual de Saúde.

Para a *gestão municipal*, a estrutura gestora deve compor-se por profissionais, ou equipes de profissionais, ou órgãos, que funcionem de modo sistêmico e integrado, garantindo a assegurando o funcionamento do sistema:

- da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ou de encaminhamento para atendimento fora do domicílio;
- do componente municipal do sistema de vigilância epidemiológica com sistema de informação que inclua as informações obtidas pela vigilância alimentar e nutricional e a vigilância sanitária;
- do componente municipal de vigilância sanitária;
- dos serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (laboratórios para exames complementares, radioimagem, entre outros);
- do componente municipal de assistência farmacêutica;
- das políticas de sangue e hemoderivados;
- de programas especiais, conforme a necessidade, apontada por indicadores epidemiológicos locais;
- dos sistemas de informação de produção de serviços e de insumos críticos;
- do componente municipal de comunicação social e educação em saúde;
- do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria;
- da administração e desenvolvimento de pessoal;
- de mecanismos e instrumentos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, como aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente, entre outras;
- de gerência dos recursos do Fundo Municipal de Saúde;
- do Conselho Municipal de Saúde.

- b) O *Fundo de Saúde*¹²¹ tem por finalidade operacionalizar a gestão dos recursos financeiros do SUS, em cada esfera de governo, entendidos como todos os recursos destinados ao setor saúde, cujo montante e utilização devem ter visibilidade pública e controle social. Seus recursos são depositados em conta bancária especial¹²², com denominação específica.

Deve contar com estrutura que garanta a autonomia de funcionamento do setor saúde com relação aos outros setores do governo e com autonomia do gestor para gerir todos os recursos disponíveis ao setor. O gestor de saúde elabora a proposta orçamentária do setor, submete-a ao respectivo Conselho de Saúde e é o ordenador de despesas do Fundo de Saúde.

- c) O *Plano de Saúde*¹²³ deve explicitar a proposta de um determinado governo para a gestão do sistema de saúde e para a organização da atenção à saúde. Deve ser apresentado, debatido, negociado e pactuado com os atores sociais que atuam diretamente no SUS (especialmente, os usuários e trabalhadores do sistema de saúde – Conselhos de Saúde – em sua área de atuação), e, com os gestores do SUS, das outras esferas de governo, de preferência, nas Comissões Intergestores¹²⁴.

No caso dos Municípios, os Planos de Saúde devem ser ainda pactuados com o Estado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que tem composição paritária, entre representantes dos Secretários Municipais de Saúde, por meio do COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e por representantes da Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos Estados, os Planos de Saúde devem ser pactuados, com os Gestores Municipais, na CIB e com os representantes do Gestor Federal, na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, que tem composição paritária das três esferas de gestão do SUS.

No caso da União, o Plano Nacional de Saúde deve ser pactuado com os Gestores Estaduais e Municipais na CIT.

Em todos os casos, o Plano de Saúde deve ser debatido e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

O Plano de Saúde é um instrumento pelo qual o governo apresenta o seu plano de ação (anual e plurianual - quinquenal¹²⁵), com definição das ações e serviços (oferta, demanda e análise e cobertura de necessidades), com demarcação das

¹²¹ - Art. 70 a 75, Art. 198, §§ 1º a 3º e incisos, Art. 77, I "a" e "b", II e III, §§ 1º a 4º dos ADCT da Constituição Brasileira, Brasil, 1988; Lei Federal nº 4.320, de 17/03/1964; Art. 9º, I a III, Art. 32, § 2º, Art. 33, § 1º, Art. 34 e 36 da Lei 8.080/90; Art. 2º, I a IV, Art. 3º, §§ 1º ao 4º, Art. 4º, I a VI, Parágrafo Único, da Lei Federal, nº 8.142/90.

¹²² Art. 33, da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹²³ Art. 4º, III, da Lei 8.142/90; Art. 15, incisos VIII, X e XVIII, Art. 36 §§ 1º e 2º e Art. 37 da Lei 8.080/90.

¹²⁴ As Comissões Intergestores foram instituídas pela Norma Operacional Básica SUS 01/1993 – Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, item 2 do Anexo Único, publicada no D.O.U. de 24 de maio de 1993.

¹²⁵ Art. 35, VI, da Lei 8.080/90.

prioridades, com a proposta de hierarquização do sistema, com definição de metas a serem atingidas, prazos e responsáveis pela sua execução, entre outros

O Plano de Saúde traduz o planejamento do projeto técnico-político de um governo, com vistas à operacionalização das ações e serviços setoriais e intersetoriais de saúde, com o objetivo de promover saúde e solucionar os problemas de saúde da população de uma determinada esfera de governo (área de abrangência) e das áreas de influência do sistema de saúde (outras localidades das quais a população busca os serviços).

No planejamento das ações e serviços de saúde para uma determinada área de abrangência definido em Programação¹²⁶ própria, devem constar as que serão realizadas no próprio território (no Município) e as que serão realizadas por referência (encaminhamento a outro subsistema de saúde) da mesma forma que se deve constar as ações e serviços que serão ofertados a usuários de outras áreas de influência dos serviços (às populações de outras áreas geográficas que buscam os serviços). Ou seja, grande parte dos sistemas municipais de saúde, ao mesmo tempo que referenciam seus usuários a serviços de saúde de outros municípios, também recebem usuários referenciados de municípios que possuem um sistema municipal menos complexo ainda.

Este fluxo e o financiamento da "entrada" e "saída" de usuários nos subsistemas de saúde, é negociado nas comissões intergestores, em *consórcios intermunicipais de saúde*¹²⁷ e formalizado na *Programação Pactuada Integrada – PPI*¹²⁸, realizada pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, para a definição de metas estaduais e pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, para a definição de metas Nacionais, em seus respectivos Planos de Saúde.

Cada esfera de governo apresenta o seu Projeto Plurianual – PPA (para 5 anos), demonstrando a forma de gestão do sistema e da organização da atenção à saúde, com a *programação* das ações e serviços de saúde (oferta, demanda e necessidades), estabelecendo as prioridades (atividades, programas e projetos); organizando de forma hierarquizada o sistema de saúde; prevendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; definindo-se objetivos e metas, recursos, prazos e responsáveis pela execução.

A *Programação Pactuada Integrada – PPI* deve traduzir a responsabilidade sanitária e solidária de cada município com o acesso da população às ações e serviços de saúde pela oferta existente no nível local ou pelo encaminhamento a outros municípios, bem como o atendimento de demandas de outras áreas de influência de subsistemas que não oferecem atendimentos de maior complexidade, por meio de negociações entre os gestores municipais, em processo ascendente,

¹²⁶ Art. 18, I e II, Art. 33, § 4º da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹²⁷ Art. 10, § 1º, Art. 18, VII da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹²⁸ Processo instituído pela Norma Operacional Básica do SUS/01/1996, item 11.1 - Publicada no D.O.U.de 6/11/1996.

coordenadas e intermediadas pelo gestor estadual, respeitando-se a autonomia de cada gestor. O resultado da PPI deve traduzir o conjunto de ações e serviços de saúde necessários às populações de todos os Municípios, dos Estados e do Brasil e a alocação dos respectivos recursos, independente da vinculação institucional ao órgão responsável pela sua execução.

Os Planos de Saúde devem ser concebidos e entendidos como o resultado de um *Planejamento Estratégico Nacional*¹²⁹, elaborado em processo ascendente¹³⁰, para a operacionalização dos subsistemas Municipais e Estaduais de saúde que constituiriam o Sistema Nacional de Saúde. É estratégico porque envolve o conhecimento da realidade (demográfica, epidemiológica, rede de serviços de saúde, modo de organização das comunidades, cultura), a definição das prioridades, os objetivos, metas, recursos necessários e, principalmente, a participação dos executores dos respectivos Planos. Os Planos de Saúde devem contemplar também as propostas de investimentos e suas respectivas fontes de financiamento, seja com recursos próprios, seja com recursos de outras esferas de governo, ou ainda, por consórcios intermunicipais de saúde.

Dependendo da forma como acontecer, o processo poderá se transformar num grande pacto entre todos os atores sociais envolvidos no SUS, tais como, o conjunto do governo, os trabalhadores, os usuários e os prestadores de serviços de saúde, os gestores das outras esferas de governo, o poder legislativo, os promotores de justiça e os juízes, entre outros. Uma democracia plena... mistura direito com participação...

No entanto, muitas vezes, todo este processo é inexistente e são feitas planilhas e mais planilhas, a partir dos gabinetes dos órgãos de gestão centrais, sem contato com as mais diversas realidades para as quais se está planejando, assim como sem a participação dos atores mais interessados na solução dos problemas. Na execução, vêm os cortes e mais cortes de recursos, de procedimentos, de ações, de investimentos, remanejamentos...

A implementação do Plano de Saúde inclui a possibilidade de sua revisão permanente, com correção de rumos, inclusão ou exclusão de ações e serviços, redefinição de prioridades e o estabelecimento de sistemas e mecanismos de comunicação eficazes entre todos os atores envolvidos, especialmente para os usuários.

Os Promotores de Justiça, os Juízes e os Conselheiros de Saúde, ao analisarem um *Plano de Saúde*, devem verificar qual foi a base de informações utilizada sobre a situação de saúde no respectivo território; se na *programação*, as ações e serviços foram identificados adequadamente, de acordo com a realidade e com a capacidade operacional do sistema. Muitas vezes um Estado ou Município, aparentemente, possuem recursos suficientes para a execução da política de saúde que planejou, mas na realidade, a sua programação previu a execução de ações ou

¹²⁹ Art. 16, VIII, da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

¹³⁰ Art. 36 da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

serviços que não tem condições de operar, por vários fatores. O que irá acontecer é que estes recursos serão, posteriormente, remanejados para outras localidades como sobra de recursos...

É preciso verificar se os objetivos e metas foram definidos a partir de indicadores básicos sanitários, tais como, mortalidade (infantil, adulta, materna, por violência, etc), morbidade (problemas de saúde que levam as pessoas aos serviços de saúde), problemas nos ambientes de vida e trabalho; se foi levado em conta a área de influência do sistema de saúde para as populações que não têm, em seus territórios, acesso assegurado à *integralidade* das ações necessárias à atenção à sua saúde; se foi realizada a *Programação Pactuada Integrada - PPI* entre os respectivos gestores, e ainda, se a programação previu apenas a realização de procedimentos profissionais (consultas, internações, etc) sem prever a realização de serviços de apoio diagnóstico (exames laboratoriais, de radioimagem, entre outros), tratamento e reabilitação (medicamentos, serviços de órtese e prótese, etc) se existe organização de *Consórcio Intermunicipal de Saúde* em microrregiões.

A apreciação das informações contidas nos Planos de Saúde visam então, identificar a *coerência* e a *compatibilidade* das propostas contidas nele, com as *necessidades localizadas* na análise da situação *demográfica* (população, idade, sexo, raça, distribuição, ocupação, taxa de crescimento, etc) e *epidemiológica* (mortalidade, morbidade, tendências); com os *compromissos* assumidos pelo gestor com os gestores da *área de influência* do sistema de saúde; com as deliberações das *Conferências* e as orientações, recomendações e deliberações do *Conselho de Saúde*; se estabelece mecanismo de *integração* com outras políticas governamentais (saneamento, meio ambiente, entre outras); se existe capacidade operacional no sistema (estrutura gestora, política de pessoal, rede de serviços, proposta de investimento); e, se os recursos financeiros destinados ao respectivo Fundo de Saúde são compatíveis com as propostas de ação.

- d) Política de Administração e Desenvolvimento de Pessoal, com *Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS*¹³¹, negociada com os trabalhadores do Sistema de Saúde, com vistas à execução e implementação da proposta do Plano de Saúde.

A gestão de um sistema de saúde e a implementação de ações e serviços previstos no Plano de Saúde incluem necessariamente uma intensa reflexão acerca do quadro de pessoal necessário à sua operacionalização; da quantidade e da composição das *equipes de trabalho* (característica central do processo de trabalho em saúde); das categorias profissionais necessárias; da distribuição do pessoal conforme a complexidade da atenção e pelas características do local de atuação; das

¹³¹ - Art. 37, incisos I, II e VI, Art. 39, § 2º; Art. 41, Art. 200, inciso III da Constituição da República Federativa do Brasil; Art. 15, IX e Art. 27, IV da Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - LOS); Art. 4º, VI da Lei Federal nº 8.142; Conselho Nacional de Saúde, Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS - 4ª Versão, aprovada em 27 fevereiro de 2002.

competências e atribuições da respectiva esfera gestora do SUS; bem como, da política de desenvolvimento a ser adotada.

Não é possível construir o melhor Plano de Saúde do País e tentar colocá-lo em prática sem que nele esteja incluída uma metodologia de participação de seus operadores (os trabalhadores da saúde) no processo, e uma abrangente, inovadora, conseqüente e respeitosa política de pessoal, na qual estejam definidas as competências de cada esfera de gestão do SUS; mecanismos e metodologias de negociação entre gestores/governo e trabalhadores; definição de carreira, cargos e salários; política de educação permanente; avaliação coletiva de desempenho da instituição, dos serviços e das equipes de trabalho; sistema de atenção à saúde ocupacional dos trabalhadores; definição de instrumentos de controle social da gestão do trabalho, entre outros.

- e) O *Sistema de Informações em Saúde - SIS*¹³² é um processo de coleta, processamento e armazenamento de dados, sobre a situação de saúde de uma localidade, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisão e controle da sociedade civil organizada, sobre as ações a serem realizadas, avaliando-se os resultados de sua execução e o impacto provocado na situação de saúde.

Um sistema de informação em saúde, compatível com as diretrizes do SUS, baseia-se nos seguintes princípios:

- Ação multidisciplinar: conhecimento de demografia, epidemiologia, da rede de serviços e da gestão do sistema de saúde para produzir informações que garantam a avaliação permanente das ações executadas e do impacto sobre a saúde das comunidades específicas;
- Descentralização: compatibilidade das informações com a realidade local;
- quem produz os *dados* deve ser usuário do *sistema de informação*;
- construção coletiva do banco de dados para garantir a qualidade da produção das informações;
- uso adequado e divulgação das informações;
- acesso da população às informações de seu interesse;
- garantia de privacidade do cidadão sobre as informações específicas de sua saúde;
- criação de espaços de livre expressão.

- f) O *Relatório de Gestão*¹³³, que deve ser elaborado anualmente, possibilita a avaliação e revisão periódica do Plano de Saúde. Constitui-se como um instrumento de prestação de contas do gestor do SUS à sociedade (Conselho de Saúde), ao Poder Legislativo, à rede de financiadores do sistema de saúde

¹³² Art. 15, III e IV da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS)

¹³³ Art. 33, § 4º da Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde); Art. 4º, Inciso IV da Lei Federal nº 8.142; Ministério da Saúde - Plano de Saúde e Relatório de Gestão, Brasília - 11/1997; NOB/SUS 01/96 - DOU 6/11/96.

(o próprio governo da esfera que elabora o relatório, o Estado e a União) e ao Sistema Nacional de Auditoria.

Este relatório mostra os resultados e os frutos obtidos em função das metas programadas e o impacto alcançado em função dos objetivos estabelecidos. Contempla o grau de eficácia e efetividade alcançado pela estrutura e organização em função dos recursos aplicados e dos resultados atingidos, produzindo subsídios para a tomada de decisões relativas aos rumos da gestão. Demonstra o grau de transformação das metas e objetivos do Plano de Saúde em resultados concretos para a saúde da população. A elaboração do Relatório de Gestão tem como referência a programação prevista no Plano de Saúde anual e representa, essencialmente, uma análise do cumprimento das metas estabelecidas e da efetividade da utilização dos instrumentos de gestão.

Conforme a necessidade do gestor, para a compreensão da realidade de funcionamento de um sistema de saúde e dos mecanismos de controle social implementados, podem ser utilizados também, outros instrumentos e métodos de análise e avaliação da gestão.

g) *Instrumentos de Regulação dos Prestadores de Serviços de Saúde Complementar e Suplementar.*

"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"¹³⁴.

e

*"Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos."*

E ainda, *in verbis*:

"Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:¹³⁵

...

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;"

O processo de regulação desses serviços inclui os seguintes mecanismos:

¹³⁴ Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil; Lei Federal, nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde).

¹³⁵ Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS)

- Quando necessários – os *serviços complementares ao sistema público* – eles devem ser utilizados por meio de *convênios* ou *contratos de direito público* de prestação de serviços, respectivamente, com os prestadores de serviços privados filantrópicos e privados com fins lucrativos, nos quais devem constar o objeto do contrato, as condições de execução, os valores a serem pagos pela prestação dos serviços, as condições de pagamento, entre outros. Além disso, as condições de compatibilização do objeto do convênio ou contrato com os recursos existentes na instituição ou serviço, tais como equipamentos adequados à prestação dos serviços conveniados/contratados, área física, equipe de trabalho compatível, acomodações de acompanhante, as condições estabelecidas para o acolhimento e o relacionamento com os usuários, as metas a serem atingidas de redução de riscos e agravos à saúde (infecção hospitalar, mortalidade materna e perinatal, entre outros). Estes serviços devem ser acompanhados e controlados pelos serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária e estarem sob o acompanhamento, controle e a avaliação administrativa do gestor municipal de saúde.
- A regulação da *rede suplementar* (não conveniada ao SUS) é feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e pelos componentes estaduais de Vigilância Sanitária, por meio de legislação específica, normas infralegais e mecanismos de controle social.
- Existem ainda, outros mecanismos de regulação dos serviços de saúde, como os sistemas de *acreditação institucional* (de serviços ambulatoriais, hospitalares e de escolas de ensino da área da saúde), de *certificação profissional*, *alternativas de remuneração* por prestação de serviços, entre outros.

A relação entre o sistema público de saúde e os prestadores privados de serviços de saúde ainda está entre os problemas de gestão mais difíceis de serem enfrentados no SUS. Vários fatores interferem diretamente nesta questão. Entre eles, a lógica de financiamento que, ao longo do século passado, privilegiou a prestação de serviços hospitalares (privados) sem mecanismos de regulação por parte do Estado em detrimento de outras ações e serviços de saúde.

No momento atual de implementação do SUS, após o regramento constitucional de 1988 e a edição da Lei Orgânica da Saúde, vêm sendo adotadas normas contraditórias acerca da competência das três esferas de governo (gestão) com relação à gestão do sistema municipal de saúde e à contratação e regulação dos prestadores de serviços, que podem significar resquícios de modelos centralizadores e clientelistas anteriores ao SUS, ainda não superados.

Como já foi visto, compete aos municípios o estabelecimento de contratos e convênios com os prestadores de serviços de saúde, além do seu controle, avaliação e auditoria. No entanto, a Norma Operacional Básica do SUS/96, confere ao município habilitado na condição de *Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde*, a responsabilidade de gerir apenas este tipo de atenção, excluindo inclusive, a atenção básica hospitalar. Os prestadores de serviços de saúde especializados ambulatoriais e hospitalares são pagos diretamente pelos estados (conforme habilitação) ou pela

União. Na prática, o que ocorre é que os gestores municipais são, de fato, os gestores da atenção à saúde nos municípios, mas não têm acesso aos recursos financeiros integrais, o que inviabiliza sua aplicação adequada, dificultando a organização da atenção integral e o estabelecimento dos respectivos *contratos* e *convênios*, como *instrumentos de gestão local*.

- h) O componente do *Sistema Nacional de Auditoria - SNA*¹³⁶, constituído do Controle, da Avaliação e da Auditoria propriamente dita, que abrange o sistema público e o privado, sendo gerido pela instância gestora do SUS, de cada esfera de governo.

A principal competência do Sistema Nacional de Auditoria – SNA é o acompanhamento da implementação do Plano de Saúde em todos os aspectos (reestruturação da organização da atenção à saúde, execução da programação de ações e serviços e da Programação Pactuada Integrada – PPI, do cumprimento de objetivos e metas estabelecidos, da ordenação de despesas e aplicação dos recursos do Fundo de Saúde, entre outros); avaliar o cumprimento dos contratos e convênios firmados com prestadores de serviços de saúde; verificar a qualidade dos serviços prestados aos usuários e auditar sistemas e serviços de saúde.

As atividades de controle e avaliação devem ser executadas nas três esferas de gestão do sistema.

Para as atividades de auditoria, a regra geral é de que a União audita os Estados, estes auditam os Municípios e estes auditam os prestadores de serviços de saúde em seus respectivos territórios.

- i) As *Conferências e Conselho de Saúde*¹³⁷ (controle social do sistema de saúde), são instâncias deliberativas do respectivo sistema.

As Conferências de Saúde são espaços de participação ampla da sociedade organizada. Reúne-se a cada quatro anos nacionalmente, com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. É convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por ela própria ou pelo Conselho de Saúde.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovadas pelo respectivo conselho.

¹³⁶ Decreto nº 1.651 de 28/09/95.

¹³⁷ Art. 29, XII e Art. 198, inciso III, Constituição da República Federativa do Brasil, 1998; Art. 7º, inciso VIII e Art. 36 da Lei Federal 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); Art. 1º, I e II e §§ 1º a 5º da Lei Federal 8.142/90; Lei Federal 8.625 de 12/02/93; Decreto nº 99.438 de 07/08/90; Decreto nº 1.232 de 30/08/94; NOB/SUS 01/96, item 11.1.6 - DOU 6/11/96; Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, de 23/12/92.

O Conselho de Saúde deve ter condições adequadas de funcionamento, tais como, espaço físico, estrutura administrativa (funcionário, fone, fax, computadores, material de consumo, espaço para reunir-se ordinariamente) assessorias, conselheiros capacitados, dotação orçamentária própria, composição paritária, autonomia para decidir.

Em resumo, as Conferências e os Conselhos de Saúde são competentes para realizarem o controle da sociedade sobre o Estado, no que diz respeito à formulação e à implementação da política de saúde (municipal, estadual e nacional).

Título V

Das Condições, Critérios e Fatores Determinantes na Organização e Planejamento de um Sistema de Saúde. Dos Interesses de Mercado

Este texto tem o objetivo de demonstrar aos membros do Ministério Público e Juízes, que nem sempre um sistema da saúde ou serviços de saúde são organizados pelos seus objetivos finalísticos.

No Brasil, a implantação de serviços de saúde durante o século XX foi marcada pelo interesse empresarial pelo setor, que exercia uma forte influência nos setores governamentais, especialmente, naqueles designados a prestar a atenção à saúde da população, como era o caso do Ministério do Trabalho e Assistência Social, depois o Ministério da Previdência e Assistência Social, seguido pelo Ministério da Educação e Saúde, e, finalmente, pelo Ministério da Saúde, a partir da segunda metade do século, mas que, até 1990 não detinha a competência institucional de prestação de serviços de saúde assistenciais, mas sim, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

A relação do Estado brasileiro com o setor privado de serviços de saúde, apesar de mais de uma década de uma nova ordem institucional sobre o sistema, ainda é marcada por vícios clientelistas e muita promiscuidade institucional, o que a faz se transformar num problema de gestão difícil de ser enfrentado no SUS. Vários fatores interferem diretamente nesta questão. Dentre eles, a lógica de financiamento que, ao longo do século passado, privilegiou o investimento nas instituições privadas e o financiamento do seu custeio, baseado na compra de serviços hospitalares (privados), na lógica de "*compra de procedimentos médicos*", como se mercadorias fossem, com mecanismos de regulação estatal inexistentes ou extremamente frágeis; com a privatização de políticas importantes para o setor, como a da indústria farmacêutica; e, o descontrole absoluto da produção, importação, distribuição e utilização de equipamentos de saúde, que não funcionam na lógica do interesse público.

A inovação e a incorporação tecnológica material, no setor saúde, está ainda hoje completamente nas mãos de interesses comerciais e corporativos, deformando assim, as demandas do SUS e da própria saúde suplementar.

Em outras palavras, o Estado, na maioria das vezes, constrói os hospitais privados, equipa, financia o custeio e a sua manutenção e entrega aos empresários do setor sem garantir mecanismos de melhoria institucional ou de qualidade da atenção à saúde prestada, e ainda, sem garantir acesso público a seus serviços, pelo menos, em condições dignas.

Com relação ao sub-setor privado denominado *saúde suplementar*, registra-se, atualmente, a vinculação de quase 40 milhões de pessoas, e que, somente nas últimas quatro décadas submeteu-se a um certo controle, apenas na esfera contábil e econômica, pelo Ministério da Fazenda, por meio da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Somente com a edição da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde, que o setor saúde entrou em cena como regulador,

especialmente, após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela Lei Federal nº 9.961, de 28/01/2000, já que o Ministério da Saúde, pela administração direta, não detinha nenhuma participação nesta atividade.

A regulação do setor começa a ser concebida com o entendimento de que estas entidades sejam produtoras de saúde e não de mercadorias.

Se observarmos ainda, o período entre 1988 e o momento atual, o sub-setor privado de saúde suplementar, por meio das operadoras de seguros e planos privados de saúde, mantiveram para com o Sistema Único de Saúde, relações predatórias, pela transferência, em volumes variados, das ações de alto-custo dos seus segurados, com a alegação do princípio da universalidade do SUS. Esta ação aniquila a equidade no sistema público, porque constitui-se em "portas de entrada" privilegiadas no sistema público para uma clientela restrita e, além disso, desordenada, por não fundar-se nas necessidades dos grupos populacionais e nos sistemas de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde.

A aplicação da Lei que instituiu o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de seguros e planos privados de saúde não foi implementada no todo e não abrange todas as ações de saúde. Está ainda restrita ao ressarcimento dos atendimentos de urgência.

A constituição do setor privado de saúde no Brasil pode ser considerada como a de um "*mercado sem risco*". Sempre esteve protegido, mais como beneficiário da Previdência Social, do que como prestador de serviços aos seus associados e dependentes. Inicialmente, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, depois pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e, finalmente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, por uma relação estabelecida apenas por um credenciamento de prestação de serviços, cujo pagamento era realizado contra a apresentação de fatura mensal. Contou com linhas de financiamento privilegiadas, "a fundo perdido", por meio da Caixa Econômica Federal, com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, criado pela Lei nº 6.168 de 09 de dezembro de 1974, pelo Presidente Ernesto Geisel. O FAS financiava, com recursos do Tesouro Nacional, projetos de interesse do setor público e do setor privado, inclusive de pessoas físicas, nas áreas de Saúde e Saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência social e abrangia *investimentos fixos, custeio e manutenção*, inclusive em empreendimentos de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos.

O Setor privado da saúde contou ainda, com benefícios de renúncia fiscal, de não-incidência, anistias, isenções fiscais, e subvenções. A rigor, a rede privada de prestação de serviços de saúde no Brasil, recebe recursos públicos para investimento, custeio e manutenção, mas não são públicas, tampouco poderia ser chamada de atividade empresarial porque não têm ônus e nem risco.

A rede privada de saúde expandiu-se, sensivelmente, com maior vigor nas décadas de 60 e 70, constituindo-se na década de 90, em 76% da oferta de leitos hospitalares no país.

Atualmente, no processo de implementação do SUS, após a Constituição de 1988 e a edição da Lei Orgânica da Saúde, além dos mecanismos já citados, internos ao setor saúde, outros instrumentos e mecanismos de controle e regulação foram instituídos para a sociedade civil e estão sendo estabelecidos. Dentre eles, o Sistema de Controle Social do SUS (Conferências e Conselhos e Saúde), o Ministério Público, o Código de Defesa do Consumidor e os PROCONs.

Na prática da gestão do sistema, especialmente do Sistema Municipal de Saúde, onde os prestadores privados de serviços de saúde exercem maior poder de pressão, por motivos óbvios, mas também, no âmbito dos Sistemas Estaduais, existe uma resistência imensa em se submeterem à regulação administrativa (contratação, controle e avaliação) e ao controle social do serviço como parte do Sistema Único. Resistem a que estes serviços sejam de "relevância pública" e que a relação com o setor público deva se dar pelas "diretrizes do poder público" e com "contratos de direito público". Preferem ser chamados de "credenciados" e não ter vínculo formalizado com o sistema, porque a demanda chegará de qualquer maneira e quanto mais "precarizada" estiver a relação com o poder público, maiores são as possibilidades de comercializar a relação com os usuários. Alegam o "cerceamento da iniciativa privada", entre outros. Nos processos negociatórios, é visível, em grande parte, a relação mercantil que tentam manter no SUS. Ou seja, uma relação que não se estabelece com base na compreensão de que as ações e serviços de saúde não têm o mesmo conteúdo de bens de comércio. Vale dizer, de mercadorias.

É muito difícil para uma grande parte dos gestores – até porque nem todos têm o entendimento necessário do seu papel e o dos prestadores privados de serviços de saúde –, conseguirem negociar seus contratos em outros termos que não sejam: *"quero tantas AIH¹³⁸..."*, *"antes eu tinha 300 AIHs, agora estou só com 200... estão me perseguindo..."*, *"tenho 80 RX simples..."*, *"não tem visita para carente..."*, *"não atendo câncer..."*, *"preciso de mais parto..."*, *"não aceito cirurgia eletiva¹³⁹ do SUS..."*, *"meus médicos não ficam o dia todo no hospital..."*, *" não tenho esse negócio de médico pediatra na sala de parto... de enfermeira formada...de nada...é médico e cama e pronto... tem lugar pior..."*, *"se chamar o médico, depois que ele passou no plantão, cobro a consulta..."*, etc. etc. etc.

Negociar em outros termos significa identificar, no Plano de Saúde, as ações e serviços necessários ao SUS, que não existem no sistema público local ou regional – que ofereça condições razoáveis de acesso –, e que devem ser alocadas com os prestadores privados, se existirem. O procedimento mais adequado é verificar se existe, no setor privado, *mais oferta* das ações do que as que o sistema necessita, com mais

¹³⁸ AIH = Autorização de Internação Hospitalar, que, no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, geram a fatura de pagamento pelos procedimentos realizados durante uma determinada internação.

¹³⁹ Cirurgia Eletiva é aquela programada. Não é emergência, pelo menos aparentemente. O problema é quando alguns casos são considerados de cirurgia eletiva, erroneamente, e acontece de ter havido erro de avaliação (diagnóstico) e o "paciente" pode vir a ter problemas graves. Muitas vezes, algumas situações limites são definidas como cirurgias eletivas, os usuários não suportam a espera e acabam por solicitar a cirurgia pagando "por fora" do SUS. Esta é uma das "brechas" que o "mercado" tem para pressionar contra o SUS.

de um prestador. Se houver, promove-se a compra dos serviços, com base na Lei 8.666 de 21 de junho de 1993, que institui normas para Licitações e Contratos da Administração Pública. Se não houver mais serviços, mesmo que haja mais de um prestador, promove-se à contratação, com base no direito público.

Estes procedimentos são válidos também para os serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia, tais como laboratórios, radioimagens, entre outros.

Além disso, caso o município ou estado tenha serviços de "referência" para os usuários do SUS de outras localidades, outros municípios ou outros estados, conforme o caso, o gestor que está planejando deve incluir este atendimento de demanda externa no conjunto de serviços a serem contratados conforme tenha sido pactuado durante a elaboração da Programação Pactuada Integrada – PPI pelas comissões intergestores.

Os serviços privados de saúde no Brasil têm importância significativa para o Sistema Nacional de Saúde. Representam grande parte dos serviços de saúde existentes. Têm importância decisiva nos pequenos municípios, quando existem. Mas é preciso ter claro que estamos construindo uma outra cultura de cidadania no País. Neste novo cenário há outros importantíssimos atores sociais: muito especialmente, os Conselheiros de Saúde e os Promotores de justiça.

Dos Compromissos Políticos com Grupos ou Pessoas

Anotou-se brevemente reflexões sobre a constituição do sistema de saúde no Brasil, no enfoque da organização do sistema privado como um todo. Ressalte-se que, para além do macro-projeto político privatista, que ainda é hegemônico, por dentro da administração pública, estes interesses privados, particulares, acabaram por dar as cartas, fazendo valer, em todo País, uma (des)organização dos serviços públicos que, de longe, significa o atendimento às demandas e às necessidades da população. Quase sempre organizados com base na "capacidade de oferta" fundada em interesses privados, esses atendimentos acabaram por modificar completamente o perfil dos usuários do sistema.

Temos atualmente, na maioria da vezes, uma rede de serviços públicos de saúde que não se comunica internamente e não dialoga com a sociedade. Marcada pelo desperdício e pela falta de recursos ao mesmo tempo, quase sempre mal alocados, dispersos, inadequados, inutilizados, sem manutenção, enfim, sucateada no conjunto, demonstra que o seu processo de instalação não foi pautado por qualquer tipo de planejamento e coordenação comprometidos com o interesse público, registrando-se, desde já, as raras e honrosas exceções.

Na sua maioria, os serviços foram sendo constituídos no tempo, com recursos que foram se juntando disformemente. Chegou o médico-ginecologista, amigo do... anos depois a mesa ginecológica. Contratou-se a enfermeira, irmã do... anos depois adquiriu-se materiais e solicitou-se a construção de espaços para atividades clínicas ou de educação para a saúde. Contratou-se o pediatra, primo do... meses depois chegaram os instrumentais necessários ao atendimento infantil. Comprou-se os

equipamentos de laboratório de análise clínica do tio do... e nunca foi contratado o bioquímico. Dão-se as receitas e não se fornecem os medicamentos. Pedem-se os exames e não se orienta onde fazê-los. Fazem-se os exames e não são fornecidos os resultados... Fornecem-se os resultados e não se garante o retorno ao médico...

A partir da Constituição Federal de 1988, na qual garantiu-se que SAÚDE É DIREITO, esta relação vem se modificando e a sociedade brasileira, de várias formas vem "*colocando o pé na porta*" e está interferindo cada vez mais no sistema de saúde. Propõe diretrizes, reivindica serviços, exige bom atendimento, denuncia desmandos, solicita trabalhadores, reivindica condições dignas de atendimento, exige qualidade. Muito assustados, os poderes tradicionais resistem... não conseguem entender... medem forças... Na verdade, não estão acostumados "*com governo do povo, pelo povo e para o povo...*", com "*participação da comunidade...*", "*controle social...*", "*justiça para pobres ou carentes...*". Afinal, uma sociedade que se constituiu de forma patrimonialista, não pode compreender o que é direito de cidadania, direitos sociais, difusos, coletivos, públicos... Há muito o que fazer...

Por outro lado, já existem, em vários pontos do País, experiências novas de sistemas de saúde que estão sendo implementados com base em novos fundamentos, novas formas de exercício de poder. Sistemas que tomam a saúde como uma política, centralmente, de inclusão social e de promoção da equidade, como direito de cidadania, de conteúdo ético, que transforma a cultura de um povo, e que possui valor estético, inclusive.

Neste sentido, a atuação dos milhares de conselheiros de saúde, desde os pequenos municípios até os estados e no âmbito da gestão federal do SUS, tem operado uma grande diferença, com todas as dificuldades e problemas que enfrentam e que conhecemos. Até porque, são todos parte da sociedade que representam. No entanto, em muitos casos, também não têm conseguido modificar a realidade. Esperam muito da atuação dos Promotores de Justiça, do Ministério Público...

Dos Indicadores Básicos de Saúde

Historicamente no Brasil, a esmagadora maioria dos serviços de saúde foram organizados com base nas formas tradicionais de definir prioridades políticas, ou seja, a partir dos recursos disponibilizados, seja pelo mercado, seja pelas relações político-clientelistas ou por relações de vínculo familiar. Mas existiram também aqueles que foram organizados por mecanismos de pressão/demanda social, por necessidade.

A partir da década de 80, com todos os fatos marcantes da política nacional e, em especial, na política nacional de saúde, como foi o Movimento pela Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituinte, a nova Constituição Federal e posteriormente a Lei Orgânica da Saúde, podemos afirmar que o sistema de saúde brasileiro vem dando saltos qualitativos em seu reordenamento institucional.

Exemplo disto vêm sendo as tentativas de organização do sistema a partir do (re)conhecimento da realidade por meio de *indicadores básicos* econômicos

demográficos, sociais e epidemiológicos. Ou seja, a partir das informações acumuladas e sistematizadas sobre uma determinada realidade, organizam-se ou reorganizam-se as ações e os serviços de saúde.

Estas informações, nem sempre são produzidas no próprio local, onde foram coletados os dados, como são as produzidas pelo IBGE; pelo DATASUS/MS¹⁴⁰, por meio da Rede Nacional de Informações em Saúde – RNIS, que opera os maiores sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIH, SIA, SIM, SINASC e SINAN); pelo CENEP/MS; e pela FUNASA/MS¹⁴¹, entre outros. Mas é fundamental que sejam analisadas e avaliadas em seu ponto de origem pelas comunidades locais, incluindo os próprios profissionais de saúde, os conselheiros de saúde e os gestores. Outras informações, mais específicas, são geradas e produzidas no próprio local. O fato é que as informações são importantes, porque são decisivas para as discussões sobre a organização do sistema de saúde, no que diz respeito à hierarquização de prioridades, ao acompanhamento de sua implementação, à avaliação das ações e serviços, à aplicação dos recursos disponíveis e seus resultados. As informações utilizadas adequadamente contribuem para que as decisões não sejam tomadas com base em *dados subjetivos*, em *conhecimentos ultrapassados* ou em *preconceitos*.

Desde 1975 o Brasil instituiu a organização das ações de *Vigilância Epidemiológica*, o *programa nacional de imunizações* e a *notificação compulsória* de doenças¹⁴², mas estas informações raramente foram utilizadas para o planejamento da gestão e da organização dos sistemas de saúde.

A "*utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática*" é princípio do SUS, estabelecido na Lei Orgânica da Saúde¹⁴³, além disto, é competência do SUS a "*organização e coordenação do sistema de informação em saúde*"¹⁴⁴.

A adoção de indicadores baseados em informações epidemiológicas para planejar as ações e serviços de saúde tem como objetivo possibilitar a análise da situação de saúde de cada realidade. Que se leve em consideração as condições de vida da população que influenciam no seu processo saúde-doença-saúde ou saúde-doença-óbito, normalmente conhecido como "*processo saúde-doença*".

O Ministério da Saúde, por meio de seus órgãos, construiu Sistemas de Informação em Saúde, que contribuem para a definição e utilização de indicadores epidemiológicos, dentre os quais, temos:

- O Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

¹⁴⁰ <http://www.datasus.gov.br>

¹⁴¹ <http://www.funasa.gov.br>, Sistemas de Informação em Saúde.

¹⁴² Lei Federal 6.259 de 30/10/75.

¹⁴³ Art. 7º, VII, Capítulo II - Dos princípios e diretrizes do SUS, Lei nº. 8.080/90.

¹⁴⁴ Art. 15, IV, Capítulo IV - Da competência e das Atribuições do SUS, na Seção I, Lei nº. 8.080/90.

Criado em 1975, produz estatísticas de mortalidade e os principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas também sócio-demográfico. A captação desses dados, em todo país é feita pela Declaração de Óbito (DO)¹⁴⁵.

Deste sistema de informação (SIM), os indicadores utilizados com maior frequência, combinados ou não com dados populacionais, são: *mortalidade* proporcional por grandes grupos de causas determinadas, mortalidade proporcional por faixa etária, taxa ou coeficiente de mortalidade por causas específicas, taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por determinada doença em determinada faixa etária, taxa ou coeficiente de mortalidade materna.

- O Sistema de Nascidos Vivos – SINASC

Implantado em 1990, tem como formulário de entrada de dados padrão, a Declaração de Nascido Vivo – DN, do Ministério da Saúde, que deve ser preenchida para todos os nascidos vivos no país, assim entendido, *"todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta"*¹⁴⁶.

Este Sistema de Informação não está totalmente implantado no Brasil, mas os principais indicadores que poderiam ser formulados para *avaliação de riscos* são: a proporção de nascidos vivos de baixo peso; a proporção de prematuridade; a proporção de partos hospitalares; a proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe.

Alguns indicadores também podem ser formulados para a *avaliação da rede de serviços de atenção à gravidez e ao parto*, como por exemplo a proporção de Apgar no primeiro minuto, menor que 7 em nascidos vivos com mais de 2.500 g. ou o número de consultas pré-natal realizadas para cada nascido vivo, entre outros.

Podem ainda ser calculados indicadores clássicos voltados à caracterização geral de uma população, como a *taxa bruta de natalidade* e a *taxa de fecundidade geral*.

- O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Teve como precursor o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças – SNCD, criado em 1975¹⁴⁷, que era preenchido pelas Unidades de Saúde, semanalmente, por meio do Boletim Semanal de Doenças. Consolidado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e encaminhado ao Ministério da Saúde.

¹⁴⁵ Lei nº 6.015/73, alterada pela Lei nº 6.216/75.

¹⁴⁶ Conceito da Organização Mundial da Saúde – OMS.

¹⁴⁷ Lei Federal 6.259 de 30/10/75.

O SINAN foi criado em 1990. Foi concebido e desenvolvido com o objetivo de coletar e processar dados sobre *agravos de notificação* em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do *perfil de morbidade*, podendo ser operado a partir das Unidades de Saúde ou no nível central das secretarias municipais de saúde, no nível regional ou nas secretarias estaduais.

O formulário de entrada de dados tem duas partes. A primeira, a Ficha Individual de Notificação – FIN, é encaminhada aos serviços responsáveis pela vigilância epidemiológica, pelas unidades de saúde, a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum dos agravos notificáveis. A segunda, a Ficha Individual de Investigação – FII, configura-se como um roteiro de investigação para cada tipo de *agravo*, sendo utilizado preferencialmente pelos serviços municipais de vigilância.

A impressão e a distribuição dos formulários é de responsabilidade do Estado ou Município, bem como sua numeração. O sistema conta ainda com módulos para cadastramento de unidades notificadoras, população, logradouros, etc.

Este sistema de informação só poderá ser adotado para o cálculo de indicadores nos locais onde ele é utilizado normalmente. Possui dados para o cálculo de indicadores extremamente úteis, como a *taxa ou coeficiente de incidência*, *taxa ou coeficiente de prevalência*, *taxa ou coeficiente de letalidade*, dentre outros.

- O Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

O SIH/SUS não foi concebido sob a lógica epidemiológica, mas para operar o sistema de pagamento de internação dos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Em 1986, foi implantado nos hospitais filantrópicos, em 1987, nos universitários e de ensino, e em 1991 nos hospitais públicos municipais, estaduais e federais, nesse último caso somente aos da administração indireta e de outros ministérios.

Este sistema consolida em torno de 70% das internações hospitalares, resultando numa importante fonte de informações das enfermidades que requerem internação (morbidade hospitalar). Seu formulário, a AIH¹⁴⁸, dentre outros dados, registra o CID (Código Internacional de Doenças), o que possibilita a sua utilização

¹⁴⁸ De acordo com Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde - SAS/MS, as Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs são fornecidas pelo Ministério da Saúde, mensalmente, às Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a quantidade estipulada para o Estado, que, desde o início de 1995 é equivalente a 9% da população residente (estimada pelo IBGE) ao ano, ou seja, 1/12 de 9% da população ao mês. O estado é responsável pela sua "redistribuição" aos municípios, sendo o quantitativo de cada Município definido na Programação Pactuada e Integrada - PPI. As AIHs são numeradas e esses números têm uma validade de quatro meses e a partir daí não são mais aceitos pelo sistema. Isso permite uma certa compensação temporal, naqueles estados em que a sazonalidade da ocorrência de doenças influencia fortemente o número de internações. Os Estados, tem, portanto, um verdadeiro "Banco de AIHs", dos Municípios que não tem hospitais, das sobras dos Municípios que tem poucos recursos hospitalares, de todos os Municípios que não são Gestores Plenos do Sistema Municipal de Saúde, entre outras razões e, por isto, tem um poder enorme de negociação regional, com os Municípios e, diretamente com os prestadores de serviços de saúde ao SUS.

como dado epidemiológico e vem sendo, gradativamente, incorporado à rotina de análise e informações de alguns órgãos de vigilância epidemiológica de estados e municípios.

A finalidade do sistema é propiciar a elaboração de indicadores de *avaliação de desempenho de unidades* além do *acompanhamento dos números absolutos relacionados à frequência de AIHs e o valor total*, entre os quais podem ser citados: *tempo médio de permanência* geral ou por alguma causa específica, *valor médio da internação*, geral ou por alguma causa específica, *proporção de internação por causa ou procedimento* selecionado, *utilização de UTI*, *mortalidade hospitalar* geral, ou por alguma causa, ou procedimento específico.

Outros indicadores vêm sendo utilizados pelos gestores para uma primeira aproximação da *avaliação de cobertura de sua rede hospitalar* e até para priorização de ações de caráter preventivo. Entre esses se destacam: relação entre as proporções de população, de AIHs pagas, de valor total de internação e de dias de internação por faixa etária e/ou sexo, taxa de utilização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa), índice de hospitalização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa), índice de gasto com hospitalização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa).

- O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS¹⁴⁹

Implantado em todo o território nacional em 1991, o SIA/SUS não mudou substancialmente desde sua implantação. Por obedecer à lógica de *pagamento por procedimento* não registra o CID do(s) diagnóstico(s) dos pacientes e portanto não pode ser utilizado como informação epidemiológica. Suas informações são utilizadas juntamente com outros indicadores operacionais importantes como complemento das análises epidemiológicas a exemplo do *número de consultas médicas por habitante ao ano*, *número de consultas médicas por consultório*, *número de exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas médicas*.

Além destes sistemas de informações específicos do setor saúde, que fornecem indicadores que contribuem para a mudança de perfil de organização da rede de serviços de saúde e da gestão do sistema, existem outros, de fundamental importância, especialmente a Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios – PNAD, do IBGE. Por ela, podem ser construídos os seguintes indicadores demográficos: população do território para o qual se está planejando o sistema de saúde; distribuição da população no território (área urbana e rural); distribuição por faixa etária; crescimento populacional; densidade populacional (hab/Km²); relação de masculinidade (homens por 100 mulheres); população com acesso a água tratada; acesso a esgotamento sanitário; renda *per capita*; taxa de pobreza (população com renda inferior a ½ SM); taxa de desemprego; taxa de alfabetização; expectativa de vida ao nascer (masculina e feminina); taxa bruta de natalidade (por 1.000 hab.); e, taxa de fecundidade geral.

¹⁴⁹ <http://www.datasus.gov.br>

Título VI

Da Organização da Atenção à Saúde. Do Cuidado Integral na Atenção à Saúde e as Ações Programáticas de Saúde. Do Sistema de Referência e Contra-Referência para a Atenção à Saúde

A organização da atenção à saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde é baseada numa nova forma de compreender o processo entre "*estar sadio, e adoecer*" das pessoas. Ou seja, *estar sadio* ou *estar doente* não é um problema e uma responsabilidade da pessoa, individualmente referida. Não é também um problema que deve ser resolvido por um setor de governo. As pessoas adoecem e morrem, mais ou menos, antes ou depois, de acordo com comportamentos e hábitos, mas, principalmente, de acordo com a vida e a ocupação que podem ter, ou seja, conforme as condições dos seus ambientes de vida e trabalho. Tanto é que a *esperança de vida ao nascer* no Brasil, no ano 2000 era, em média, de 64,77 anos para os homens e de 72,55 para as mulheres. Mas, esse *tempo de esperança de vida ao nascer* muda de acordo com as condições de vida que cada uma das regiões brasileiras oferecem, como podemos ver abaixo:

Quadro 05: Esperança de vida ao nascer, Brasil e Regiões – Ano 2000

Região	Esperança de Vida ao Nascer	
	Homens	Mulheres
Região Norte	65,63	71,73
Região Nordeste	62,72	68,86
Região Sudeste	65,11	74,32
Região Sul	67,27	75,02
Região Centro-Oeste	66,24	72,97
Brasil	64,77	72,55

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Como se pode observar, em todas as regiões do Brasil, a esperança de vida ao nascer para os homens era menor que para as mulheres. E ainda, que os homens da região nordeste tinham a menor esperança de vida ao nascer, do Brasil, naquele ano, enquanto que as mulheres da Região Sul tinham a maior esperança de vida ao nascer. Por regiões, poderíamos afirmar que a qualidade de vida da Região Nordeste era a pior para homens e mulheres naquele ano, e que, a Região Sul é a que apresentava melhores condições de vida para ambos os sexos.

Este exemplo demonstra que a saúde não pode ser considerada apenas como ausência de doença. Deve ser vista como um processo que se constrói ativamente, interferindo em tudo que possa arruinar a qualidade de vida das pessoas.

Mas, a organização de um sistema de saúde estará sempre orientada para atender a uma *determinada comunidade* ou a *determinados interesses*, conforme a

compreensão que cada governante tem sobre este processo comumente chamado de "processo saúde-doença" e, ainda, pelo que compreende deste "bem" chamado saúde.

No mundo todo, em maior ou menor grau, temos assistido à disputa entre duas formas principais de se organizar um sistema de saúde. De um lado, o campo da chamada *Medicina Científica ou Flexneriana*, que propõe a organização, a produção e a distribuição de serviços de saúde sob o critério central da lógica do mercado, como já foi visto nos títulos anteriores deste Manual. E, de outro, o campo da chamada *Saúde Coletiva*, que busca respostas às necessidades de saúde da população, comprometendo-se com a saúde enquanto direito de cidadania (REIS). Este último campo conseguiu avanços que estão constitucionalmente assegurados no Brasil mas, na prática, existe uma disputa cotidiana entre os que defendem um modelo e os que defendem o outro.

Por estas razões, diz-se que a política de saúde se constitui em, pelo menos, três dimensões: a *política*, a de *saber* e a *organizativa/assistencial*, conforme demonstra o quadro 04¹⁵⁰.

Dimensões	Campo da Medicina Científica	Campo da Saúde Coletiva
Político/ideológicas	- Liberal privatista ou neoliberal; - Saúde (doença) enquanto mercadoria.	- Democratização ampla, estado e sociedade; - Saúde enquanto direito de cidadania.
Saber	- Ciência positivista ou neopositivista - Concepção saúde/doença em bases biológica, mecanicista, individualista e reducionista. Prestígio da fisiopatologia, onde a doença é tratada como uma alteração morfológica e ou funcional do corpo humano. Predomínio da clínica biologicista com concessão à uma epidemiologia unicausal ou multicausal	- Materialismo histórico, planejamento estratégico, planejamento urbano, psicanálise, além da epidemiologia e da clínica; - Concepção saúde/doença da Epidemiologia Social Latino-americana que enfatiza o vínculo entre saúde e condições de vida, correlacionando as dimensões biológicas, ecológicas, culturais, da consciência e conduta e dos processos econômicos, com base no conceito de reprodução social.
Organizativa/assistencial	- Comando pelo mercado da doença (seguros, serviços, fábricas e comércio); - Concentração de serviços nas cidades mais desenvolvidas e nos centros comerciais destas; - Acesso mediado pelo poder aquisitivo do consumidor; - Preponderância do hospital como locus das ações; - Ênfase na medicina curativa; exclusão das práticas alternativas; especialização e tecnificação crescentes dos atos médicos; - Eficácia medida pelo grau de restauração ou manutenção da força de trabalho; - Desconsidera a intersectorialidade.	- Comando único em cada esfera de governo, atravessado pela participação da sociedade civil organizada; - Descentralização e regionalização de ações e serviços; - Universalidade do acesso; - Constituição de rede hierarquizada segundo necessidades e níveis tecnológicos exigidos; - Integralidade nas ações abrangendo o indivíduo e o coletivo nos aspectos de promoção, prevenção e cura em todos níveis; - Eficácia dada pelo impacto na melhoria das condições de vida e da existência humana; - Valorização das ações intersectoriais.

Elaboração: REIS, A. T.

A *organização da atenção* à saúde proposta pelo SUS, a partir de uma rede de ações e serviços próprios do setor, vinculada a uma política de desenvolvimento de

¹⁵⁰ REIS, A. T., Apontamentos para uma Apreciação de Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde, mimeo, Belo Horizonte – MG.

ações intersetoriais, incluindo o reconhecimento da influência das políticas sociais e macroeconômicas, no resultado da qualidade de vida e saúde das comunidades, baseia-se na concepção de saúde-doença como processo, produzido socialmente, e em uma nova prática sanitária.

A *atenção à saúde* é então 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.

As ações de *prevenção das doenças e dos acidentes* são organizadas e executadas como forma de planejar intervenções antecipando-os, atuando sobre um problema específicos ou sobre um grupo de problemas, de modo a alcançar pessoas ou grupos em risco de adoecer ou de se acidentar. Dentre as ações individuais, estão as imunizações, o controle pré-natal, a educação para a saúde e o diagnóstico precoce de algumas doenças crônicas. A vigilância sanitária é um exemplo de ação coletiva de *prevenção das doenças e dos acidentes*.

A *assistência* à saúde é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, inclusive no domiciliar, procurando integrar as práticas clínicas e sanitárias, promovendo a equidade e construindo um trabalho de equipe mediante explicação/intervenção nos fenômenos que operam em todos os momentos do processo saúde-doença.

As ações de *promoção e proteção da saúde* são as intervenções ambientais, as intervenções nas relações e nas condições sanitárias dos ambientes de trabalho, o controle da produção e distribuição dos bens, produtos e serviços, o controle de vetores e hospedeiros, a operação de sistemas de saneamento ambiental, entre outros. Parte destas ações é desenvolvida pelo setor saúde, outras, por outros setores de governo, outras ainda, são planejadas e operacionalizadas, em conjunto, por um ou mais setores de governo.

As *políticas intersetoriais* que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, das quais fazem parte as políticas macroeconômicas são: as políticas de emprego, de habitação, de educação, de lazer e a disponibilidade e qualidade dos alimentos, entre outras. Estas ações não são operacionalizadas pelo setor saúde, nem são financiadas pelo fundo de saúde, mas deveriam contar com indicadores de saúde e com tecnologia do setor para o seu planejamento, como por exemplo, com a participação da comunidade.

O *Sistema Único de Saúde* é uma estrutura, criada para providenciar serviços destinados a promover saúde e prevenir doenças, no que couber, recuperar a saúde ou reabilitar o cidadão por danos causados à sua saúde. Deve assegurar o acesso a uma atenção de boa qualidade e a um custo razoável. O sistema é composto, entre outros, por instituições, estabelecimentos de saúde, serviços, tecnologia e processos de

trabalho, que se organizam em níveis de *complexidade ascendente*. Possui vários componentes – equipes de saúde responsáveis por grupos de usuários ou comunidades e unidades de saúde (unidades de atenção básica, especializadas, serviços de urgência, hospitais, farmácias, etc.), que produzem vários tipos de ações (preventivas, consultas, atendimentos diversos, vacinações, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, dispensação de medicamentos, internações hospitalares, entre outras) –, mas será considerado *sistema* somente se houver uma *interligação* e uma *interação* entre seus componentes, que produza uma *atenção organizada e respostas* às necessidades de saúde de uma determinada população com *comando único* em cada esfera de governo.

Estes estabelecimentos e serviços relacionam-se entre si por meio de mecanismos e instrumentos de *referência* e *contra-referência* da atenção aos seus usuários, configurando-se no que se denomina por "*rede de atenção ou de serviços de saúde*" com o objetivo de assegurar a *universalidade* (para todos), a *integralidade* (atendimento conforme for preconizado, ou recomendado, ou prescrito, ou indicado pela equipe de saúde) e a *equidade* (conforme a necessidade) da atenção à saúde.

A organização dos serviços em *sistema* de saúde deve basear-se nos princípios da (1) *descentralização* (a esfera de governo responsável pela oferta das ações e serviços de saúde ao cidadão é o município); (2) da *regionalização* (*local, microrregional, regional, Estadual e Nacional*), com a rede de serviços planejada a partir de critérios epidemiológicos e com *adscrição* da população a ser atendida (o cidadão deve saber quem é o profissional, ou a equipe de saúde, que é responsável pela sua saúde); e (3) da *hierarquização* (a porta de entrada para o sistema deve ser as equipes de saúde responsáveis por grupos de usuários ou comunidades ou as unidades básicas de saúde; se necessário, fazem-se encaminhamentos para as unidades de atendimento especializado ou para hospitais de atendimento básico, inclusive as urgências e hospitais de média e alta complexidade).

A *hierarquização da atenção à saúde* não significa apenas organizar a rede física de serviços de saúde, mas significa a implementação de mecanismos que garantam o acesso às ações e serviços de toda a complexidade requerida. Inclui a organização de fluxos de encaminhamentos – referência – e de retorno dos usuários e das informações sobre o atendimento realizado, para o nível da atenção básica do sistema, ou seja, dos profissionais responsáveis pela saúde dos mesmos – contra-referência.

A centralidade da organização da rede de atenção à saúde do SUS está na capacidade efetiva do gestor de saúde de *mudar o enfoque* centrado no atendimento ao *indivíduo*, para a atenção à saúde *coletiva*; na utilização prioritária da assistência *hospitalar*, para a ampliação das *ações de atenção básica* e de *vigilância à saúde*, organizadas com referência nas informações epidemiológicas; na utilização prioritária de *equipamentos* (tecnologia dura), para as *tecnologias leves* (recursos cognitivos, acolhimento, adscrição dos usuários aos serviços de saúde, processo de trabalho sob a responsabilidade de equipe de saúde, entre outros); na predominância da *clínica médica*, para as ações desenvolvidas por *equipes multiprofissionais*; e, na dispensação

indiscriminada e irregular de *medicamentos*, para as *ações de promoção, proteção e de educação para a saúde*.

Mudar o enfoque não significa desconsiderar a importância do acesso da população a todas as ações e serviços necessários às soluções dos problemas de saúde existentes em sua comunidade e que acometem, inclusive, às pessoas individualmente. Significa que, enquanto política pública de saúde, a demanda por ações específicas e individualizadas devem ser organizadas em um sistema que atue no processo promoção da saúde → na identificação e na intervenção em situações ou fatores de riscos → na prevenção de doenças → na assistência e → na recuperação da saúde e não, como é o enfoque atual de se “operar” apenas no processo doença → recuperação → doença...

A organização de um sistema de saúde deve estar fundamentada na análise das *causas dos problemas*, baseada em informações demográficas, sociais e econômicas da localidade para a qual se planeja o sistema e em análise da situação epidemiológica. Além disso, deve ser acompanhada de projetos governamentais de sua efetiva solução.

Por isto, é necessário:¹⁵¹

- a) Compreender que os *problemas individuais de saúde* são expressão de *processos coletivos* de formas de vida. As ações e serviços que respondem às necessidades individuais da população são necessários mas, além das ações curativas e reabilitadoras, devem ser incorporadas, prioritariamente, as ações de proteção e promoção da saúde;
- b) Organizar Sistema de Informação¹⁵² e Comunicação em Saúde, que contribua para a compreensão da comunidade sobre *seus problemas*, inclusive a apropriação do conceito de informação epidemiológica, que favoreça o desenvolvimento de comportamentos e ações mais saudáveis por parte dos cidadãos, respeitando a sua cultura e os seus conhecimentos, que amplie o juízo sanitário da população para a preservação e defesa de um ambiente de vida e trabalho saudável, que divulgue todos os serviços de atenção à saúde disponíveis e que contribua para a organização da comunidade em defesa da saúde.
- c) Organizar o Sistema de Vigilância à Saúde, com
 - *serviço de epidemiologia* garantindo a produção e a divulgação das informações sobre a cobertura vacinal de todas as vacinas obrigatórias; a notificação e a divulgação das informações sobre a prevalência, incidência e mortalidade por doenças de notificação obrigatória; a notificação e a divulgação sistemática de todas as doenças transmissíveis (através do ar, da água, dos alimentos e do contato com pessoas e animais), das doenças crônico-degenerativas, das endemias, das toxologias e das doenças produzidas pelo ambiente de modo geral, inclusive pelo ambiente de trabalho; as ações de bloqueio,

¹⁵¹ REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. B. P. Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil, Série Técnica, Volume 7, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Brasília, 2003.

¹⁵² Art. 15, IV da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

quimioprofilaxia entre outras; o estudo e a divulgação da cobertura e resultados das ações e serviços de saúde de programas especiais, analisando-se a necessidade de se implantar novos programas, incluindo as doenças de testagem obrigatória em doadores de sangue; o estudo e a análise permanente da morbidade ambulatorial e hospitalar, verificando sempre o local de ocorrência, apontando para a revisão das prioridades de oferta de ações e serviços de saúde; a implantação dos sistemas de informações epidemiológicas básicos, prioritariamente os de registro de nascidos vivos, mortalidade, morbidade e de vigilância nutricional e alimentar.

- e, serviço de *vigilância sanitária*, que inclui a *vigilância ambiental*, para o controle da emissão de poluentes, controle de vetores, da fluoretação da água, do destino do lixo, especialmente o hospitalar; a *vigilância nutricional e de alimentos*, incluindo a avaliação do grau de nutrição de populações de risco, tais como crianças, gestantes e idosos e o controle sanitário dos alimentos; a *vigilância a estabelecimentos saúde e de uso coletivo*; a *vigilância de imunobiológicos, medicamentos* incluindo à produção, distribuição, armazenagem, dispensação e custo; a *vigilância aos ambientes de trabalho*, entre outros.
- d) Organizar, para cada comunidade, as ações e os serviços de saúde, assegurando o acesso universal, integral e de forma equânime:
- planejados à partir das *necessidades* ou *problemas individuais e coletivos* próprios de cada comunidade;
 - *acessíveis* à população durante o maior tempo possível, sem barreiras físicas e capazes de atender com efetividade às necessidades da comunidade;
 - com ações básicas de saúde realizadas próximo da residência (ou na residência) ou no trabalho dos cidadãos. As unidades básicas de saúde (postos de saúde, centros de saúde, unidades sanitárias) ou equipes de saúde da família devem estar organizadas de modo a facilitar o atendimento, com resolubilidade, para que se constituam como a porta de entrada do sistema;
 - com oferta suficiente de ações e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia, tais como, exames de radiodiagnóstico, de patologia clínica, de traçados gráficos, ultra-sonografia, medicina nuclear, imagenologia, hemodinâmicos e outros exames especializados, consultas especializadas, internações hospitalares, atendimentos a grupos populacionais de maior risco, como a mulher, a criança, o trabalhador, os portadores de sofrimento mental, de DST/AIDS, de hanseníase, entre outros, conforme a realidade, e atendimento às ações de reabilitação. Além disso, assegurar a assistência farmacêutica necessária ao tratamento proposto;
 - com unidades de saúde de referência ambulatorial e hospitalar organizadas de forma hierarquizada e regionalizada de modo a garantir o atendimento aos usuários pelas unidades básicas de saúde, pelas equipes de saúde da família e de agentes comunitários.
- e) Contratar serviços privados de saúde, em caráter complementar, quando o setor público não estiver estruturado para oferecê-los.
- f) Instituir rede de petição e compromisso com mecanismos ágeis de marcação de consultas especializadas e de solicitação de vagas para internações, que devem ser garantidas (agendadas) pelo próprio sistema de saúde e funcionar de forma a

- evitar o desgaste do usuário, o custo financeiro desnecessário e a “seleção de usuários” pelos serviços de referência, com controle público;
- g) Definir o território de atuação e responsabilidade sanitária dos respectivos gestores, dos serviços ou equipes de saúde;
 - h) Executar as ações e serviços de saúde, inclusive as atividades de gestão do sistema, com equipes multiprofissionais (que se complementam na compreensão dos processos e na integralidade das ações, inclusive na clínica) e, de preferência, utilizar-se de conhecimentos transdisciplinares como os recursos do institucionalismo, da arte, da cultura, entre outros.
 - i) Construir coletivamente um novo processo de trabalho, baseado na legislação vigente (saúde como direito), nas diretrizes emanadas dos fóruns de controle social e do órgão gestor, com elaboração negociada de fluxogramas de funcionamento dos serviços e de protocolos de procedimentos, de ações e rotinas, capazes de resolver os problemas de saúde dos usuários;
 - j) Construir um sistema de saúde que garanta:
 - *acesso* dos usuários às ações e serviços de saúde. Os usuários devem ser atendidos nas unidades de saúde ou em seus domicílios, conforme suas necessidades;
 - *acolhimento*. É necessário humanizar as relações entre os *serviços de saúde* e aqueles que são os destinatários e a razão de ser do Sistema de Saúde, os *usuários*. Os trabalhadores do sistema de saúde devem *escutar* o usuário e realizar o *atendimento* ou o *encaminhamento adequado* para a solução do problema que originou a demanda. O *gestor* e os *gerentes* de serviços, devem assegurar as condições para que isto aconteça;
 - *a resolubilidade*. As equipes das unidades básicas e serviços de saúde ou do Programa de Saúde da Família devem resolver os problemas dos usuários atendendo-os ou encaminhando-os para onde for necessário;
 - *estabelecimento de vínculo* entre os usuários e as equipes e deles com o serviço. A relação entre os usuários e os profissionais de saúde deve ser de confiança, cordialidade e solidariedade. O usuário deve ser informado sobre sua doença (seu problema) e participar da sua cura.

Sistemas de Referência e Contra-Referência

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

Entende-se a *referência* como a derivação do *usuário* entre um serviço de atenção à saúde de menor complexidade para outro de maior complexidade e a *contra-referência*, como a derivação dos *usuários* para o sentido inverso, ou seja, para o local do 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. Além disto, providencia acompanhantes, conforme o caso (pais, no caso de criança ou trabalhadores do próprio sistema, conforme a necessidade), transporte e hospedagem, se necessário. Ao mesmo tempo que a *contra-referência*, ao final do atendimento realizado, deve retornar o usuário ao sentido inverso, com as informações sobre os atendimentos realizados nos serviços de referência para o devido acompanhamento no nível local.

O sistema de referência e contra-referência, exige um rigoroso acompanhamento e avaliação por parte do sistema de saúde, por vários motivos, dentre eles:

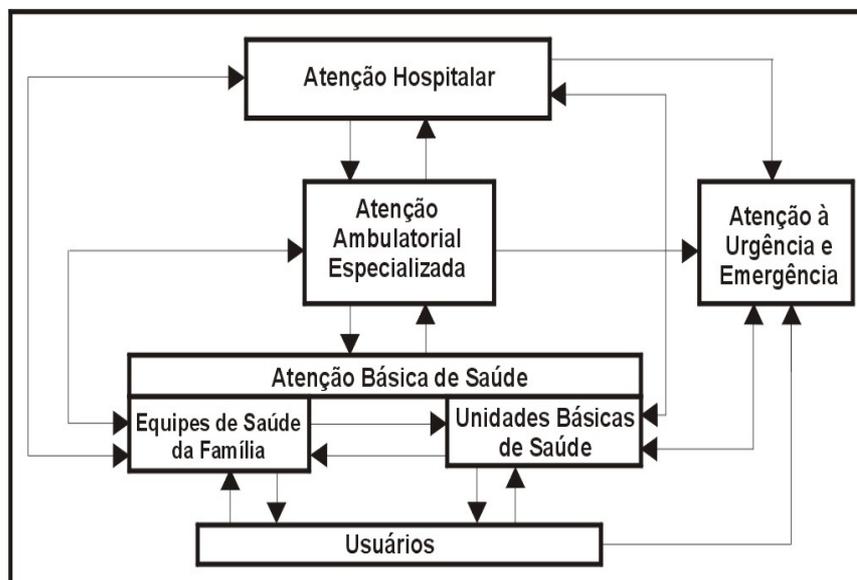
- quando se solicita para o usuário um atendimento mais complexo sem, no entanto, realizar o encaminhamento, pelo sistema, ao serviço adequado. Neste caso, o usuário faz uma verdadeira *via-crucis*, por todos os serviços de seu conhecimento, sem obter a solução para o seu problema e o serviço que solicitou o atendimento, jamais obterá informações sobre o que ocorreu com o usuário. Além disto, ele pode recorrer ao pagamento, por fora do sistema, para conseguir a realização do procedimento solicitado, entrando para o mercado dos seguros e planos de saúde. Pode ainda, desanimar e desistir da busca pelo atendimento, o que tornam inválidos os procedimentos realizados anteriormente. Isto é uma das demonstrações de como o sistema de saúde pode fazer mal à saúde; a falta de responsabilização sanitária dos serviços de saúde para com os usuários; a inexistência da rede de petição e compromissos; e, o funcionamento inadequado ou a inexistência da própria “rede de atenção à saúde, enquanto sistema”.
- quando o *pedido* ao serviço de referência não é claro e objetivo, corre-se o risco do usuário, quando atendido, ser absorvido pelo mesmo e não ser realizada a contra-referência, ou seja, o usuário passa a ter seu acompanhamento realizado, desnecessariamente, em um serviço distante de sua residência, pela falta de “diálogo” entre os serviços ou unidades de saúde do sistema. E ainda, pela falta de diálogo entre os serviços e os usuários, que não entendem a *referência* como a *hierarquização* das ações de saúde, mas como um sinal de “gravidade” do seu problema pessoal, para o qual a unidade de saúde de origem não está “a altura” para acompanhar. Com isto, o serviço de referência vai reduzindo gradualmente a sua capacidade potencial de referência.
- quando não são providenciadas, pelo sistema de saúde, as condições adequadas e necessárias para o encaminhamento e o atendimento dos usuários, estas podem se transformar em fator agravante do problema do usuário inicialmente identificado, e transformarem inclusive, em problema social. Temos, como exemplo, as campanhas individuais, familiares e até institucionais realizadas para aquisição de *equipamentos de reabilitação*, tais como as *órgãos* (peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo), as *próteses* (peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo), os *materiais auxiliares* (recursos que complementam e auxiliam no desempenho de função e recuperação de função anatômica e funcional, como por exemplo, as muletas, cadeiras de rodas,

andadeiras, etc.), as *bolsas de ostomia* (peça única ou duas peças, com ou sem acessórios, que se destina à coleta de efluente urinário ou fecal oriundo de ostomias – derivações abdominais – ou, eventualmente, de fístulas ou drenos). Muitas vezes são colocadas faixas nas ruas, com pedido para depósito de valores em conta corrente, que às vezes são divulgados pela mídia; são feitos pedidos de apoio a entidades de caridade e listas com pedidos de recursos para realizar viagem para conseguir atendimento à saúde (grandes cirurgias, transplantes, realização de exames complexos ou aquisição de medicamentos de alto custo); promove-se a dependência de políticos que prestam “grandes” favores aos usuários em situações especiais (providenciam exames, transportes, aviam receitas, pagam hospedagem, etc.).

- Além disto, é necessária uma avaliação permanente e comparada com outros serviços de saúde, sobre os recursos disponibilizados para o serviço e a facilidade de acesso, o tipo de acolhimento aos usuários originários das diversas localidades, a relação estabelecida com todos os serviços da rede e a resolubilidade de cada uma das referências.

O resultado da boa organização do sistema de saúde, com rede de serviços hierarquizados, demonstra a capacidade do conjunto de serviços de determinada área de abrangência de satisfazer a demanda organizada e as necessidades de atenção à saúde da população dessa área e da área de influência do sistema. Vide figura 1, a seguir, que demonstra um exemplo de sistema de referência e contra-referência com rede de ações e serviços hierarquizados.

Figura 1 - Sistemas de referência e contra-referência da rede de atenção à saúde¹⁵³



Para a coerência da organização da rede de atenção à saúde com as diretrizes estabelecidas no Plano de Saúde de um sistema, as informações devem ser confrontadas com o estabelecido formalmente nas comissões intergestores por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI, para garantia do acesso da população aos serviços – com universalidade e integralidade da atenção – e para o cumprimento da pactuação realizada entre os gestores.

O sistema de saúde pode ser organizado, ainda, com enfoque em *programas*, pelos quais atende-se a uma determinada população a partir de doenças identificadas, tais como a tuberculose, a hanseníase, as DST/AIDS, o diabetes, a hipertensão, as doenças mentais, entre outros. São elaborados também, de acordo com as etapas do ciclo biológico humano, tais como a saúde da criança, do adolescente, do idoso. E ainda, pela inserção no mercado de trabalho como a saúde do trabalhador. Normalmente são programas elaborados de forma verticalizada pelas esferas centrais de gestão do SUS com objetivos previamente definidos e amparados por conhecimentos específicos, que normalmente não dialogam com os problemas reais, localizados em tempo e lugar, e não respondem, naturalmente, às necessidades de uma comunidade específica que tem problemas de diversas naturezas.

Esta forma de organização do sistema de saúde por programas adota fórmulas normalmente universalizadas, elaboradas tecnicamente, diferente do enfoque por

¹⁵³ REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. B. P. Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil, Série Técnica, Volume 7, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Brasília, 2003: Figura 4.1.

problemas que é construído a partir do território onde se pretende atuar contando com efetiva participação social.

Este título tem como objetivo apresentar *conceitos operacionais* básicos sobre a organização da atenção à saúde. São conceitos que guardam coerência com os *princípios e diretrizes* que pautaram a institucionalização da saúde como direito, mas não significa que contemplem todas as reflexões e a riqueza das experiências encetadas em todo país. Seu objetivo é contribuir para a compreensão dos Promotores de Justiça e dos Juízes, sobre como o sistema de saúde *opera* na direção da garantia do pleno direito à saúde.

Título VII

Dos Atores Sociais Envolvidos na Implementação do SUS

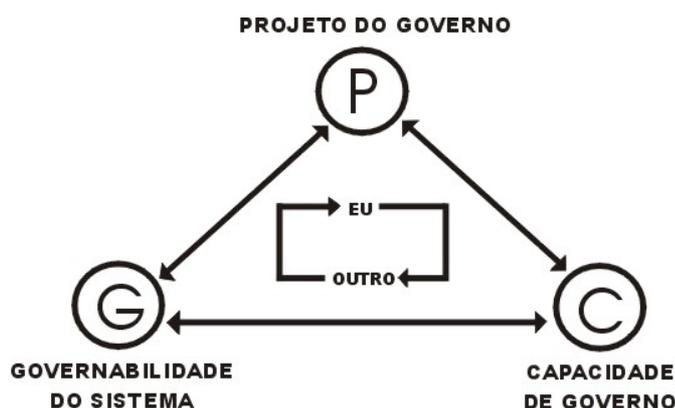
Em todos os Títulos deste Manual, foram abordados alguns aspectos do envolvimento de um ou outro *ator social* que interfere direta ou indiretamente nas políticas municipais, estaduais ou nacionais de saúde.

Neste título, por força da proposta do tema “dos atores sociais envolvidos na implementação do SUS”, adotam-se alguns conceitos básicos do Planejamento Estratégico Situacional – PES, proposto por MATUS¹⁵⁴.

Entende-se por ator social, uma pessoa, uma instituição ou instituições, que detêm recursos (financeiros, políticos, cognitivos, organizacionais); que possui projeto, e além disto, mobiliza-os a favor ou contra uma determinada ação, operação, projeto, ou instituição, conforme seu interesse; toma decisões, com base em informações que são trabalhadas, analisadas, criticadas, confrontadas, contextualizadas e comparadas com as diferentes visões dos outros atores sociais.

O ator social que governa, neste caso, o *gestor de um sistema de saúde*, deve articular permanentemente três variáveis que se constituem num sistema triangular (triângulo de governo) em que cada uma depende da outra (MATUS):

- 1) projeto de governo;
- 2) capacidade de governo;
- 3) governabilidade do sistema.



Neste caso, o conteúdo do *projeto do governo* (P) depende não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas da sua *capacidade de governo* (C), incluindo a capacidade de aprofundar a explicação da realidade

¹⁵⁴ MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. 2 volumes. Brasília IPEA, 1992.

econômica, demográfica, social e epidemiológica onde atua, e ainda, propor respostas e antecipar-se de modo efetivo a situações que colocam em risco uma determinada população.

A governabilidade do sistema (G) é a relação entre as variáveis de maior peso ou valor que o ator controla e não controla no processo de governar. Quanto mais variáveis decisivas ele controla, maior é, para ele, a governabilidade do sistema.

A governabilidade é inerente a um ator específico. É medida pela relação entre as demandas ou conteúdo propositivo do projeto de governo e a sua capacidade de governar (responder). A governabilidade do sistema é maior também se o ator tem alta *capacidade de governo*.

A capacidade de governo (C), “é a capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dado a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo”. Uma das variáveis mais importantes que determina a capacidade de governo é o domínio de *técnicas de planejamento*. Expressa-se na capacidade de direção, gerência, e de administração e controle (MATUS).

No triângulo de governo, diferenciam-se variáveis que são, por um lado distintas e, por outro lado, entrelaçadas e condicionadas mutuamente, tais como:

- a) sistema propositivo de ações e serviços = projeto de governo;
- b) sistema social = governabilidade do sistema;
- c) sistema de direção e planejamento = capacidade de governo.

A interação e o condicionamento entre estas variáveis indicam alguma coisa comum nos três sistemas: a ação humana. Entre outros fatores, a governabilidade de um sistema depende do capital político dos dirigentes. O projeto de governo expressa a conjugação do capital político e do capital intelectual, aplicados numa proposta de ação.

Grande parte dos governos apresentam baixa capacidade para governar. Os problemas são enfrentados apenas quando transformam-se em urgências. O processamento político dos problemas acontece sem profundidade técnica, enquanto que os processos técnicos não têm viabilidade política. A perda crescente de governabilidade desvaloriza o processo democrático perante a população e a democracia padece pelos resultados que não alcança. Muitos gestores públicos passam parte do tempo distraídos com problemas corriqueiros e se especializam no gerenciamento da micro-política, se acomodando aos problemas imaginários e cercando-se de assessores que os protegem das frustrações do mundo exterior¹⁵⁵.

¹⁵⁵ FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, *A improvisação como técnica de governo - Reflexões sobre gestão e planejamento*, Boletim do Fórum do Desenvolvimento do Serviço Público, Nº 11, Porto Alegre, Julho 2000.

O capital intelectual é capital teórico, capital instrumental e capital experiência. Esses três aspectos do capital intelectual caracterizam a *capacidade de liderança do dirigente*, ou seja, a capacidade de ser reconhecido como condutor; sua capacidade de condução; destreza para executar estratégias e táticas; para resolver os problemas e aproveitar oportunidades. O valor da experiência depende do capital teórico (MATUS).

O *problema identificado e declarado* por um ator social, em geral, tem mais de uma explicação verdadeira, porque cada ator social o vê de acordo com a sua inserção e interesses. Cada ator social, para atingir os seus objetivos, precisa escolher estratégias de ação adequadas. O espaço de liberdade e de autonomia de que dispõe no campo social possibilita-lhe a margem de manobra que utiliza estrategicamente nas interações.¹⁵⁶

Uma das estratégias importantes é procurar *esquivar-se ao confronto* para elaborar, construir e realizar o plano por *consenso* (autoridade, cooptação, negociação). Caso o confronto seja inevitável, convém chegar a ele em momento onde as condições sejam favoráveis. Por exemplo, quando interesses coletivos estiverem ameaçados e esta situação já tiver sido amplamente informada/denunciada.

O processo de planejamento, com enfoque situacional, constitui-se de quatro momentos distintos (MATUS¹⁵⁷):

- 1) *“explicativo: (foi, é, tende a ser) Refere-se à construção de explicações para fundamentar a própria ação e interferir e compreender a ação dos oponentes. A apreciação da situação conduz aos objetivos e os objetivos à seleção de problemas.*
- 2) *normativo ou prescritivo: (deve ser) Refere-se à seleção das operações e ações necessárias para atingir os objetivos. O plano adquire a forma de propostas de decisão que devem ser tomadas a partir da situação inicial. Este momento implica um cálculo aproximado dos resultados. Por isto é preciso reconhecer a existência da incerteza e das surpresas, trabalhando com cenários, planos de contingência e outros métodos apropriados. A situação objetivo de um plano sempre está condicionada à ocorrência de um cenário.*
- 3) *estratégico: (pode ser do deve ser). Refere-se à exploração de diferentes modos de jogar, considerando os oponentes e os aliados, para incorporar viabilidade ao plano concebido no segundo momento. A criação das condições políticas para a ação econômica e das condições econômicas para a ação política é fundamental. O cálculo interativo que caracteriza o momento estratégico é o que demanda o processamento técnico-político que compõe toda estratégia.*
- 4) *tático-operacional: (fazer). É o momento da ação. Esta ação não é mera execução do plano, mas uma adaptação deste às circunstâncias do momento.*

¹⁵⁶ FLORA F. *A dinâmica Social da Escola*, www.educ.pb.gov.br/

¹⁵⁷ MATUS, C. *O plano como aposta*, São Paulo: ILDES, s/d.

Aqui tendem a predominar as urgências, a velocidade da ação, as deficiências dos organismos executores, a desinformação, a distração tática e a incapacidade de recalculer o plano e não se entregar à improvisação. É necessário dispor-se de um sistema de direção estratégica, de uma agenda do dirigente que chame atenção sobre as importâncias e processe, de modo técnico-político, as propostas centrais de decisão. Mas nada disto é possível se o jogo institucional for de baixa responsabilidade, não existir gerência criativa por operações e o dirigente não prestar contas nem souber exigí-las de seus executores. Nesse momento decide-se tudo e, na prática, isto se verifica como o domínio do plano sobre a improvisação ou da improvisação sobre o plano.”

A pergunta é: No setor saúde, quais são os outros atores sociais (além do gestor) que podem interferir positiva ou negativamente na implementação do SUS? Ou interferir das duas maneiras, alternadamente, ora de um jeito, ora de outro?

A Constituição Federal, estabelece que a *comunidade* deve participar da organização do Sistema Único e Saúde¹⁵⁸. Na verdade, a "*comunidade*" não se constitui como um ator social, conforme o conceito adotado neste texto, assim como, a "*iniciativa privada ou as instituições privadas*"¹⁵⁹.

Os *segmentos* da "*comunidade*" adquirem rosto de ator social quando organizados nos *Conselhos de Saúde*, com atribuições, tais como as definidas na Lei 8.142/90¹⁶⁰, na Lei nº 8.080/90¹⁶¹, na Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde e na Constituição Federal¹⁶², com denominações específicas, entre outros. Na legislação, estes segmentos devem ser representantes *do governo, dos usuários, dos prestadores de serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde*. Na verdade, na composição dos Conselhos de Saúde existem *segmentos* definidos, mas não existe um ator "governo", um ator "usuário", um ator "prestador de serviço de saúde" e um ator "trabalhador".

Estes *segmentos* são compostos pelos verdadeiros atores sociais, que interferem na vida social como um todo e no SUS, diretamente, de forma positiva ou negativa, pois, além de fazerem parte direta ou indiretamente da política de saúde do Brasil, do SUS, possuem interesses específicos, sistema propositivo próprio e formulam demandas, as quais podem ser, muitas vezes, contraditórias com relação ao SUS, tal como definido na legislação e, divergente, de outros atores sociais. Isto pode ocorrer, inclusive, com atores sociais dentro de um mesmo segmento.

¹⁵⁸ Art. 198, III.

¹⁵⁹ Art. 199 e § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil.

¹⁶⁰ Art. 1º, § 2º ao 4º.

¹⁶¹ Art. 12, 26, 33 e 37.

¹⁶² Art. 77, § 3º dos ADCT, da Constituição da República Federativa do Brasil.

Podemos identificar, num breve exercício, para as três esferas de governo, em cada *segmento que compõe os conselhos de saúde e os delegados das conferências de saúde*, dezenas, de verdadeiros atores sociais que interferem ou influenciam, mais ou menos, de forma diferente ou assemelhada, no jogo da implementação do SUS, no Brasil:

- 1) *Governo*: o Presidente, o Governador, o Prefeito; os gestores da saúde (Ministro da Saúde, Colegiado de Secretários de Estado da Saúde – CONASS, o Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, e os Colegiados de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS - estaduais) o Ministro da Fazenda e do Planejamento; os Secretários de Estado e Municipais da Fazenda e Planejamento; os Procuradores, da União, dos Estados e dos Municípios; outros Ministros, Secretários Estaduais e Municipais (Educação, Assistência Social, Administração, entre outros); e os gerentes/diretores de serviços públicos de saúde (fundações, hospitais universitários, hospitais públicos e outras unidades de saúde).
- 2) *Usuários*: as centrais sindicais; as federações e confederações diversas, as associações de moradores, entre outras; a igreja; as entidades de usuários defensores de políticas específicas, tais como para as mulheres, índios e negros; entidades de proteção às pessoas portadoras de patologias específicas, como portadores de doenças crônico-degenerativas, DST/AIDS, hanseníase, sofrimento mental, entre outras; entidades de portadores de necessidades especiais; entidades representantes de crianças e adolescentes, adultos e idosos, entre outros.
- 3) *Trabalhadores da Saúde*: centrais sindicais, confederações e sindicatos, representantes de trabalhadores dos serviços públicos e dos serviços privados de saúde; entidades representantes das mais diferentes profissões – conselhos, associações e sindicatos; entidades representantes de profissionais de vários níveis de escolaridade; entidades sindicais, representantes de trabalhadores de saúde com vínculos com a União, com os Estados e com os Municípios, além de outras.
- 4) *Prestadores de Serviços de Saúde*: federações representantes das instituições privadas filantrópicas, privadas lucrativas e universitárias.

Além destes, existem outros atores sociais, que atuam de forma permanente, mas com atribuições muito especiais para o SUS, tais como para a aprovação das Leis de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual, das três esferas de governo, aprovam a prestação de contas do respectivo fundo de saúde, e ainda, legislam sobre vários aspectos da saúde, inclusive para ampliar ou reduzir direitos existentes. São eles:

- 1) o Congresso Nacional (o Senado e a Câmara dos Deputados);
- 2) as Assembléias Legislativas Estaduais;
- 3) as Câmaras de Vereadores;
- 4) os Tribunais de Contas.

E ainda;

- 1) o Ministério público;
- 2) o Poder Judiciário.

A *interação produtiva* – entre todos estes atores sociais, além de outros, como algumas lideranças políticas que atuam indireta e individualmente – necessária para que haja governabilidade do sistema depende do *capital político do dirigente*, tais como: conhecimento teórico, instrumental e experiência, que o legitimam enquanto condutor do projeto, porque o capacita para mostrar destreza na formulação e na execução de estratégias e táticas, para resolver problemas, para aproveitar oportunidades, enfim, faz com que ele seja reconhecido como uma liderança diante dos outros atores sociais, ou seja, dos outros líderes.

*"É a escassez, no conceito de Sartre, que joga uma pessoa contra a outra na disputa pelo que é limitado. Essa experiência da escassez é que faz a ponte entre a necessidade e o entendimento"*¹⁶³.

De um modo geral, os processos democráticos de gestão do Estado ainda não estão plenamente implementados no Brasil. Mesmo com a existência de mecanismos facilitadores da prática democrática de gestão, como as conferências e os conselhos de saúde, muitas vezes estes são utilizados de forma antagônica aos seus objetivos e convivemos com uma cultura autoritária e utilitarista nas relações políticas entre os diferentes atores sociais. Neste sentido, ainda são, por vezes, ignoradas ou rejeitadas as verdadeiras competências de cada ator social na implementação do sistema de saúde.

O sociólogo francês, Pierre Bourdieu¹⁶⁴, chamou de *"violência simbólica"*, *"aquela violência doce, invisível, desconhecida como tal, que se exerce sobre um ator social com a sua cumplicidade"*.

Outro instrumento de efetiva interação entre o ator social que é dirigente do *projeto de saúde do governo* (gestor do SUS) e os outros atores sociais que compõem os diferentes segmentos com interesse na saúde e, que têm competências constitucionais e legais definidas para influenciar nas políticas de saúde, é a *capacidade de interlocução e negociação*, especialmente:

- a) *Intergovernamental*¹⁶⁵, que é a capacidade do gestor de convencer o conjunto do próprio governo sobre as suas competências com relação ao setor saúde e influenciar na definição de prioridades *das políticas intersetoriais* que produzem impacto positivo na saúde e, conseqüentemente, mudança nos indicadores de

¹⁶³ SANTOS, M. A., citando Sartre, em entrevista *exibida em 31/03/2002 no programa Roda Viva (uma produção da TV Cultura, retransmitida pela TVE)*.

¹⁶⁴ Entrevista dada ao repórter Cláudio Cordovil, em dezembro de 2000, em Paris, no anexo do College de France.

¹⁶⁵ Art. 2º, § 1º e Art. 3º, Parágrafo Único da Lei Federal nº 8.080; Art. 4º, inciso V da Lei Federal nº 8.142; Decreto nº 1.232 de 30/08/94; Art. 198, inciso I, da Constituição da República Federativa do Brasil; Art. 9º, incisos I a III, Art. 32, § 2º e Art. 33, § 1º da Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 9º, incisos I a III, Art. 32, § 2º e Art. 33, § 1º.

qualidade de vida da respectiva população; na *definição dos recursos próprios* destinados ao financiamento do setor saúde; e, ter condição de igualdade nas *relações* com as áreas *econômica* (autonomia para gerir os recursos financeiros específicos da saúde), de *planejamento* (garantir autonomia para o gestor, juntamente com o respectivo Conselho de Saúde, para definir o orçamento do Fundo de Saúde, bem como a sua execução orçamentária), *jurídica/procuradoria* (dialogar acerca das especificidades da legislação do SUS) e *administrativa* (especialmente em relação à gestão do Fundo de Saúde e da política de Recursos Humanos para o SUS);

- b) com os *gestores municipais de saúde e estaduais de saúde* nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB¹⁶⁶, (Secretaria de Estado da Saúde - SES e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS), para a definição de prioridades de ações, serviços e programas; de critérios para a distribuição de recursos (repassados pela União, próprios do estados e próprios dos municípios) de custeio e investimentos; para a elaboração de programações pactuadas integradas (incluindo a reorganização da atenção à saúde), para a definição de planos regionais de atenção, para a pactuação de procedimentos, normas, protocolos e regulamentos a serem adotados no âmbito de suas competências, para o estabelecimento de agenda de compromissos intergestores, entre outros;
- c) com os *gestores das três esferas de Governo*, na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS), sobre a implementação das diretrizes nacionais das políticas de saúde, o financiamento do setor, a elaboração de programações pactuadas integradas (incluindo a reorganização da atenção à saúde), a definição de prioridades de ações, serviços e programas; os critérios para a distribuição dos recursos (da União e dos Estados) para custeio e investimentos e para a pactuação de procedimentos, normas e resoluções, no âmbito de suas competências, assim como o estabelecimento de agenda de compromissos intergestores entre estes gestores;
- d) com os *trabalhadores*¹⁶⁷ do respectivo sistema de saúde, através de suas representações associativas e sindicais legítimas, presentes nas Conferências e Conselhos de Saúde, avaliando a possibilidade e a pertinência de inclusão de propostas do(s) seu(s) sistema(s) propositivo e social, por consenso, nas políticas de saúde e de recursos humanos; assim como para facilitar a organização de "colegiados de gestão" (nos níveis centrais e locais) com a participação dos mesmos para o melhor funcionamento dos serviços e do sistema de saúde; para modificar o processo de trabalho e para implementar uma nova organização da atenção à saúde; implementando as "mesas de negociações", para o estabelecimento de

¹⁶⁶ NOB/SUS 01/93, NOB/SUS 01/96, NOAS/2002.

¹⁶⁷ Art. 1º, I e II da Lei Federal nº 8.142; Resolução nº 33, de 23/12/92, do Conselho Nacional de Saúde; Resolução nº 52, de 06/05/93, do Conselho Nacional de Saúde.

acordos acerca das reivindicações específicas dos trabalhadores sobre seus direitos trabalhistas;

- e) com os *prestadores de serviços de saúde*¹⁶⁸, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, cujas orientações ou deliberações deverão ser formalizadas em convênios ou contratos de direito público, conforme a Lei, no atendimento exclusivo do interesse público;
- f) com a *sociedade civil organizada*¹⁶⁹, nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, para a *definição das diretrizes* das políticas de saúde de cada esfera de governo, para *acompanhamento* de sua implementação e para a *prestação de contas*¹⁷⁰;
- g) com o *Poder Legislativo*¹⁷¹, para apresentar, discutir e aprovar projetos de lei de interesse da saúde, debater questões relacionadas com o funcionamento do respectivo sistema de saúde e para facilitar o acompanhamento da execução orçamentária (prestação de contas);
- h) com o *Poder Judiciário*, para contribuir para o bom cumprimento dos dispositivos constitucionais e legais acerca do direito à saúde, no exercício das ações da magistratura, considerando-se as especificidades da organização e do funcionamento do sistema de saúde, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas na atenção à saúde e os fluxos necessários ao acesso.
- i) com o *Ministério Público*¹⁷², para discutir sobre o funcionamento do sistema de saúde, estabelecer mecanismos de acompanhamento de sua implementação e estabelecer regras para o cumprimento de suas determinações.

Resta lembrar ainda que, de um modo geral, a tendência é ampliar-se o interesse do conjunto da sociedade sobre o Sistema de Saúde. Com a ampliação das formas de participação popular na implementação do sistema, tais como os conselhos locais de saúde, organizados em função de cada serviço de saúde ou para defender a organização de um serviço, os conselhos distritais de saúde e os conselhos regionais que têm por objetivo influenciar a organização local ou regional da rede de serviços de saúde, a capacidade do sistema de responder positivamente aos problemas da população, entre outros, trazem para o contexto da gestão do SUS, cada vez mais, novos atores sociais imbuídos da vontade de contribuir ou participar da construção do Sistema Único de Saúde.

¹⁶⁸ § 1º e 2º do Art. 199 da Constituição da República Federativa do Brasil, 1998; Art. 18, X e Art. 26, § 1º, 2º e 4º da Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

¹⁶⁹ Art. 1º, I e II e § 1º a 5º da Lei Federal nº 8.142 de 28/12/90.

¹⁷⁰ Art. 5º, XXXIII e LXXIII, Art. 31, §1º e 3º, Art. 70 a 75, e, Art. 165, III, § 3º da Constituição da República Federativa do Brasil, 1998; Art. 16 da Lei Federal nº 8.666; Art. 12 da Lei Federal nº 8.689/93; Art. 4º, inciso V da Lei Federal 8.142; Art. 16, XIX e Art. 18, I da Lei Federal 8.080; Art. 6º da Lei Federal 8.689; e, Art. 9º do Decreto Federal nº 1.651/95.

¹⁷¹ Art. 12 da Lei Federal nº 8.689/93.

¹⁷² Art. 197 e 129, II da Constituição da República Federativa do Brasil e a Lei Federal nº 8.625, de 12/02/93.

Título VIII

Dos passos a serem percorridos pelos Promotores de Justiça para bem diagnosticar uma situação e para tomar decisões sobre um Problema de Saúde.

Existem várias metodologias que viabilizam o conhecimento, possibilitam a análise e facilitam a avaliação de um sistema de saúde. A utilização de cada uma delas, depende dos objetivos da análise ou da avaliação; do interesse do ator social que analisa e avalia; e, do momento em que a análise é realizada.

Existem ainda, vários roteiros que podem ser adotados para cada uma das metodologias possíveis. Conforme os objetivos da análise e os interesses do ator social que analisa, podem ser utilizados, no todo, em parte ou de forma mista.

A atuação Jurídica em Saúde Pública desempenhada pelos Promotores de Justiça, Procuradores e Magistrados para o cumprimento da Missão Institucional de Promoção da Justiça, aponta para a priorização de algumas metodologias e roteiros que facilitam o trabalho, imprimindo maior velocidade e aprofundamento do conhecimento sobre as demandas ou problemas, a partir da análise da organização do sistema de saúde, em seus vários aspectos.

A preocupação é que os operadores do direito não atuem junto ao SUS, adotando o mesmo modelo que foi utilizado historicamente na atenção à saúde para o Direito Sanitário. Ou seja, priorizou-se o atendimento da urgência, da doença, do sintoma, daquele que possui meios de acesso mais rápido aos serviços ou aos insumos necessários ao tratamento de sua doença, mesmo nos serviços públicos. Ou ainda, o atendimento individual médico, como a única forma capaz de debelar os males humanos. Os medicamentos e os equipamentos médicos, em detrimento de inúmeros saberes que se entrecruzam na construção de um campo multidisciplinar e intersetorial para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Este tema foi tratado de forma pertinente no título VI.

É certo que, nem o médico pode rejeitar um atendimento individual, especialmente de urgência, sob pena de responsabilidade, nem o promotor ou juiz podem deixar de garantir o direito ao atendimento à saúde a quem os demanda, na Justiça, especialmente se a formulação do pedido for correta... Mas, o grande problema é o compromisso, quase inexistente, que a *instituição saúde* e a *instituição justiça* têm para com os cidadãos que não adotaram estes meios para formular suas demandas.

As principais perguntas são:

- a) Como construir uma prática de operacionalização do Direito Sanitário que responda com justiça e equidade à universalidade e à integralidade da atenção à saúde, conforme a necessidade dos indivíduos e das coletividades, mesmo que seus operadores tenham sido acionados por uma demanda individual?
- b) Como assegurar a indisponibilidade do interesse público e operar a sua supremacia sobre o interesse particular, sabendo-se que o particular é também parte do público?

- c) Ou, como fazer do Direito Sanitário uma possibilidade concreta de assegurar a titularidade coletiva do direito à saúde, inclusive como direito difuso?
- d) E ainda, como poderiam, os operadores do Direito Sanitário, valerem-se dos *princípios do SUS*, de seus *instrumentos de gestão* e das exigências do direito administrativo, para fundamentar ou julgar uma demanda individual, com vistas à garantir a equidade do acesso às ações e serviços de saúde, conforme as necessidades de toda população da área de abrangência da coisa em julgamento?
- e) Por fim, como não se deixar submeter ao juízo de valor dos operadores do direito, a noção de que o Estado deve priorizar "os mais carentes" e não a noção de atendimento a todos os "cidadãos", conforme as necessidades?

Seguindo os títulos deste manual, podemos afirmar que a *primeira metodologia*, a mais simples, a mais tradicional e conhecida, a que segue o caminho que se quer evitar, enquanto exclusivo, diz respeito à análise jurídica processual de uma demanda, com vistas à concessão ou não de um determinado direito subjetivo individual, de acesso a uma ação ou serviço de saúde, *como fim em si mesmo*.

Exemplificando, podemos citar a responsabilização do Estado, pelo poder judiciário, para que este garanta a internação de uma criança numa Unidade de Tratamento Intensivo – UTI (porque foi acionado neste sentido), sem que o julgador perceba que, do ponto de vista epidemiológico, esta situação seja "endêmica" no local, e que, seria perfeitamente possível, calcular esta necessidade para o atendimento de todas as crianças que necessitam de UTI, na área de abrangência deste sistema, além de buscar o enfrentamento das causas que geram a demanda por UTI e, de várias formas, garantir o atendimento a todas as crianças em condições semelhantes, evitando o tratamento desigual da situação e as possíveis mortes pela falta deste recurso. Bem assim, livrar a criança atendida (...e salva) de situações demagógicas, tais como a comemoração anual pela vitória da sua vida sobre a sua possível morte, caso não fosse atendida, por tal prefeito... tal vereador... tal ministro... tal entidade filantrópica... ou tal instituição... E ainda, como se o "fracasso" das outras crianças (que morreram sem UTI), dependesse delas mesmas... ou de suas famílias.

No caso desta metodologia, como para várias outras, o diagnóstico da situação local; ou a análise social, demográfica, econômica e epidemiológica da realidade para a qual se planeja; ou o momento explicativo do planejamento estratégico situacional, comparados com as propostas de ação, de operações, com o estabelecimento de metas e compromissos, descritos no Plano de Saúde – municipal, estadual, nacional –, devem guardar coerência com a solução do problema do acesso à "UTI infantil" – universal às crianças que necessitarem –, certamente identificado – integralidade da atenção - naquela realidade, bem como com outras ações de redução desta necessidade.

Por isto, compete ao respectivo conselho de saúde – controle social do sistema – a análise e verificação da coerência do plano de saúde com aquela realidade antes de aprová-lo, assim como compete ao Ministério Público e aos julgadores terem o Plano de Saúde – instrumento de gestão – como referência, no ato de analisar as ações do

Estado e exigir o cumprimento de suas obrigações. Este procedimento poderia contribuir para resolver a maioria dos problemas identificados numa determinada população.

Outra metodologia consiste na verificação, por parte do Ministério Público e dos Magistrados, se os *princípios e diretrizes* do SUS foram ou estão sendo considerados na elaboração do plano de saúde (municipal, estadual e nacional), da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento. Conseqüentemente, se a proposta de organização da rede de ações e serviços de saúde comporta as demandas e necessidades da população da área de abrangência e das áreas de influência do plano. Enfim, qual a coerência do Plano de Saúde com os mandamentos constitucionais *sobre a organização da atenção à saúde numa determinada realidade social e sobre o sistema de gestão que dê conta da manutenção da rede de atenção à saúde em pleno funcionamento*.

Recordando os *princípios da atenção à saúde*: a saúde é direito; o sistema de atenção saúde é único; o acesso às ações e serviços é universal; a atenção à saúde é integral, conforme a necessidade; deve haver igualdade da assistência à saúde, independente de cor, raça, condição social, vinculação partidária, entre outros; preservação da autonomia do usuário; direito do indivíduo à informação sobre sua saúde e da comunidade sobre a situação epidemiológica de uma determinada realidade; a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a resolubilidade; a humanização do atendimento; acesso a ações e recursos intersetoriais; participação da comunidade na definição das diretrizes de organização da rede de atenção.

São *princípios da gestão do sistema de saúde*: a descentralização; a direção única; a regionalização; o financiamento solidário; o planejamento ascendente; a utilização da epidemiologia *para o estabelecimento de prioridades*; a divulgação de informações; a integração de ações intersetoriais; o controle social.

Uma *terceira metodologia* diz respeito à verificação das condições efetivas providenciadas pelo poder executivo para que o gestor do SUS tenha condições de responder por suas competências constitucionais e legais com relação ao respectivo sistema de saúde. Trata-se da implementação dos *instrumentos de gestão*, tais como previstos na legislação vigente, de forma compatível com as necessidades de organização da atenção à saúde. Esta avaliação visa ainda, comparar o dimensionamento dos *instrumentos de gestão* com as competências e atribuições da respectiva esfera de gestão do SUS.

- a) Analisar a *estrutura organizativa-institucional* do sistema de saúde, verificando se há compatibilidade com as competências do respectivo sistema de saúde e com as responsabilidades assumidas pelo gestor no Plano de Saúde;
- b) É necessário verificar a existência e o funcionamento do *fundo de saúde*: o seu orçamento; o percentual de recursos próprios depositados no fundo; conferir os mecanismos de repasses dos recursos próprios ao fundo de saúde; os valores repassados por outras esferas de governo; os valores gastos e o destino dos recursos; verificar se os recursos estão sendo geridos pelo gestor do SUS, com

controle social; a forma de aplicação dos recursos (quais as prioridades em valores gastos por projetos, por atividades meio, ações de apoio ao diagnóstico e terapia, em ações básicas, especializadas e hospitalares, em recursos humanos, em serviços públicos e privados, dentro ou fora do território), entre outros; o sistema de compras de bens e serviços; o sistema contábil; os mecanismos e instrumentos de prestação de contas em geral; e, os demonstrativos de Prestação de Contas ao Conselho de Saúde;

- c) Analisar o *Plano de Saúde*, verificando qual foi a base de informações utilizada sobre a situação de saúde no respectivo território; se as *programações* de ações e serviços foram adequadas; se a identificação dos problemas deu-se a partir de indicadores sanitários, sociais, demográficos e econômicos, a partir do local do planejamento; se foi levada em conta a área de influência do sistema de saúde para as populações que não têm, em seu território, o acesso assegurado à integralidade da atenção; se foi realizada a *Programação Pactuada Integrada - PPI* entre os respectivos gestores, e ainda, se existe organização de *Consórcios Inter-municipais de Saúde*. A análise das informações contidas nos Planos de Saúde visam identificar a compatibilidade das propostas contidas nele, com as necessidades detectadas na análise da situação demográfica e epidemiológica, com os compromissos assumidos pelo gestor na área de abrangência do sistema de saúde, com as deliberações dos fóruns de controle social (conferências e conselho de saúde), com as políticas das outras esferas de gestão e com os recursos financeiros destinados ao respectivo fundo de saúde.
- d) Verificar qual é a *Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos*, incluindo a existência ou não de *Plano de Carreira, Cargos e Salários*: Na análise deste item, considera-se a forma de recrutamento de pessoal, o tipo de vínculo estabelecido com os trabalhadores; a sua remuneração; a organização do processo de trabalho; a política de desenvolvimento adotada e a política de relação entre gestor e trabalhadores, com vistas à garantia de governabilidade do Plano de Saúde. Estas informações devem ser analisadas com o objetivo de verificar a adequação entre a política de saúde proposta (plano de saúde) e a política de recursos humanos adotada.
- e) *Relatórios de Gestão*: verificar a existência e analisar o relatório de gestão é averiguar em que medida que o respectivo sistema de saúde vem sendo implementado na forma proposta, conforme aprovado pelo respectivo conselho de saúde, cumprindo os objetivos definidos para a gestão do sistema de saúde e para a implementação do Plano de Saúde, de forma integrada às outras esferas de gestão, conforme a sua programação, a pactuação entre outros gestores, os recursos disponíveis e os compromissos assumidos com a população. Além disso, a análise inclui a localização dos principais problemas observados na execução do Plano, caso os objetivos e metas não tenham sido atingidos e a solução dos problemas identificados durante o planejamento, tenha sido adiada. Nesta análise, verifica-se a disponibilidade e utilização dos recursos financeiros e de outros recursos estratégicos (humanos, sistema de informação, ações de apoio ao diagnóstico, vigilância epidemiológica, sanitária, política de sangue, assistência farmacêutica, tecnologia em saúde, entre outros). Verifica-se ainda, o funcionamento dos instrumentos e mecanismos de controle social sobre a implementação do Plano de Saúde.

- f) Devem ser analisados ainda, os *instrumentos de regulação* dos prestadores de serviços de saúde complementar e suplementar adotados pelo respectivo sistema. Neste item, analisa-se a existência e a dimensão dos subsistemas complementar e suplementar ao SUS, sua influência no sistema público de saúde (na gestão e na implementação das ações e serviços) e a regulação da sua relação e funcionamento junto ao sistema público de saúde e aos seus usuários. A análise dos contratos ou convênios com prestadores de serviços de saúde ao SUS implica na verificação da existência das cláusulas essenciais, próprias da contratação pública e outras cláusulas eletivas de acordo com as necessidades identificadas no Plano de Saúde, além de outros pré-requisitos próprios do contrato de direito público. Verifica-se ainda, a existência de mecanismos e procedimentos adotados para o ressarcimento ao SUS, pelas operadoras de planos ou seguros de saúde dos serviços previstos nos contratos e prestados a seus beneficiários pelo sistema público, contratado e conveniado pelo SUS.
- g) A gestão do Sistema de Saúde implica também na função de avaliar, controlar e auditar. O *respectivo componente do Sistema Nacional de Auditoria* deve ser analisado com o objetivo de verificar a existência, funcionamento e efetividade, no respectivo sistema de saúde, dos instrumentos e mecanismos de controle, avaliação e auditoria, integrado ao Sistema Nacional de Auditoria, articulado com a programação de ações e serviços de saúde e com a alimentação regular dos bancos de dados das três esferas de gestão do SUS. É necessário verificar se há lei de criação e regulamentação deste componente na respectiva esfera de gestão; a existência e composição da equipe mínima de trabalho; a definição das ações de controle, de avaliação e de auditoria; o plano de trabalho; o relatório de ações; as causas desencadeantes das ações e resultados obtidos; o fluxo de informações dos resultados das ações realizadas.
- h) Sobre a existência dos *Conselhos de Saúde* e sobre a realização de *Conferências de Saúde*: Verificar a existência de conselhos e a realização das conferências consiste em verificar as condições, as possibilidades criadas e o efetivo controle social sobre o sistema de saúde em questão. Inclui averiguar a utilização das recomendações das conferências de saúde sobre às diretrizes para o sistema e as deliberações do conselho na implementação das políticas de saúde. É necessário analisar e avaliar a relação do gestor com o conselho de saúde, a submissão ao conselho das questões que devem ser submetidas a sua apreciação, tais como a definição do Plano de Saúde, a política de recursos humanos, o financiamento, projetos específicos, contratação de serviços, aquisição de equipamentos, construção de unidades de saúde, prestação de contas, além das condições estruturais para o seu funcionamento. Verifica-se a existência e os termos da lei que instituiu o conselho, sua composição, funcionamento, termos do seu regimento interno, sua estrutura de funcionamento (dotação orçamentária no Fundo de Saúde, local de funcionamento, apoio técnico, instrumentos e mecanismos de comunicação, funcionários, entre outros), atas de reuniões ordinárias, processo de capacitação de conselheiros, deliberações, recomendações, realização de eventos (reuniões, debates, conferências, seminários, etc.), autonomia e forma de atuação.

Existem outros instrumentos de gestão necessários ao funcionamento do sistema de saúde estabelecidos por normas do poder executivo, tais como as comissões

intergestores bipartite e tripartite, a Programação Pactuada Integrada – PPI, os planos de metas, as agendas de compromissos, entre outros.

Nesta metodologia não se analisa, com maior profundidade o funcionamento da rede de serviços de saúde de forma direta. Este roteiro tem o objetivo especial de se avaliar as condições básicas que o gestor possui para garantir a implementação do Sistema de Saúde. Ou seja, se o gestor tem capacidade de governo e governabilidade sobre sistema, além do Plano de Saúde.

Uma *quarta metodologia*, mais completa, considera os roteiros anteriores, além de ampliar a análise do sistema de saúde sobre um conjunto de aspectos que o compõe.

A análise realiza-se com vistas a verificar três grandes componentes fundamentais para a organização do sistema de saúde:

- a) o diagnóstico econômico, social, demográfico e epidemiológico, na abrangência do sistema de saúde;
- b) a estrutura organizativa para a gestão do respectivo sistema de saúde;
- c) a rede de ações e serviços destinados à atenção à saúde num determinado território.

Durante o processo de planejamento do sistema de saúde, é necessário identificar os *problemas específicos* em cada realidade social, para a qual apresentam-se propostas e *estratégias de solução* com o objetivo de atingir um melhor funcionamento do sistema e da rede de serviços de saúde. Para o planejamento estratégico situacional, este “diagnóstico” é parte do “momento explicativo”. Verifica-se como sempre foi *esta* realidade, como ela é e como ela tende a ser, conforme os cenários possíveis. Com a execução ou não de determinadas operações e ações, com a escolha de determinadas estratégias e táticas, entre outras.

A análise dos aspectos econômicos, sociais, demográficos e epidemiológicos tem por objetivo identificar e caracterizar as condições de vida e saúde da população da área de influência da rede e do sistema, bem como projetar o comportamento dos seus indicadores no tempo, com base nas análises de tendência e de outras informações disponíveis. De preferência, para curto, médio e longo prazos. Com o estudo epidemiológico, no qual se avalia os problemas prevalentes e emergentes, estabelece-se o perfil de morbidade e mortalidade geral e por grupos específicos da população de cada realidade. Estas informações são fundamentais para o estabelecimento de coerência entre o Plano de Saúde, sua efetividade e resolubilidade dos problemas identificados, além de capacitar os atores sociais para a tomada de decisão sobre o Plano de Saúde e dar sentido ao acompanhamento pelo conselho de saúde, Ministério Público, Poder Legislativo e Judiciário.

Para se avaliar os principais aspectos da *gestão de um sistema de saúde*, inicia-se pela análise *da competência do gestor* de cada esfera de gestão do SUS; dos *instrumentos de gestão do sistema*; dos *princípios* que fundamentam a política de saúde, tanto do ponto de vista organizativo da gestão, quanto da atenção à saúde; da *capacidade operacional* da rede própria e da necessidade de contratação de serviços; a

política de recursos humanos; a necessidade de investimentos; a sustentabilidade financeira do sistema (custeio, manutenção e investimentos); os compromissos assumidos entre os gestores das diferentes esferas de gestão do SUS e das microrregiões; o plano de saúde (projeto de governo); a capacidade de governo e a governabilidade do sistema.

A análise da *rede de ações e serviços destinados à atenção à saúde* num determinado território consiste numa revisão sistemática de seus componentes, unidades e serviços, dos quais avaliam-se os aspectos físicos, organizativos e do funcionamento da rede. Deve-se avaliar a capacidade de produção de ações e serviços de cada estabelecimento, mas também, do conjunto dos estabelecimentos, com vistas ao cumprimento dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção, conforme as necessidades de cada realidade específica (ações básicas, especializadas, média e alta complexidade -, vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, alimentar e nutricional; assistência hospitalar; ações de apoio ao diagnóstico e à terapia; assistência farmacêutica; política de sangue; entre outras), observando os aspectos da cobertura, efetividade, eficiência e qualidade.

Estas informações são necessárias para identificar os recursos disponíveis na rede, sua distribuição, natureza e organização e os principais problemas que dificultam ou impedem a produção de serviços e o acesso da população aos mesmos. Com isto, faz-se a avaliação da oferta de serviços e obtêm-se informações sobre o funcionamento da rede.

Sobre a *rede física propriamente dita*, analisa-se a sua adequação à organização do sistema com base nos princípios do SUS; os problemas de infra-estrutura; as condições dos equipamentos; da adequação dos recursos humanos ao novo sistema (formação, atualização, compromisso, motivação, entre outros); a capacidade de produção dos recursos; e as insuficiências.

Quanto a análise da *oferta*, de ações e serviços de saúde (as ações básicas; as consultas de urgência; consultas de especialidades; internações hospitalares; cirurgias; atenção ao parto; ações odontológicas, ações de apoio ao diagnóstico; preferências sociais da população em matéria de ações de saúde, conforme suas características culturais), esta consiste em quantificar o número de atividades realizadas em cada estabelecimento e no conjunto da rede, desagregados por nível de atenção, complexidade e região.

A *oferta*, normalmente se expressa pelo número de procedimentos realizados (por habitante ou por tempo), relação esta também utilizada para determinar a *necessidade* de ações e serviços. É fundamental ter o cuidado de não considerar a análise da oferta apenas pela quantidade de ações e de procedimentos ofertados historicamente a uma determinada população porque, na maioria dos casos, sua origem foi determinada pela necessidade *do mercado* da saúde e não das reais necessidades da população.

Verificar ou avaliar a *demanda* de uma população por ações e serviços de saúde, consiste na transformação das *necessidades em saúde* identificadas na análise demográfica e epidemiológica e na solicitação direta de atendimentos aos serviços de saúde, expressas no número de atendimentos realizados por habitante, baseados em parâmetros médios (locais, nacionais, internacionais), conforme o processo de trabalho (por profissional ou por equipe) e a forma de atendimento estabelecidos (individual, coletiva ou ambas). Da diferença entre a *oferta* e a *demanda*, identificam-se as *necessidades* de ações e serviços.

Com base nas informações obtidas com estas análises, avalia-se se as propostas de solução apresentadas no Plano de Saúde são coerentes com as necessidades identificadas da população.

Neste ponto, para cada ator social com interesse no SUS, inclusive para o Ministério Público, podem ser adotadas estratégias diferentes para a solução dos problemas, surgidos ou identificados no processo de implementação do sistema de saúde.

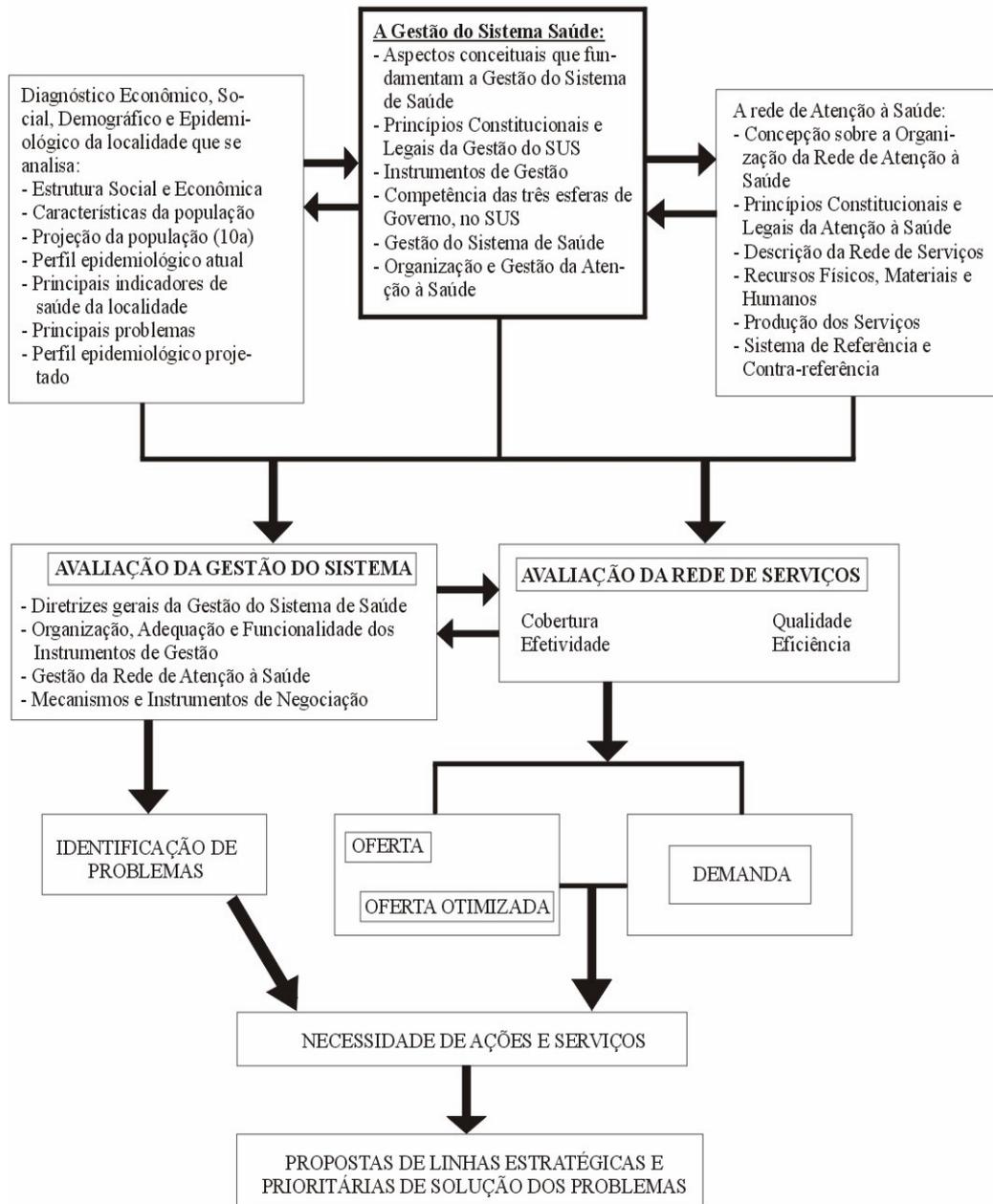
A análise do sistema, nestes vários ângulos, permite a definição de linhas estratégicas de ação, bem como a elaboração de alternativas de solução, que podem ser consensuadas entre todos os atores sociais ou não. Normalmente, as propostas consistem na otimização de todos os recursos, em novos investimentos, em operações que aumentam a capacidade de ação das equipes, unidades e serviços de saúde e, conseqüentemente, na maior satisfação dos usuários do respectivo sistema de Saúde.

Apresentamos a seguir, o desenho do que seria o roteiro de análise do sistema de saúde por esta metodologia¹⁷³.

Figura 3:

¹⁷³ REZENDE, C. A. P. & PEIXOTO, M. B. P. Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Brasília, 2003: Adaptação da Figura 1-1.

Analisando a Gestão de um Sistema de Saúde e a Rede de Atenção



Bibliografia

1. ARANHA, M. I.; TOJAL, S. B. B. (Organizadores) *Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*, Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS, UnB/ENSP, 2002.
2. BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*, 6ª Edição, Malheiros Editores, São Paulo, 1996.
3. BRASIL, Câmara dos Deputados, *Constituição de 1988*, 17ª Edição, atualizada em 2001.
4. BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, *Coletânea da Legislação Básica – SUDS*, Brasília, 1989.
5. BRASIL, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, *11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*, Relatório Final, Reimpressão. Série Histórica do CNS, nº 2, Brasília, 2001.
6. BRASIL, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*, Série B, Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2002.
7. BRASIL, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS*, Série Cadernos Técnicos, Série J. Cadernos, 2ª edição, Brasília, 2002.
8. BRASIL, Ministério do Trabalho e Previdência Social, *Eloy Chaves: Precursor da Previdência Social no Brasil*, Departamento Nacional de Previdência Social, Divisão de Divulgação e Intercâmbio, Divulgação nº 15, Composto e Impresso na Gráfica do IAPB, 1965.
9. BRASIL, Senado Federal, *Constituição da República Federativa do Brasil (de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946 e 1967 e suas alterações)*, 5ª Edição, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2º volume, Brasília, 1986.
10. BRASIL, Senado Federal, *Constituição da República Federativa do Brasil, 1946, 1967, 1969 e 1988: Quadro Comparativo*, Secretaria de Documentação e Informação - Subsecretaria de Edições Técnicas, Brasília, 1996.
11. CAMPANHOLE, H. L.; CAMPANHOLE, A. *Constituições do Brasil*, 13ª Edição, Editora Atlas S.A., São Paulo, 1999.
12. CANOTILHO, J. J. G. *Direito Constitucional*, 6ª Edição, Livraria Almeida, Coimbra, 1993.
13. CARDOSO, A. L.; RIBEIRO, L. C. Q. et al. *A Municipalização das Políticas Habitacionais: uma avaliação da experiência recente (1993-1996)*, Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal, IPPUR/UFRJ – FASE.
14. COHN, A.; ELIAS, P. E. M. *Saúde no Brasil - Políticas e Organização de Serviços*, 4ª Edição, CORTEZ EDITORA/CEDEC, São Paulo, 2001.
15. CONILL, E. M. *Epidemiologia e Sistemas de Saúde*, In Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, UnB/ENSP-FIOCRUZ, Brasília: 2002.
16. FLORA F. *A dinâmica Social da Escola*, www.educ.pb.gov.br/

17. FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, *A improvisação como técnica de governo - Reflexões sobre gestão e planejamento*, Boletim do Fórum do Desenvolvimento do Serviço Público, Nº 11, Porto Alegre, Julho, 2000.
18. MATUS, C. *O Plano como Aposto*, ILDES, s/d, São Paulo.
19. MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*, 2 volumes, Brasília IPEA, 1992.
20. MORAES, A. *Direito Constitucional*, 7ª Edição, Editora Atlas S.A., 2000.
21. MEDEIROS, H. J. *Ministério Público: reforço do poder da cidadania e do controle social*, trabalho apresentado durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, mimeo, 2000.
22. OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. *A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial*, In *Odontologia Social: textos selecionados*, Publicação: Curso de Mestrado em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
23. PEREIRA, L. A. M. *As Barricadas da Saúde - Vacina e Protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*, 1ª edição, São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, Coleção História do Povo Brasileiro.
24. PIRES, D. *Hegemonia Médica na saúde e a enfermagem*, São Paulo, Cortez Editora, 1989.
25. REIS, A. T. *Apontamentos para uma Apreciação de Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde*, mimeo, Belo Horizonte, 2000.
26. RREZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. B. P. *Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil*, Série Técnica, Volume 7, Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Brasília, 2003.
27. ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*, 4ª Edição, Médsi - Editora Médica e Científica Ltda, 1994.

Título IX

Alguns procedimentos administrativos e judiciais utilizados pelo Ministério Público na proteção dos direitos à saúde. Peças e roteiros.

Princípios Bioéticos

Antes de ingressar propriamente nos procedimentos administrativos e judiciais utilizados pelos Membros do Ministério Público (Federal, os Procuradores da República e Estaduais, os Procuradores de Justiça e os Promotores de Justiça) na promoção concreta dos direitos à saúde, impende sublinhar que, tanto os sujeitos individuais como os órgãos coletivos, representados pelos gestores responsáveis pela políticas públicas de saúde, têm, nos chamados princípios bioéticos, pautas de conduta que se entrelaçam com o Direito e com a Justiça, com a Saúde e com a Vida.

Uma apreciação sucinta desses princípios, que servem de orientação inclusive para medidas coletivas e transformadoras das políticas de saúde, aponta para três grandes linhas: a Beneficência e a Não-Maleficência, a Autonomia e a Justiça, valores que se organizam em torno de um valor maior que é a vida, vida individual e coletiva, uma vez que o homem transcende infinitamente o homem.

Princípio da Beneficência e Não-Maleficência

Beneficência significa a obrigação de fazer sempre o bem, individual e coletivamente, e radica no respeito absoluto pela vida humana, a vida concebida como valor fundamental e nuclear, o centro para o qual se dirigem todos os demais valores.

Não-Maleficência consiste em “*primum non nocere*”. Nenhum ato, individual ou de política pública, pode prejudicar, causar dano ou promover o mal.

Princípio da Autonomia

Significa que os operadores sanitários têm o dever de respeitar a vontade do consumidor e prestar todas as informações acerca do diagnóstico, do tratamento proposto e das outras formas de tratamento possíveis, de acordo com o nível de compreensão e entendimento, de modo que o consentimento seja livre e esclarecido, sem qualquer paternalismo.

Princípio da Justiça

Impõe, sobretudo, a repartição eqüânime dos recursos, dos benefícios e dos ônus, de modo a evitar discriminação, privilégios e injustiças nas políticas e intervenções sanitárias, pois vivemos num mundo em que os recursos são sempre escassos, enquanto a demanda é cada vez maior. Por esse princípio, busca-se operar uma adequada distribuição desses recursos com vistas a uma alocação com eqüidade. Aqui se aponta também para a necessidade de cooperação **com** e **para** a realização de todas as pessoas. Nesse sentido, é um chamamento que convoca a comunidade e o Estado a cuidar daquele que tem mais necessidade e a gastar mais com aquele que está mais enfermo.

Nesse contexto, o lucro ou os interesses econômicos ou materiais não podem ocupar o lugar da solidariedade. Com efeito, em matéria de saúde a idéia de lucro como fim é absolutamente incompatível com a solidariedade, com o respeito à vida humana e com os direitos fundamentais.

A mudança de paradigma na atenção à saúde se dá no sentido de uma abordagem cada vez mais sistêmica, ecológica e comunitária. Diz-se multidimensional e multifatorial esse novo paradigma capaz de tornar o conceito de saúde mais holístico, mais aberto e plural. Nesse espectro amplo, altera-se também a noção de doença. A enfermidade passa a ser vista como produto da falta de políticas sanitárias adequadas.

Assim, a saúde passa a ser tarefa de todos. Uma conquista e uma construção de todas as ciências e de todos os saberes, uma ruptura de todas as “caesuras”, que historicamente dominaram os debates que opuseram o público ao privado.

É urgente, então, aproximar e unir a tecnociência aos direitos humanos, pois os grandes problemas bioéticos e jurídicos surgem no confronto da técnica com a política.

A escotomização das especialidades, as taxionomias diagnósticas, a setorização da saúde e compartimentalização da doença produzem uma desrealização da saúde, criando a possibilidade de tratar a parte sem ver o todo, compreender a doença, mas não compreender o sistema que a engendra.

No Brasil, somente no final da década de 80, mais precisamente a partir da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, e das Leis nº 8080/90 e 8142/90, a saúde passou a configurar um direito de todos e um dever primordial do Estado (art. 196, CF).

O desenvolvimento tecnológico, o processo científico, as pressões criadas pelos movimentos das minorias excluídas, a evolução do direito através da consciência de cidadania, a era do consumismo a engendrar a tutela do consumidor (Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90), são alguns fatores que levaram a sociedade a debater não só as questões clássicas do aborto e da eutanásia, mas a enfrentar novas formas de conflito, tais como a doação de órgãos e transplantes, a inseminação artificial, a clonagem humana e sobretudo a distribuição dos recursos de saúde.

Essa evolução das relações sociais foi suscitando a proteção de novos direitos, tais como o direito a um meio ambiente saudável, ao progresso, à paz, à qualidade de vida, à saúde e à morte digna, entre outros.

Nesse contexto, a par da crise econômica e do aumento da expectativa de vida oportunizada pelos notáveis avanços da técnica, cresceu ainda mais o dilema decorrente de recursos cada vez mais escassos face à demanda sempre crescente de atendimento. Surgiram novas questões frente à escassez.

Ademais, como decorrência das novas tecnologias e descobertas científicas, aumentou a sofisticação tecnológica dos diagnósticos e tratamentos, fazendo com que o

problema da alocação e distribuição dos recursos em saúde se agravasse ainda mais. Evitar a discriminação tornou-se um dilema fundamental no âmbito do direito à saúde, onde o princípio constitucional a ser observado é a igualdade de acesso aos serviços de saúde.

O direito à saúde também implica evitar procedimentos e intervenções desnecessárias. Importa também não permitir cobranças extras como meio de ressarcimento pelos preços praticados pelo sistema público de saúde, onde o valor cobrado por uma consulta é reconhecidamente insuficiente, assim como estancar a possibilidade de fraudes no faturamento dos hospitais contratados. Direito à saúde significa ainda não haver desumanidade no atendimento, mas significa também não permitir que a burocracia procrastine o atendimento ou a implementação de uma política, de vez que a saúde não pode esperar.

Quando se trata de concretizar o princípio de justiça, o conflito da escassez, sempre crescente de recursos com uma demanda cada vez maior de atendimento, remete a reflexões profundas, que perpassam os sistemas que organizam a distribuição, os critérios de alocação e a ordem de prioridades na prestação sanitária.

As Diferentes faces dos Direitos à Saúde

Os direitos à saúde são polimorfos no sentido de que se apresentam revestidos das mais diversas formas. Do ponto de vista de sua natureza jurídica, podem ser considerados:

- a) um direito fundamental do homem, previsto no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil é firmatário. Em consequência, é um direito auto-aplicável, consoante o art. 5º, parágrafo 1º, CF/88.
- b) um direito de primeira geração, uma vez que a saúde se relaciona com a vida, constituindo-se em um direito individual nascido da singularidade do próprio sujeito com a qualidade de ser oposto ao Estado. Nesse sentido, relaciona-se à saúde curativa.
- c) um direito de segunda geração, uma vez que é também um direito social, conforme o art. 6º, da CF/88. Um direito de exigir do Estado prestações positivas de saúde. Nesse aspecto, relaciona-se com a saúde preventiva, conforme o art. 196, CF/88 e Lei No 8080/90.
- d) um direito de terceira geração, porquanto se configura como transindividual, coletivo e difuso. Direito difuso na medida em que não há determinação de seus titulares e também relativo ao Direito do Consumidor, art. 81, I. Como tal, relaciona-se com a promoção à saúde.
- e) um direito de cidadania, porquanto insculpido no art. 25, da Declaração dos Direitos do Homem, da qual o Brasil é participante e na Constituição Federal, art.
- f) um direito do consumidor, protegido pela Lei No. 8.078/90 (art. 6º, I).

- g) um direito público subjetivo oponível contra o Estado, independentemente de previsão em legislação ordinária, passível de reclamação via judicial e/ou administrativa.
- h) um direito fundamental auto-aplicável e de eficácia imediata (art. 196, CF/88).
- i) uma cláusula pétrea. O direito à saúde, relacionando-se à preservação da vida (art. 60, parágrafo 4º, CF/88), adquire ainda o caráter de cláusula pétrea, uma cláusula de real limite implícito à reforma constitucional, uma cláusula proibitiva de retrocesso social sanitário.
- j) o direito à saúde, como direito social, é possuidor de uma característica positiva de obrigar o Estado a fazer, a agir, a prestar o serviço, mas ao mesmo tempo é portador de uma característica negativa na medida em que o Estado tem o dever de deixar de fazer, de abster-se de atos que possam vir a causar dano aos direitos sociais ou a prejudicar a saúde dos cidadãos. Possui, a um só tempo, um *status positivus* e um *status negativus*.
- k) um direito de solidariedade. De fato, o direito à saúde também comunga da solidariedade. Essa dimensão comunitária, que leva à construção de uma ordem jurídica e social com fundamento na solidariedade, configura um direito à qualidade de vida (art. 225, CF/88).

Instrumentos de Proteção dos Direitos à Saúde.

I) Instrumentos de Proteção Individual

- a) direito de petição – art. 5º, XXXIV, CF/88
- b) “Habeas Corpus” – art. 5º, LXVIII, CF/88
- c) Mandado de Segurança Individual – art. 5º, LXIX, CF/88
- d) Mandado de Injunção Individual – art. 5º, LXXI, CF/88
- e) “Habeas Data” – art. 5º, LXXII, CF/88
- f) Representação Individual ao Ministério Público
- g) Código de Defesa do Consumidor – Lei No. 8.078/90
- h) Recurso Individual aos Tribunais Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos, como por exemplo a Corte Internacional de Direitos Humanos.

II) Instrumentos de Proteção Coletiva

- a) Mandado de Segurança Coletivo – art. 5º, LXX, CF/88
- b) Mandado de Injunção Coletivo – modalidade reconhecida pelo STF para defesa dos direitos sociais, como os direitos à saúde
- c) Ação Popular – art. 5º, LXXIII, CF/88 e Lei No. 4.717/65
- d) Código de Defesa do Consumidor – Lei No. 8.078/90
- e) Ação Civil Pública – Lei No. 7.347/85
- f) Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão – art. 103 c/c art. 102, CF/88

Modelos para Atuação do Ministério Público

- I) Modelos Administrativos
- II) Modelos judiciais

Modelos Administrativos

RECOMENDAÇÃO OFÍCIO

Of. SOS/PRRS nº (cidade, dia, mês e ano)

Senhor Secretário Municipal de Saúde:

Considerando o Inquérito Civil Público SOS/PRRS nº 00/0000 (cópia da portaria de instauração em anexo);

Considerando as notícias veiculadas na imprensa falada e escrita que revelam que, no Hospital (.....), “médicos estariam usando vagas do SUS para atender pacientes que não querem ficar na fila do SUS e pagariam por isso”;

Considerando que, na forma do art. 18, I, da Lei Federal 8080/90, é competência do Gestor Municipal de Saúde: “I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”;

Considerando que a Norma Operacional Básica/96, item 15.2., estabelece como responsabilidade do Gestor Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema: “b) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da **União**, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades; (...) g) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal” (grifo nosso);

Considerando que a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) estabelece que: 40 - Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas; 40.1 – A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários; 48 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir: Responsabilidades: (...) d) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no Item 50 – Capítulo III desta Norma; g) Integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares”.

Considerando que é função institucional do Ministério Público zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, em especial os relativos à saúde (art. 197 da CF/88), promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, II, da CF/88);

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL**, com fundamento no artigo 6º, inciso XX, da Lei Complementar 75/93 (Lei Orgânica do Ministério Público da União), por seus Procuradores da República e Promotor (a) de Justiça signatários, **RECOMENDAM a Vossa Excelência que :**

1) Promova auditoria permanente nos serviços de traumatologia e ortopedia do Hospital (...) e comunique ao Ministério Público Federal a ocorrência de eventuais irregularidades constatadas;

2) Implemente, no prazo máximo de 3 meses, central de regulação de internação hospitalar dos serviços traumatologia e ortopedia contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde;

3) Implemente, no prazo máximo de 30 meses, central de regulação de internação hospitalar que abranja 100% dos leitos hospitalares contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde e apresente, no prazo de 30 dias, um cronograma de implantação desta central;

4) Apresente relatórios trimestrais ao Ministério Público Federal e Ministério Público do Rio Grande do Sul sobre as providências adotadas para o cumprimento dos itens 2 e 3 acima, bem como comunique sobre eventuais resistências de unidades hospitalares para o adoção das providências necessárias para o funcionamento da central de regulação.

Assinatura
Procurador (a) da República

Assinatura
Promotor (a) de Justiça

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO

Aos (...) dias do mês de (...) do ano de dois mil e (...), no **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**, presentes de um lado, a **PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA COMUNIDADE E DA CIDADANIA**, neste ato apresentada pelo(a) Promotor (a) de Justiça, Dr (a). (...), e de outro lado, o **HOSPITAL (...)**, neste ato representado pelo Dr. (...), conforme delegação de competência estabelecida no Decreto n.º 11.762/97, aqui denominado **COMPROMITENTE**, diante das investigações procedidas pelo Órgão Ministerial e **CONSIDERANDO** fato-objeto do expediente n.º 000/00, que tramita nesta Promotoria

de Justiça de Defesa da Comunidade e Cidadania, resolvem ajustar suas condutas, conforme cláusulas e condições que seguem.

CLÁUSULA PRIMEIRA – O COMPROMITENTE, pelo Hospital (...), assume o compromisso de solucionar os problemas a seguir relacionados, nos respectivos prazos:

SOLUÇÃO IMEDIATA:

1. LIMPEZA DOS FILTROS DOS APARELHOS DE AR CONDICIONADO DO BLOCO CIRÚRGICO;
2. DESINTETIZAÇÃO DO BLOCO CIRÚRGICO;
3. COLOCAÇÃO DE SABONETEIRAS PARA SABÃO LÍQUIDO E PORTA TOALHAS DE PAPEL NO BLOCO CIRÚRGICO;
4. EXPURGO – LIMPEZA NO BLOCO CIRÚRGICO;
5. SALAS CIRÚRGICAS – SUBSTITUIÇÃO DOS FILTROS DOS APARELHOS DE AR CONDICIONADO;
6. COLOCAÇÃO DE TAMPAS NAS CAIXAS DE DESCARGA NA ZONA DE INTERNAÇÃO;
7. RECARGA IMEDIATA DOS EXTINTORES DE INCÊNDIO COM CARGA VENCIDA;
8. REPOSIÇÃO DO PISO VINÍLICO NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO;
9. LAVANDERIA – HIGIENIZAÇÃO NAS UNIDADES DE APOIO;
10. ÁGUA – LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE APOIO;
11. LIMPEZA E MANUTENÇÃO DOS APARELHOS DE AR CONDICIONADO.

PRAZO DE 30 DIAS:

1. IMPLEMENTAÇÃO DE ROTINAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO E PROCEDIMENTOS NO BLOCO CIRÚRGICO;
2. FIXAÇÃO DOS CILINDROS DOS GASES NAS SALAS CIRÚRGICAS;
3. RESOLVER O PROBLEMA DAS INFILTRAÇÕES DO FORRO NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO.

PRAZO DE 60 DIAS:

1. IMPLEMENTAÇÃO DE ROTINAS QUANTO AO EXPURGO NO BLOCO CIRÚRGICO;
2. REPOSIÇÃO DE AZULEJOS NOS BANHEIROS NA ZONA DE INTERNAÇÃO;
3. IMPLEMENTAÇÃO DE ROTINAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS;
4. DISTRIBUIÇÃO DE E.P.Is NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO;
5. IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ROTINA DE CONTROLE DE INFECÇÃO NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO;

6. IMPLEMENTAÇÃO DE TREINAMENTOS PERIÓDICOS NA AGÊNCIA TRANSFUNCIONAL;
7. ADEQUAR UMA SALA EXCLUSIVA PARA GUARDA DE MATERIAL ESTERILIZADO;
8. ADEQUAR O FLUXO DE MATERIAL (CONTAMINADO E/OU ESTERELIZADO).

PRAZO DE 180 DIAS:

1. AVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL HABILITADO DO SISTEMA DE VENTILAÇÃO/EXAUSTÃO NO VESTIÁRIO DO BLOCO CIRÚRGICO;
2. AVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL HABILITADO COM A LIMPEZA E MANUTENÇÃO DOS APARELHOS DE AR CONDICIONADO;
3. AVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL HABILITADO DO SISTEMA DE VENTILAÇÃO NOS CORREDORES DO BLOCO CIRÚRGICO;
4. AVALIAÇÃO, POR PROFISSIONAL HABILITADO, DO SISTEMA DE VENTILAÇÃO DA ÁREA SUJA E LIMPA NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO;
5. COLOCAÇÃO DE UMA DIVISÓRIA ENTRE A ÁREA SUJA E LIMPA NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO;
6. SOLUCIONAR O PROBLEMA DAS INFILTRAÇÕES E MOFO DAS PAREDES, PISOS E TETO NAS UNIDADES DE LIMPEZA E APOIO;
7. AVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL HABILITADO DO SISTEMA DE VENTILAÇÃO NAS UNIDADES DE APOIO;
8. AVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL HABILITADO DO SISTEMA DE VENTILAÇÃO DA LAVANDERIA.

12 MESES:

1. REAVALIÇÃO GLOBAL E REFORMA DAS UNIDADES DE APOIO PARA EVITAR RESÍDUOS SÓLIDOS NOS LOCAIS.

CLÁUSULA SEGUNDA – Fica estabelecida, para o caso de descumprimento injustificado do presente acordo, multa diária de R\$000,00 (....Reais), que deverá ser revertida para o Fundo Municipal de Saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – O presente Termo é ajustado com fulcro no artigo 5º, § 6º, da Lei Federal nº 7.347/85, reconhecendo-se ao mesmo eficácia de título executivo extrajudicial para todos os efeitos legais e/ou convencionais.

CLÁUSULA QUARTA – O presente Termo de Compromisso de Ajustamento será ao final submetido ao Egrégio Conselho Superior do Ministério Público, ficando seu efetivo cumprimento sob fiscalização da Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade e da Cidadania, nos termos do artigo 18 e parágrafos do Provimento nº 00/00, alterado pelo Provimento nº00/0000.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrado o presente Termo que, lido e achado conforme, vai por todos assinado.

Promotor (a) de Justiça.

Representante do Hospital

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO POSTO DE SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO

Aos (...) dias do mês de (...) de (...), na Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade e da Cidadania, presente o (a) Promotor (a) de Justiça, Dr (a). (...), compareceu o Dr. (...), Secretário Municipal da Saúde, nos autos do Inquérito Civil n.º 0000/00, para firmar o presente COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO, nos seguintes termos:

CONSIDERANDO o objeto das Peças de Informação n.º 0000/00, que tramita nesta Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade e Cidadania;

CONSIDERANDO as conclusões e recomendações constantes no relatório da auditoria realizada no Centro de Saúde (...), pelo Serviço de Auditoria do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO a Gestão Plena do Sistema por parte da Secretaria Municipal de Saúde de (...);

RESOLVEM AJUSTAR SUAS CONDUITAS NOS SEGUINTE TERMOS:

CLÁUSULA 1ª – O compromitente responsabiliza-se, no **prazo de dois anos**, pela observância por parte da Unidade de Saúde (...) na atualização da ficha cadastral, que deve conter informações sobre sua capacidade instalada - recursos físicos, humanos, equipamentos, serviços especializados – entre outras;

CLÁUSULA 2ª – O compromitente responsabiliza-se, no mesmo prazo acima, pela observância por parte da Unidade de Saúde (...) no fornecimento das segundas vias dos Relatórios de Controle do Sistema, tais como *Situação Cadastral*, *Síntese da Produção Ambulatorial* e *Discriminação de Pagamentos de Serviços*, consoante a Portaria n.º 33/95, do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA 3ª – O compromitente obriga-se, no mesmo prazo, à flexibilização do agendamento de consultas junto à Central de Marcação de Consultas, viabilizando o adequado atendimento da demanda do Centro de Saúde.

CLÁUSULA 4ª – O compromitente obriga-se a implementar política de distribuição de medicamentos, visando a otimizar a utilização dos insumos farmacêuticos, no mesmo prazo;

CLÁUSULA 5ª – Fica estabelecida, para o caso de descumprimento do presente acordo, multa de R\$ 000,00 (... Reais) por dia de descumprimento injustificado, que reverterá ao Fundo Municipal de Saúde.

CLÁUSULA 6ª – O presente termo é ajustado com fulcro no artigo 5º, § 6º da Lei Federal nº 7.347/85, reconhecendo-se ao mesmo eficácia de título executivo extrajudicial para todos os efeitos legais e/ou convencionais.

CLÁUSULA 7ª – O presente Compromisso de Ajustamento será ao final submetido ao Egrégio Conselho Superior do Ministério Público, ficando seu efetivo cumprimento sob fiscalização da Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade e da Cidadania, nos termos do artigo (...) e parágrafos do Provimento nº (...), alterado pelo Provimento nº (...).

Nada mais havendo a tratar, foi encerrado o presente Termo que, lido e achado conforme, vai por todos assinado.

Promotor (a) de Justiça.

Secretário Municipal de Saúde.

COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO

Aos (...) dias do mês de (...) de (...), reuniram-se o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO (...)**, na pessoa do Dr. (...), Excelentíssimo Promotor de Justiça junto à Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade e da Cidadania e todos ao final assinados, diante das investigações procedidas pelo Órgão Ministerial e:

considerando o fato objeto do expediente PI 0000/00, que tramita nesta Promotoria de Defesa da Comunidade e Cidadania;

considerando as graves conseqüências que fatos análogos podem gerar;

considerando a Portaria 814 de 1º de julho de 2001, publicada no DOU de 04/06/2001;

considerando a necessidade de implantação das diretrizes nela propostas;

considerando a Gestão Plena do Sistema por parte da Secretaria Municipal de Saúde de (...);

considerando que no contexto de (...) e na Região (...) convivem diversos serviços de atenção pré-hospitalar, ambulatorial e hospitalar de urgência, incluindo serviços estatais e privados, conveniados ou não ao SUS;

considerando a necessidade de um uso racional e eqüitativo dos recursos públicos segundo a necessidade dos cidadãos;

considerando a necessidade de que o Gestor Único da Saúde, no seu nível de governo, estabeleça mecanismos e Agentes Credenciados para aplicação da Legislação Vigente;

considerando, ainda, a adoção por parte do Ministério da Saúde do conceito e mecanismos de Regulação Médica das Urgências, e a declaração por parte do Ministério da Saúde de que as urgências são área de atribuição do SUS, com participação complementar de outros setores dos Serviços Públicos e da Sociedade, notadamente Segurança Pública;

considerando a necessidade de Regulação do Sistema de Urgências com vistas a gerar a melhor resposta possível, a cada momento, segundo as necessidades do paciente, combinando todos os recursos públicos e privados disponíveis e orientando a decisão reguladora pelo critério gerado pela visão da totalidade das necessidades e das ofertas, com parâmetro para a decisão gestora de alocação dos recursos;

RESOLVEM AJUSTAR SUAS CONDUITAS NOS SEGUINTE TERMOS:

CLÁUSULA PRIMEIRA

Os signatários reconhecem a essencialidade da **regulação médica de urgência** para o funcionamento do sistema de atenção a urgências, ordenando fluxos e estabelecendo prioridades de atendimento conforme a necessidade dos pacientes e a melhor resposta necessária e disponível no momento.

CLÁUSULA SEGUNDA

Os gestores municipal e estadual comprometem-se a, em seis meses, a contar desta data, pactuarem com os prestadores de serviços e demais órgãos envolvidos, públicos e privados, ultimando os detalhes necessários à implementação do presente acordo, bem como o respectivo cronograma de implementação.

CLÁUSULA TERCEIRA

Os gestores municipal e estadual comprometem-se também a trazer para negociação os gestores municipais e entidades envolvidas, públicas e privadas, que necessariamente tenham de integrar a pactuação e não se encontram presentes e esta solenidade.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrado o presente Termo que, lido e achado conforme, vai por todos assinado.

COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO SURDOS-MUDOS

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA

Aos (...) dias do mês de (...) de (...), reuniram-se o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO (...), na pessoa do (a) Promotor (a) de Justiça (...), Promotor (a) de Justiça junto às Promotorias de Defesa da Comunidade e da Cidadania, e o Sr (a). (...), Secretário Municipal de Saúde, diante das investigações procedidas pelo Órgão Ministerial nos autos das Peças de Informações nº 0000/00, e firmaram o presente COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA, tudo consoante o estabelecido a seguir:

CLÁUSULA 1 – Compromete-se a Coordenação da Política Municipal de Controle de DST/AIDS a colaborar com a FENEIS (Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos) para a realização de curso de treinamento para formação de multiplicadores de informações de prevenção em DST/AIDS, para deficientes auditivos, no prazo de 6 meses a contar da assinatura do presente.

CLÁUSULA 2 – Fica estabelecida, para o caso de descumprimento do presente acordo, multa de 000 UFIRs por dia de descumprimento injustificado, sem prejuízo das demais medidas cabíveis.

CLÁUSULA 3 - O presente termo é ajustado com fulcro no artigo 5º, § 6º da Lei Federal nº 7.347/85, reconhecendo-se ao mesmo eficácia de título executivo extrajudicial para todos os efeitos legais e/ou convencionais.

CLÁUSULA 4 – O presente Compromisso de Ajustamento será ao final submetido ao Egrégio Conselho Superior do Ministério Público, ficando seu efetivo cumprimento sob fiscalização da Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade e da Cidadania, nos

termos do artigo (...) e parágrafos do Provimento nº 00/00, alterado pelo Provimento nº 00/0000.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrado o presente Termo que, lido e achado conforme, vai por todos assinado.

Promotora de Justiça

Secretário Municipal de Saúde

CONVÊNIOS RECEITUÁRIOS MÉDICOS

CONVÊNIO

Termo de Convênio que entre si celebram o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO (...), a SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE e a ASSOCIAÇÃO DOS SECRETÁRIOS E DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO (...) com o objetivo de promover campanhas incentivadoras do adequado preenchimento dos receituários médicos e o uso da denominação genérica dos medicamentos.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO (...), com sede na Rua (...), neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Procurador - Geral de Justiça, Dr. (...), e, de outro lado, a SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, com sede na Avenida/Rua (...), representada pelo (a) Senhor (a) (...), Secretário (a) da Saúde, a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, com sede na Rua (...), representada pelo (a) Senhor (a) Secretário (a) da Saúde, Dr. (...), e a ASSOCIAÇÃO DOS SECRETÁRIOS E DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - ASSEDISA, com sede na Rua (...), representada pelo Presidente de seu Conselho Deliberativo, Dr (a). (...), resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CONSIDERANDO o artigo 35, da Lei Federal n.º 5.991/73, que estabelece, para o aviamento da receita médica, os seguintes requisitos:

I - conter a denominação genérica do medicamento prescrito;

II - estar escrita a tinta, de modo legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração total do tratamento;

III - conter o nome e o endereço do paciente;

IV - conter a data e a assinatura do profissional, endereço do seu consultório ou residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho Regional.

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO:

O objeto do presente Convênio é a realização de campanhas promocionais junto à classe médica, incentivando o adequado preenchimento dos receituários médicos, bem como o uso da denominação genérica dos medicamentos.

CLÁUSULA 2ª - DAS ATRIBUIÇÕES E OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DA ASSOCIAÇÃO DOS SECRETÁRIOS E DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO (...):

Comprometem-se a SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE e a ASSOCIAÇÃO DOS SECRETÁRIOS E DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE DO (...) a promover campanhas de divulgação em seus órgãos de imprensa, e outros mecanismos de incentivo, orientando a categoria médica quanto ao correto e completo preenchimento de receituários, bem como incentivando o uso de medicamentos genéricos.

CLÁUSULA 3ª - DAS ATRIBUIÇÕES E OBRIGAÇÕES DO MP:

Compromete-se a Ministério Público a dar divulgação do presente Convênio para a imprensa.

CLÁUSULA 4ª - DO PRAZO

O prazo de vigência deste Convênio é indeterminado.

CLÁUSULA 5ª - DA RESCISÃO OU ALTERAÇÃO

Qualquer das partes convenientes poderá:

a) denunciar este Convênio mediante notificação escrita à outra parte, com a antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias;

b) propor alterações com a finalidade de aprimorar o cumprimento dos objetivos do presente Convênio.

CLÁUSULA 6ª - DO FORO

Para as questões que se originarem do presente Convênio, não resolvidas administrativamente, as partes elegem o Foro da Comarca de (...).

E, por estarem acordados, firmam o presente Convênio em três vias, para que produza seus efeitos legais.

Local, dia, mês e ano.

Procurador Geral de Justiça
Secretário Estadual
Secretário Municipal
Testemunhas

Modelos Judiciais

AÇÃO CIVIL PÚBLICA LEITOS PEDIÁTRICOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE:

O **MINISTÉRIO PÚBLICO**, por seu Promotor de Justiça, com base no artigo 129, inc. II, da Constituição Federal e artigos 98, inc. I, 201, incisos IV e V e 208, inc. VII, do ECA, promover **AÇÃO CIVIL PÚBLICA contra o MUNICÍPIO DE (...), representado pelo Sr. Prefeito Municipal, (...),** sito na Rua/Avenida/Praça (...), nesta cidade;

DOS FATOS:

- 1- Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública passou a ser um direito de todos e um dever do Estado.
- 2- Na Carta Magna estabeleceu-se como política de Estado a implementação do Sistema único de Saúde, que se constitui fundamentalmente na municipalização na prestação de serviços de saúde à população.
- 3- Em (...), especificamente, optou-se pela gestão plena. Tendo a Municipalidade assumido o compromisso com o Estado de prestar atendimento a todos os cidadãos que buscam atendimento na (...), conforme Doc. (...). Isto significa que o Município deverá prestar atendimento hospitalar a todos indistintamente, isto é, tanto aos oriundos da (...), como os vindos do interior do Estado. O atendimento universalizado faz com que o Município perceba verba compensatória a ser suportada pelo Estado.
- 4- Contudo, historicamente os serviços de saúde estão sendo prestados de forma precária, em desacordo com os preceitos legais vigentes. Numa clara omissão do Administrador Público.

5- A imprensa local vem noticiando, quase que diariamente, o sucateamento dos serviços de saúde. Sobretudo quanto à superlotação dos leitos e unidades de tratamento intensivo pediátricos.

Todos os hospitais conveniados com o SUS, em função da superlotação dos leitos reservados para o Sistema, negam atendimento a crianças e adolescentes, conforme se verifica nas ações ajuizadas por esta Coordenadoria (em anexo) e notícias divulgadas pela mídia.

Aqui, cabe ressaltar que a negativa não é simplesmente para o atendimento de moléstias sem gravidade, tais como: gripe, cólicas, etc. É negado atendimento para crianças que necessitam de internamente em UTIS, que, uma vez não atendidas a tempo, certamente chegarão ao óbito. Não só pela gravidade da doença, mas fundamentalmente pela demora no atendimento ou até mesmo pela negativa na prestação do serviço.

6- É fato notório que nos últimos quatro anos houve uma redução na oferta de leitos hospitalares para o atendimento de crianças e adolescentes. Importando dizer que houve uma injustificável involução nos serviços de saúde de (...).

7- Neste grave momento, não nos cabe procurar apurar se as deficiências decorrem da omissão da União, Estado ou Município ou de todos os entes públicos. Nos compete, isto sim, é fazer com que se cumpra a lei, sem penalizar a sociedade como um todo, de modo especial a nossa população infanto-juvenil, que embora tenham o direito de prioridade absoluta do atendimento prescrito no texto constitucional e no ECA, nem sempre o vê atendido.

Certamente, o descaso com a saúde pública atinge diretamente as camadas mais pobres da população, que não pode aguardar eventuais discussões e soluções tendentes a dirimir qualquer dúvida em relação ao estabelecimento das parcelas de responsabilidades a serem atribuídas a cada um dos Entes Públicos antes mencionados.

Assim sendo, o Município é que deverá arcar com o ônus de prestar o atendimento à população. Podendo acionar sua Procuradoria Jurídica para cobrar do Estado e/ou União eventuais valores que julga ter direito para o atendimento satisfatório da população, no caso específico, crianças e adolescentes.

8- Sabe-se que as deficiências no atendimento pediátrico ocorrem nos meses de inverno. Não havendo, até o momento, uma solução que atenda a demanda reprimida que bate as portas dos hospitais.

Enquanto crianças e adolescentes aguardam por mais de oito horas por um atendimento (quando conseguem), sobram vagas em leitos reservados para o atendimento particular e em hospitais privados.

Isto, fora de dúvida, é um contra-senso. Não sendo crível que fiquem leitos desocupados, enquanto crianças e adolescentes têm seu estado de saúde agravado aguardando vaga pelo SUS, com grave risco à vida.

9- Lamentavelmente está tornando-se rotineiro na Coordenadoria das Promotorias da Infância e da Juventude, o ajuizamento de ações cautelares requisitando-se vagas em UTIs pediátricas para o atendimento de crianças acometidas de graves moléstias. Isto se dá por que há negativa dos hospitais em atendê-las por falta de vagas pelo Sistema único de Saúde. A inação do Ministério Público, nesses casos, certamente resultaria na morte do enfermo. O que não se poderia admitir.

10- Os Representantes dos Hospitais, por seu turno, denunciam que o atendimento da ordem judicial implicará em retirar ou deixar de atender outra criança em estado grave, tornando-se, nesta hipótese, uma realidade nacional um fato que chocou o mundo, que foi a 'Escolha de Sofia'.

Assim, conclui-se que é necessário garantir o acesso à saúde às crianças e aos adolescentes, sob pena de descumprimento das leis que tratam da matéria.

11- Cumpre salientar que o Ministério Público apresentou proposta à Administração Municipal de um termo de ajustamento de conduta (em anexo), objetivando a solução desta problemática, que aflige a população de um modo geral. No entanto, até a presente data não houve resposta do Sr. Secretário Municipal da Saúde.

Dado o caráter urgente da medida postulada, o órgão Ministerial considera que não há possibilidade de ficar no aguardo de uma solução negociada.

12- Assim, diante da gravidade dos fatos, lança mão o Ministério Público do presente remédio jurídico, no sentido de provocar o Poder Judiciário a cumprir com sua nobre missão constitucional, para compelir o Município de (...) e os Hospitais conveniados a prestarem os serviços, ora requeridos. Fazendo com que efetivamente se cumpram as leis que asseguram a obrigatoriedade de atendimento, independentemente de qualquer outra regulamentação legal.

As Leis e Portarias a seguir nominadas são auto aplicáveis. Cabendo ao Poder Público e hospitais cumpri-las integralmente.

DO DIREITO:

Da Constituição Federal:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 227 -É dever da família, da Sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à..., à saúde..., além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência....

Do Estatuto da Criança o do Adolescente:

Art. 4º- - É dever da família, da Comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde...

Parágrafo único: A garantia de prioridade compreende:

- a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;*
- b) precedência no atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;*

Art. 11- É assegurado atendimento médico a criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção , proteção e recuperação do saúde'.

Portaria do Ministério da Saúde de nº 113 de 4 de setembro de 1997:

Dispõe sobre internamentos dos pacientes nas Unidades Assistenciais:

2.2. Nos casos de urgência/emergência, e não havendo leitos disponíveis, cabe à Unidade Assistencial proceder a internação do paciente em acomodações especiais, até que ocorra vaga em leito de enfermarias, sem cobrança adicional, a qualquer título.

Pelos fundamentos jurídicos apresentados, não restam dúvidas que o atendimento deverá ser prestado, independente de qualquer outra regulamentação, cabendo ao Município buscar os recursos necessários para o cumprimento da exigência legal.

DA TUTELA ANTECIPADA:

Como a ineficiência dos serviços prestados colocam em risco à saúde e vida das crianças e dos adolescentes, tem-se o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação.

Ademais, a medida pleiteada é de caráter preventivo, ou seja, o Município só será instado a comprar a vaga quando não houver leitos ou UTis pediátricas disponíveis pelo SUS.

Tal solução coloca a salvo crianças e adolescentes dos riscos à vida a que são submetidos diariamente pela demora ou negativa de atendimento hospitalar.

Assim, por força do art. 213, parágrafo 1º, do Estatuto da Criança e do Adolescente, cabível a concessão da tutela antecipada que se requererá ao final.

DO PEDIDO:

Diante do exposto, o Ministério Público requer:

- a) Considerando a relevância dos fundamentos da presente demanda e havendo injustificado receio de ineficácia do provimento final, pede-se, *inaudita altera pars*, a concessão da tutela liminar determinando-se que o Município de (...) seja compelido a comprar, sempre que necessário, vagas em leitos pediátricos, incluindo-se o atendimento em UTis, em unidades destinadas para o atendimento privado, ainda que tais vagas estejam ofertadas em Hospitais Particulares (não conveniados), até que surjam vagas em leitos com coberturas pelo Sistema Único de Saúde;
- b) Seja o Município de (...) compelido a comunicar de imediato aos Hospitais conveniados o deferimento da liminar acima referida, colocando a disposição das entidades hospitalares meios eficientes de contato com a Administração Municipal, que deverá encarregar-se de realizar a distribuição de leitos disponíveis pelo SUS ou para efetivar em tempo hábil a aquisição de leitos particulares;
- c) Em caso de descumprimento da medida judicial, que o Município de (...) seja condenado a pagar multa diária de 0.000 Ufirs, que deverão ser destinadas ao Fundo Municipal de Saúde;
- d) A citação do Município para contestar, querendo, sob pena de revelia;
- e) Que ao final, seja julgada procedente a presente ação, tornando definitivo os pedidos especificados no itens "a" e "b", condenando-se o Município no ônus da sucumbência;
- f) Protesta por todos os meios de prova admitidas em direito, especialmente prova documental e pericial e testemunhal, que será arrolada oportunamente.

Dá-se à causa valor inestimável:

Local, dia, mês e ano.

Promotor de Justiça,

Rol de documentos:

Levantamento de leitos pediátricos realizado em 1994.

Matérias jornalísticas

Cópias de ações cautelares ajuizadas pela Coordenadoria das Promotorias da Infância e da Juventude

Ofício encaminhado pela Administração Municipal em que assume o compromisso de atender pacientes vindos do interior do Estado

“O importante é que a saúde seja efetivada, não importa através de que procedimento ou expediente técnico, pois a saúde é meio de preservação e de qualidade de vida, o bem máximo da humanidade”.

O papel do Ministério Público

O Ministério Público está legitimado para atuar na esfera penal, requisitando da autoridade competente o inquérito policial, ou propõe desde logo a ação penal cabível frente à prática de um fato delituoso. Possui também legitimidade para agir no âmbito civil, instaurando o inquérito civil e propondo a ação civil pública para Mas não é só, pois o Ministério Público tem poderes para desencadear procedimentos administrativos no espaço de investigação próprio do Ministério Público, bem como oficiar para que os órgãos públicos instaurem, de acordo com as atribuições que possuem, processos administrativos para

Nessa ampla gama de atribuições, pode, inclusive, oficiar para que os órgãos de controle do exercício profissional instaurem os necessários processos éticos para responsabilizar um associado, seja na forma de uma advertência, de uma censura pública, da suspensão temporária ou definitiva do exercício profissional.

Para que tais atribuições não caiam no vazio, o Ministério Público está dotado, dentre outros, dos seguintes instrumentos legais:

- a) Fazer o Poder Público cumprir os direitos à saúde e garantir os serviços de relevância pública de atendimento;
- b) Tomar medidas necessárias para a efetivação, pelo Poder Público, dos direitos à saúde;
- c) Inquérito civil;
- d) Ação civil pública;
- e) Ação civil por improbidade administrativa;
- f) Requisitar Inquérito Policial;
- g) Instaurar procedimentos investigatórios;
- h) Instaurar procedimentos administrativos para apurar responsabilidades pelo não cumprimento dos direitos à saúde;
- i) Expedir notificações;

- j) Expedir atos de advertência contra o Estado para que cumpra seu dever legal e constitucional..

Assim por exemplo, o Ministério Público pode intervir para evitar os chamados tratamentos heróicos; evitar o uso de tecnologia sofisticada e de custo elevado para situações sem risco ou destinados apenas a diminuir o desconforto de situações clínicas, para correlacionar custo e benefício dos tratamentos médicos, mas principalmente para intervir nas políticas sanitárias.

.....

Instrumentos de ação

O Ministério Público pode utilizar vários instrumentos de ação. A Ação Civil Pública é quando o Ministério Público propõe uma ação contra aqueles que causam danos ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor estético, histórico, turístico e paisagístico, patrimônio público e qualquer outro interesse difuso ou coletivo, e ainda por infração da ordem econômica e da economia popular. A ação civil pública também pode ser proposta por uma associação, que esteja constituída há pelo menos um ano e inclua entre suas finalidades a defesa dos interesses e direitos sociais.

Caso seja necessário investigar para verificar se determinado direito foi violado ou não, antes de propor a Ação Civil, o Ministério Público deve abrir um inquérito civil público.

A Ação de Improbidade visa punir os administradores dos patrimônios e dos bens públicos quando cometem atos que prejudicam a receita do município ou quando se enriquecem burlando as leis. O mau uso de verbas públicas pode caracterizar ato de improbidade. Esta ação está prevista pela Lei n.º 8.429/92. A Ação de Improbidade não pode ser movida por associações e, portanto, as denúncias precisam ser necessariamente encaminhadas ao Ministério Público ou aos próprios órgãos de fiscalização e controle da administração, dependendo da área de atuação do conselho, como os Ministérios e Secretárias de Educação, Saúde, entre outros.

COLETÂNEA DE LEIS E JULGADOS EM SAÚDE

(Lei orgânica da saúde anotada e referenciada)

AUTORA

Lenir Santos

AGRADECIMENTOS

Agradeço de modo especial ao Instituto de Direito Sanitário Aplicado - IDISA que colocou à minha disposição todo o seu acervo e à equipe técnica que colaborou na execução deste trabalho, pelo empenho, coesão e interesse.

Dalva Helena Miranda Tupinambá - Advogada
Luciana Seabra Dutra - Advogada
Igor Carlos Concilio Delguercio - Médico saúde pública
Heloisa Maria Carneiro Leão - Médica sanitária
Elizabeth Leite de Oliveira Costa - Bibliotecária
André Gustavo Ambroso Adib - Técnico em Informática

Agradeço a **Biblioteca Jurídica da Procuradoria Geral da UNICAMP** e a **Biblioteca Jurídica da Prefeitura Municipal de Campinas** que prontamente franquearam o acesso ao seu acervo jurídico.

Campinas, 19 de novembro de 2002.

LENIR SANTOS

HOMENAGEM

Em 20 de Novembro de 2002, encerramos a primeira edição dessa Coletânea de Leis e Julgados. No dia 25 de Novembro, cinco dias após o seu término, perdemos, abruptamente, um valioso e querido amigo, colaborador incansável e dedicado na construção desse trabalho.

IGOR CARLOS CONCILIO DELGUERCIO, médico, sanitário, servidor público dedicado, sempre disponível e comprometido com a causa pública: a nossa gratidão e o reconhecimento de que você fará muita falta. Nossas Saudades.

INTRODUÇÃO À COLETÂNEA DE LEIS E JULGADOS EM SAÚDE

A implantação e implementação do Sistema Único de Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a partir da Constituição de 1988, gerou vasta regulação em razão dos princípios constitucionais norteadores desse sistema que exigem a intercambialidade de ações e serviços entre seus dirigentes públicos. A descentralização político-administrativa pressupõe a realização de ações e serviços pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, em cumprimento ao dever constitucional de cuidar da saúde pública, devendo esses entes atuarem em conjunto e de forma integrada, uma vez que o SUS é um sistema organizado sob a forma de uma *rede de ações e serviços* municipal, regional, estadual, federal e nacional, em níveis de complexidade crescente.

As esferas gestoras do SUS dependem e servem-se umas das outras, exatamente em nome da referência e contra-referência (hierarquia dos serviços), uma vez que uma ação de saúde para se completar depende, na maioria das vezes, de um conjunto de outros serviços de complexidade secundária ou terciária, interligando os serviços de um município com os de outro município ou estado (que também se utilizam dos serviços privados de saúde.)

Essa forma de atuação fez nascer uma crescente regulação editada pela Direção Nacional do SUS, o Ministério da Saúde. Entretanto, essa necessária regulação tem sido exagerada, certamente, em razão da antiga centralização das ações e serviços de saúde que somente a partir de 1988 passaram a ser de competência das três esferas de governo. (O forte cunho “centralista” federal ainda permeia as relações institucionais no SUS.)

A falta de técnica legislativa, aliada à desconsideração de que a União, no campo da saúde, só pode legislar sobre normas gerais, tem gerado normas conflituosas, levando os administradores estaduais e municipais a dúvidas e perplexidades na interpretação e cumprimento dessas normas.

Foi grande a dificuldade no exame da vigência de Portarias Ministeriais, uma vez que, aparentemente, os seus autores desconhecem o conjunto de regras já editadas pelo MS, tornando árdua a tarefa de se saber o que está em vigor e o que poderia ter sido revogado ou alterado por outra norma. As Secretarias Ministeriais editam normas sem conhecer o conjunto das normas do Ministério da Saúde.

A Autora.

Lei Orgânica da Saúde Anotada:
Lei n. 8.080/90¹⁷⁴

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º. Esta Lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado¹⁷⁵.

¹⁷⁴ Alterada pelas Leis ns. [9.836, de 24.9.1999](#) e [10.424, de 16.4.2002](#).

¹⁷⁵ **Legislação:**

Ver: art. 192, II e art. 197 da CF; arts. 15, XI; 20 e 22 da LOS.

- [Lei n. 9.656, de 03.06.98](#) - Regulamenta os planos privados de assistência à saúde.
- [Lei n. 9.961, de 28.1.2000](#) - Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- [Lei n. 9.986, de 19.7.2000](#) - Revoga os arts. 12 e 27 e o Anexo I da Lei n. 9.961/2000 e dá outras providências.
- [Lei n. 10.185, de 12.2.2001](#) - Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
- [Lei n. 10.223, de 15.5.2001](#) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.
- [MP n. 2.177, de 24.8.2001](#) - Altera as Leis n. 9.656, de 3.6.98, n. 9.961, de 28.1.2000 e n. 10.185, de 10.2.2001 (Retificada em 24.09.2001).
- [Decreto n. 3.327, de 5.1.2000](#) - Aprova o regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.
- [Decreto n. 4.044, de 6.12.2001](#) - Dá nova redação ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela MP n. 2.177-44, de 24.8.2001.
- [Portaria MS n. 221, de 24.3.99](#) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de todas as unidades hospitalares, públicas ou privadas, informarem ao Ministério da Saúde as internações hospitalares. (Ver art. 15, III e IV da LOS).
- [Portaria SAS/MS n. 511, de 29.12.2000](#) - Aprova modelo de Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais.
- [Portaria MS n. 1.560, de 29.8.2002](#) - Institui o Cartão SUS e dá outras providências.
- [Resolução CSS n. 1, de 22.05.2000](#) - Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas à assistência à saúde suplementar, delega competência à ANS para atos que menciona e dá outras providências.
- [Resolução ANSS/DC n. 62, de 20.3.2001](#) - Estabelece normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n. 9.656, de 3.6.98.
- [Resolução ANSS-RE n. 6, de 26.3.2001](#) - Estabelece nova sistemática para o processamento do ressarcimento ao SUS.

Comentários: A criação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar não retira do Conselho Nacional de Saúde o poder de discutir e atuar nesse campo, uma vez que sua competência para aprovar a política nacional de saúde abrange as ações e serviços de saúde, executados tanto pela iniciativa privada como pelo Poder Público.

Correlata: Código de Proteção e Defesa do Consumidor:

- [Lei n. 8.078, de 11.9.90](#) - Dispõe sobre a proteção do consumidor – Código de Proteção e Defesa do Consumidor – CDC.
- [Lei n. 8.656, de 21.5.93](#) - Altera o Código de Proteção e Defesa do Consumidor – CDC.
- [Lei n. 8.703, de 6.9.93](#) - Acrescenta parágrafo único ao art. 57 do Código de Proteção e Defesa do Consumidor - CDC e revoga o art. 3º da Lei n. 8.656, de 21.5.93.
- [Lei n. 9.008, de 21.3.95](#) - Altera o Código de Proteção e Defesa do Consumidor – CDC.
- [Lei n. 9.298, de 1.8.96](#) - Altera o Código de Proteção e Defesa do Consumidor – CDC.

Comentários: De acordo com o disposto no art. 197 da CF todas as ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados, são de relevância pública, cabendo ao Poder Público, dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. O princípio constitucional de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada não tem o condão de retirar o setor privado do campo de incidência da normatividade dos poderes públicos imanente na área da saúde. O Estado tem o dever de exercer sobre os serviços de interesse social e de relevância pública atuação regulatória e fiscalizadora no exato limite do bem jurídico protegido, ou seja, a vida humana. Consultar: José Afonso Silva, Aplicabilidade das Normas Constitucionais, Editora Malheiros, 3ª edição ("*as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, nos termos da lei, a quem cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Se a Constituição atribui ao Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização*").

Jurisprudência

- Plano de saúde privado. Dever de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS pelas despesas médico-hospitalares em virtude de atendimento, pela rede pública, de beneficiário do plano privado. Inocorrência, na espécie, observada a abrangência do contrato, com relação à localização geográfica e aos períodos de carência. A Lei n.º 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu art. 32, estabelece o dever de ressarcimento pelas operadoras de planos privados dos serviços prestados aos beneficiários em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Não se pode exigir, contudo, que a pessoa jurídica de direito privado restitua valores ao SUS em virtude de situações não cobertas pelo contrato, consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares fora da localidade ou durante os períodos de carência contratual. Apelação desprovida. Sentença confirmada em Reexame Necessário. ([TJRS – APC 70003824174/2002 – Rel. Des. Eduardo Zietlow Duro](#)).
- Contrato- Prestação de serviços - Plano de saúde - Serviço médico-hospitalar - Pagamento de despesas médico-hospitalares de beneficiário falecido portador de AIDS - Doença que provoca deficiência imunológica progressiva, expondo o doente contaminado a males ocasionados por microorganismos patogênicos que na sua maioria são cobertos pela apólice - Abusividade da cláusula contratual excludente reconhecida - Ordinária e antecedente cautelar inominada procedentes - Recurso improvido. ([TACSP - Ap. 705.551-6/1998 – Rel. Juiz Carlos Renato de Azevedo Ferreira](#)).
- Contrato - Cláusula contratual - Contrato de adesão - Limitação da internação em UTI a 10 dias ou 240 horas - Possibilidade - Cláusula limitativa das garantias do associado e não excludente de direito, considerada válida e desvestida de potestatividade - Ação procedente - Recurso improvido. Declaração de voto vencido. ([TACSP – Ap 768.839-5/ 1998 - Rel. Juiz Carlos Luiz Bianco](#)).
- Ação direta de inconstitucionalidade. Medida cautelar. 2. Lei nº 11.446, de 10.7.1997, do Estado de Pernambuco, que dispõe sobre o cumprimento de normas obrigacionais, no atendimento médico-hospitalar dos usuários por pessoas físicas ou jurídicas ao praticarem a prestação onerosa de serviços. 3. Relevância dos fundamentos jurídicos da ação, notadamente, no que concerne à incompetência do Estado-membro, diante das regras dos arts. 22, I e VII, e 192, II, bem assim em face do disposto nos arts. 170 e 5º, XXXVI, todos da Constituição Federal. 4. Periculum in mora caracterizado. 5. Precedente do Plenário na ADIN nº 1.595-8, medida cautelar, em que impugnada a Lei nº 9.495, de 4.3.1997, do Estado de São Paulo. 6. Medida cautelar deferida, suspendendo-se, ex nunc e até o julgamento

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental¹⁷⁶ do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

final da ação, a vigência da Lei nº 11.446, de 10.7.1997, do Estado de Pernambuco. ([STF - ADIN 1.646-6.PE/2001 – Rel. Min. Néri da Silveira](#)).

- Recurso.Apelação.Peças complementares. Juntada nesta fase. Admissibilidade.Internação hospitalar. Plano de saúde. Cobertura. Cessação com o simples diagnóstico de portador de HIV positivo. Inadmissibilidade. Paciente acometido de sintomas não excluídos do plano - Acolhimento da pretensão que constituiria condição potestativa atentatória do direito do consumidor. Reembolso das despesas determinado - Recurso não provido. ([TJSP – APC 280.232-1/1997 – Rel. Des. Fonseca Tavares](#)).

- Agravo de Instrumento de decisão que determinou internação da agravada para realização de cirurgia. Histerectomia total. Sem exigência de garantia. Responsabilidade contratual. Alegação de doença preexistente a assinatura do contrato nao coberta pelo plano de saúde. Ausência de prova do alegado. Pessoa jurídica contratante, a quem compete diligenciar as condições pessoais daquele com quem contrata. Nega- se provimento ao recurso.(TJRJ – AgIn 2000.002.02960/2000 – Rel.Des. Maria Raimunda T. Azevedo) (sem íntegra)

- Seguro de assistência médica. Cláusula que exclui qualquer doença pré-existente, ainda que desconhecida do segurado. Abusividade. É nula, por ofender o Código de Defesa do Consumidor, a cláusula que exclui a cobertura de qualquer doença preexistente, ainda que desconhecida pelo segurado. Se a empresa contrata o seguro, recebe a remuneração correspondente e não examina o cliente, nada pode alegar. Se, além da seguradora não provar a preexistência da doença e o consumidor fizer prova contrária, persiste o dever de indenizar. Recurso improvido.(LSI)(TJRJ – APC 2000.001.07574/2000 – Rel. Des. Bernardino M. Leituga). (sem íntegra)

- Ação Ordinária. Seguro saúde. Doença preexistente. Contrato de adesão. Aplicação do CDC. Contrato realizado para garantir tratamento médico é de adesão e se aplica o Código de Defesa do Consumidor. Correta a Inversão do ônus da prova, cabendo à Ré, entidade muito mais poderosa que o cliente, comprovar a existência da doença preexistente e o conhecimento do contratante dela. Não tendo a Seguradora se desincumbido, desse mister e também não realizado qualquer tipo de exame, por ocasião da admissão no plano do titular e dependentes, não há, agora, como alegar a existência da doença que exclui a garantia do plano. Recurso Improvido.(TJRJ – APC 2000.001.13292/2001 – Rel. Des. Paulo César Salomão). (sem íntegra)

- Agravo de Instrumento. Seguro-saúde. Antecipação de tutela. Cobertura de tratamento médico. Havendo necessidade de quimioterapia, em decorrência de processo recidivante oriundo de patologia cujo tratamento foi custeado pela ré, sem qualquer oposição nem alegação de que se tratava de doença preexistente, não pode agora vir a alegar tal condição, pois se trata da mesma doença. Agravo não provido.(TJRS - AgIn 70001380740/2000 – Rel.Des. Joao Pedro Freire).

¹⁷⁶Legislação:

Ver art. 6º; art. 7º, II, da LOS; art. 102, II, § 1º; 129, II e III; art. 196 da CF.

Correlata: - [Lei n. 9.882, de 3.12.99](#) - Dispõe sobre o processo e julgamento da argüição de descumprimento de preceito fundamental.

- [Portaria MS n. 763, de 7.4.94](#) – Revoga a Portaria MS n. 1.236, de 14.11.93 que dispõe sobre o tratamento médico no exterior.

- [Portaria MA/GM n. 46, de 22.1.97](#) – Dispõe sobre o tratamento médico no exterior com recursos públicos no âmbito do Ministério da Aeronáutica.

- [Resolução Recomendada CNIg n. 2, de 5.12.2000](#) - Concede, em caráter excepcional, visto temporário ao estrangeiro que venha ao Brasil para tratamento de saúde.

Comentários: O tratamento médico do brasileiro no exterior esteve regulado no país, na época do anterior Sistema Nacional de Saúde (Lei n. 6.229, de 17.7.75), quando o extinto INAMPS responsabilizava-se pela garantia, aos trabalhadores contribuintes da previdência social, do acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares. Em 1992, foi

revogada a Portaria MPAS n. 4.396, de 11.1.89 que permitia o pagamento de tratamento médico no exterior para beneficiários da Previdência Social. Em 1993, a Portaria MS n. 1.236, de 14 de novembro, deu nova regulamentação ao tema e, em 1994, a Portaria MS n. 763, de 7 de abril, revogou aquela Portaria vedando ao cidadão brasileiro o direito de tratar-se no exterior com recursos do Sistema Único de Saúde. O tema é polêmico e a jurisprudência não tem sido uniforme. Por outro lado, a Portaria do Ministério da Aeronáutica n. 46/97 regulamenta o tratamento médico no exterior, pagos com recursos públicos, para militares submetidos (ou para acompanhar dependente) a tratamento médico no exterior. Todo o sistema público de saúde deve estar integrado num único sistema e submeter-se a uma mesma normatividade. Lembramos, ainda, que existem acordos internacionais que regulam o atendimento do brasileiro no exterior quando, em viagem, sofre algum agravo em sua saúde.

Jurisprudência:

- Mandado de Segurança. Reembolso de tratamento de saúde realizado em Cuba. Ausência de direito líquido e certo.I - Se o impetrante realizou o tratamento médico antes de obtida a autorização da autoridade competente não há que se falar em direito líquido e certo à restituição dos valores gastos em cirurgia oftalmológica realizada em Cuba.II - Mandado de segurança denegado. ([STJ MS 3235.DF/1997 – Rel. Min. Fernando Gonçalves](#)).

- Tutela Antecipada - Objetivo - Custeio pelo Estado de exame de genotipagem em portador do vírus da AIDS - Admissibilidade - Direito constitucional à saúde - Artigo 196 da Constituição da República - Urgência ante à frágil saúde do autor - Inaplicabilidade das restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal - Recurso não provido. Tutela Antecipada. Concessão. Pedido contra a Fazenda Pública. Admissibilidade. Possibilidade ante à Lei Federal n. 7.347/85, com a alteração dada pela Lei Federal n. 9.494/97. Recurso não provido. Tutela Antecipada. Concessão. Pobreza do autor. Perigo de irreversibilidade da medida. Fator não preponderante da inadmissibilidade do provimento. Presença dos pressupostos. Recurso não provido. ([TJSP - AgIn 216.516-5/2001 - Rel. Des. William Marinho](#)).

- Administrativo. Tratamento médico no exterior. Retinose pigmentar. Ausência de direito. Portaria n. 763/94, do Ministério da Saúde. Segurança denegada.I - A proteção à vida e à saúde, como direito social assegurado na Constituição Federal, é de conteúdo programático, não se traduzindo em forma de autorização geral e ilimitada para que os cidadãos possam, sob tal título, pleitear qualquer espécie de tratamento médico no exterior, se este não é autorizado pelas normas que presentemente regulam a espécie, inclusive porque, no caso da retinose pigmentar, a eficácia do tratamento em Cuba, após período de observação, não foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, cuidando-se de técnica meramente “experimental”.II - A prova em mandado de segurança é pré-constituída, não permitindo dilação probatória, de sorte que é impossível ao Judiciário, sem amparo em prova pericial, concluir pelo sucesso do tratamento, substituindo-se, indevidamente, à autoridade administrativa, que é especializada no assunto e tem posicionamento distinto.III - Precedentes do TRF - 1ª Região.IV - Apelação provida, prejudicada a remessa oficial. ([TRF 1ª Região - APC em MS 96.01.16079-5. DF/1997 – Rel. Juiz Aldir Passarinho Júnior](#))

- Administrativo e Processual Civil. Mandado de Segurança. Cabimento. Ministério da Saúde. Mero repassador de recursos financeiros. Alegação afastada. Direito à saúde. CF/88, art. 196. Portadores de retinose pigmentar . Direito à obtenção de recursos financeiros para o tratamento da doença no exterior. 1. A pretensão dos impetrantes, qual seja, a de compelir a autoridade impetrada a custear tratamento de retinose pigmentar em Cuba, não visa à produção de efeitos pretéritos , nem se confunde com ação de cobrança sendo, pois , cabível a impetração de mandado de segurança na hipótese. 2. Ações de saúde são executadas no âmbito federal, não obstante a criação do SUS. É o que se vê do dispositivo no artigo 9º da Lei nº 8.080/90, a demonstrar que o Ministério da Saúde é mais que um mero repassador de recursos financeiros nesta área. 3. “Valores fundamentais da existência humana não podem ser relegados à mera e fria questão de hermenêutica, desprovida de sensibilidade, diante dos preceitos constitucionais que asseguram o direito à saúde. (CF, artigo 196)” (AMS 200.34.00.007226-0/DF, Rel. Juiz Aloísio Palmeira Lima julg. 27.06.2001) 4. Portadores de retinose pigmentar tem direito à obtenção de recursos financeiros, por parte do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde , para tratamento da doença no exterior. 5. Apelação e remessa a que se nega provimento. (TRF 1ª Região – APC em MS 199701000087769.DF/2001 – Rel. Juiz Ricardo Machado Rabelo). (sem íntegra)

- Alega o impetrante que é portador da doença chamada leucemia linfóide aguda, desde os três anos de idade e, de acordo com diagnósticos médicos, há necessidade de um transplante urgente de medula óssea e, se não for realizado, poderá resultar em sua morte prematura, na plenitude de sua adolescência. Prosseguindo, aduz que a chance de sua vida está no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR, onde já faz tratamento, pois trata-se de instituição pública, a qual se encontra, conforme informações, totalmente aparelhada e autorizada a realizar o transplante de medula óssea, sendo, portanto, acenado como a sua única possibilidade de sobreviver. Informa que o tratamento é por demais custoso, perfazendo um valor de aproximadamente US\$ 142.429,00 (cento e quarenta e dois

mil, quatrocentos e vinte e nove dólares), importância que o impetrante e seus familiares não possuem. Promovendo campanhas de arrecadação, apenas levantou a quantia, irrisória para o caso, de R\$ 2.446,63 (dois mil, quatrocentos e quarenta e seis reais e sessenta e três centavos). Aduz que, nas raias do desespero, tem feito apelos dramáticos à autoridades envolvidas com o Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde, as autoridades impetradas e outras em Campo Grande – MS, não obtendo sequer resposta aos seus apelos, sendo que a única manifestação foi do Hospital de Clínicas da UFPR, dizendo que não dispõe de recursos, caracterizando-se, no seu entender, omissão das autoridades impetradas. Junta declaração dos médicos, Drs. José Zanis Neto, Ricardo Pasquini; correspondência do Hospital de Clínicas, onde são informados os valores do tratamento; diagnóstico do Centro de Patologia de Curitiba; orçamento com os respectivos valores para realização do transplante; correspondências às autoridades e a resposta do Diretor do Hospital de Clínicas. Assim, presentes os requisitos autorizadores, quais sejam, o “*forum boni juris*” e o “*periculum in mora*”, defiro a liminar requerida. ([3ª Vara Federal de Curitiba - MS 99.0014993-9/1999 - Juíza Federal Substituta Marisa Claudia Gonçalves Cúcio](#)).

- Narra a impetrante, na inicial, que a partir de agosto de 1997 começou a sentir os sintomas de doença chamada Leucemia Mielóide Crônica. Diante desse quadro clínico, em 12/08/97 deu início ao seu tratamento no Hospital de Clínicas da UFPR e, no período de 02/04/98 a 23/04/99, utilizou o medicamento Interferon; porém, sem nenhum êxito, por não haver regressão da doença, restou-lhe, como única alternativa, o Transplante de Medula Óssea. Dispõe que a espera por doador, se não houver um de imediato, poderá ser tarde demais, estando sua vida comprometida, uma vez que necessita do transplante imediatamente. Aquela Instituição Pública Federal possui o serviço de Busca de Doador de Medula Óssea, o qual tanto necessita, porquanto não possui doador histocompatível entre os familiares. Informa que seus familiares promoveram campanhas para arrecadação de fundos, objetivando pagar aquele medicamento, pois, desde o início do tratamento, já gastou, aproximadamente, R\$ 50.000,00. Entretanto, para cobrir os gastos com o procedimento necessário ao transplante, o numerário é muito alto, conforme informou o Hospital de Clínicas, à fl. 37. Assim, fez apelos às autoridades envolvidas com o Sistema Único de Saúde – SUS (INSS, SMS e HC), solicitando, administrativamente, providências para a realização do transplante e somente o Hospital de Clínicas se manifestou esclarecendo não possuir autorização para o transplante. Quanto ao Instituto Nacional do Seguro Social, este rejeitou a protocolar seu pedido, mostrando, assim, o completo descaso e desrespeito com o seu grave estado. Ante a omissão das autoridades impetradas, por não terem adotado qualquer atitude concreta a fim de assegurar à impetrante o exercício de seu direito, busca a prestação jurisdicional. Requer a concessão de liminar como medida cautelar do direito ao transplante, pois, havendo demora, poderá a autora não resistir e expirar; e honorários advocatícios. Decisão: Concedo a segurança, confirmado a liminar anterior, determinando às autoridades impetradas – Secretário Municipal de Saúde de Curitiba, Diretor Geral do Hospital de Clínicas da UFPR e Ministro de Estado da Saúde – que efetivem os procedimentos indispensáveis previstos nas normas pertinentes ao transplante de medula óssea, antes indicadas, objetivando realizá-lo no mais curto de tempo, colocando à disposição dos órgãos envolvidos, os meios imprescindíveis à busca e transporte da medula óssea do exterior, bem como, os recursos financeiros necessários à consecução do procedimento cirúrgico, destinado a salvar a vida da impetrante, respectivo internamento e posterior tratamento de radioterapia. ([Justiça Federal da 7ª Vara do Paraná – MS 99.00.25016-8/2001 – Rel. Juiz Alvaro Eduardo Junqueira](#))

- Previdenciário. Direito do segurado a tratamento médico especializado art. 6º da CF e Lei 8.080/90. 1. A saúde é direito do cidadão e dever do Estado (art. 6º CF) devendo ele, portanto, promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Lei n. 8080/90). 2. Apelação improvida. (TRF 1ª Região – APC em MS 01093863/1991 – Rel. Juiz Mario Mendes). (sem íntegra)

- Constitucional. Administrativo. Regime Jurídico Único. Servidor federal. Despesas médicas. Direito à vida. Responsabilidade subjetiva do Estado. Teoria da falta de serviço. Reembolso das despesas. Sentença confirmada. 1. Concedida a segurança monocrática “de modo que o impetrante diligencie cobertura dos gastos para o transplante de córnea” de sua esposa com médicos cirurgião, anestesista, cardiologista e assistente de cirurgia – chefe, assim como hospital e as passagens do segurado e beneficiária. 2. Direito a vida é garantia constitucional e não se pode exigir que os segurados arrisquem a integridade de seus dependentes em face do mau funcionamento do sistema de assistência médica do Estado (SUS ou convênio). (art. 5º c/c art. 196 da CF/88. 3 Aplica-se aqui a teoria da “falta de serviço”, que leva a responsabilidade subjetiva do Estado, se comprovada a omissão. Deve o segurado ser indenizado. Precedentes do TRF 2ª e 3ª Região. 4. Remessa oficial denegada. 5. Sentença confirmada. (TRF 1ª Região – REO 01024628/1998 – Rel. Juiz Francisco de Assis Betti). (sem íntegra)

- Administrativo. Mandado de Segurança. Portaria nº 408, de 30/12/92, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Bloqueio de pagamento às unidades assistenciais de saúde mental do sistema de internação hospitalar /SUS. Ilegalidade. 1. Se o paciente está munido de autorização de internação hospitalar, regularmente emitida pela administração pública ao procurar a rede hospitalar conveniada no âmbito do SUS, há de ter garantido o

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais¹⁷⁷ que visem à redução de riscos de

direito à internação para assistência à sua saúde, conforme o mandamento constitucional. 2 Na hipótese de não haver disponibilidade nos leitos contratados, o hospital é obrigado a internar o paciente em acomodação nos leitos contratados, o hospital é obrigado a internar o paciente em acomodação de nível superior, não sendo-lhe permitida a cobrança de nenhum acréscimo ao preço avençado para a internação normal. 3. prestado o serviço de atendimento hospitalar pela entidade privada, devidamente regularizada mediante a emissão da AIH, é ilegal qualquer ato da administração que tenha por objetivo coartar a remuneração pelo serviço prestado sob alegação de que extraordinário aos leitos contratados. 4. Apelação e Remessa Oficial desprovidas. (TRF 1ª Região – AMS 01203911/1997 – Rel. Juiz Amílcar Machado).(sem íntegra)

- Apelação Cível. Ação Monitoria. Termo de responsabilidade assinado pela embargante no dia do internamento de seu genitor. A solicitação feita pela recorrida para que seu pai aposentado, fosse atendido pelo SUS - Sistema Único de Saúde, foi recusada pela apelante. Encaminhamento da requisição, mas apelante deixou expirar o prazo de transferência, objetivando receber as despesas pela categoria particular. desprovimento ao recurso.([TJPR – APC 113607-6/2002 - Rel. Des Pacheco Rocha](#))

¹⁷⁷ *Legislação correlata vinculada à política social que interfere com a saúde:*

- Ver Estatuto da Criança e do Adolescente ([Lei n. 8.069, de 13.7.90](#)); art. 227 da CF.
- [Decreto-Lei n. 1.119, de 11.8.70](#) - Isenta do Imposto de Importação os aparelhos de marcapasso cardíaco implantáveis.
- [EC n. 31, de 14.12.2000](#) - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, introduzindo artigos que criam o fundo de combate e erradicação da pobreza.
- [Lei Complementar n. 111, de 6.7.2001](#) - Dispõe sobre o fundo de combate a erradicação da pobreza, na forma prevista nos arts. 79, 80 e 81 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias.
- [Lei n. 2.603, de 15.9.55](#) - Dispõe sobre isenção de licença para importação de aparelhos ortopédicos por entidades de assistência social.
- [Lei n. 7.670, de 8.9.88](#) - Estende aos portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) os benefícios que especifica.
- [Lei n. 7.713, de 22.12.88](#) - Dispõe sobre o imposto de renda, isentando, em seu art. 6º, XIV, da incidência do imposto de renda, os proventos decorrentes de aposentadoria, reforma ou pensão percebidos por pessoas físicas portadoras de moléstia grave.
- [Lei n. 8.541, de 23.12.92](#) - Altera a Lei n. 7.713/88 (art. 47).
- [Lei n. 8.742, de 7.12.93](#) - Dispõe sobre a organização da Assistência Social.
- [Lei n. 8.922, de 25.4.94](#) - Acrescenta dispositivo ao artigo 20 da Lei n. 8.036, de 11.5.90 para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.
- [Lei n. 9.077, de 10.7.95](#) - Autoriza o Poder Executivo a utilizar estoques públicos de alimentos no combate à fome e à miséria.
- [Lei n. 9.263, de 12.1.96](#) - Regulamenta o § 7º, do art. 226, da CF, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
- [Lei n. 9.533, de 10.12.97](#) - Autoriza o Executivo a conceder apoio financeiro aos municípios que instituírem programas de garantia de renda mínima associados a ações sócio-educativas.
- [Lei n. 9.711, de 20.11.98](#) - Altera a Lei n. 8.742/93, que dispõe sobre a assistência social.
- [Lei n. 9.720, de 30.11.98](#) - Dá nova redação a dispositivos da Lei n. 8.742, de 7.12.93 que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.
- [Lei n. 9.998, de 17.8.2000](#) - Institui o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações.(Ver art. 5º, V).
- [Lei n. 10.317, de 6.12.2001](#) - Altera a Lei n. 1.060, de 5.2.50, que estabelece normas para concessão de assistência judiciária aos necessitados para conceder gratuidade do exame de DNA, nos casos que especifica.
- [MP n. 2.187, de 24.8.2001](#) - Altera a Lei n. 8.742/93, que dispõe sobre a Assistência Social.
- [MP n. 2.164, de 24.8.2001](#) - Altera a CLT possibilitando a movimentação de conta do FGTS pelo trabalhador ou qualquer de seus dependentes nos casos de doenças (HIV e estágio terminal, em razão de doença grave).

-
- [MP n. 2.206, de 6.9.2001](#) - Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde. "Bolsa-Alimentação", e dá outras providências.
 - [Decreto n. 2.999, de 25.3.99](#) - Dispõe sobre o Conselho da Comunidade Solidária e dá outras providências.
 - [Decreto n. 3.637, de 20.10.2.000](#) - Institui a Rede Nacional de Direitos Humanos.
 - [Decreto n. 3.934, de 21.9.2001](#) - Regulamenta o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde.
 - [Decreto n. 3.997, de 5.11.2001](#) - Dispõe sobre o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.
 - [Decreto n. 4.226, de 13.5.2002](#) - Cria o Conselho Nacional de Promoção do Direito Alimentação – CNPDA e dá outras providências.
 - [Decreto n. 4.228, de 13.5.2002](#) - Institui, no âmbito da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Ações Afirmativas e dá outras providências.
 - [Decreto n. 4.229, de 13.5.2002](#) - Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto n. 1.904, de 13.5.96, e dá outras providências.
 - [Decreto n. 4.313, de 24.7.2002](#) - Regulamenta o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação - "Bolsa Escola" e dá outras providências.
 - [Decreto n. 4.360, de 5.9.2002](#) - Altera o art. 36 do Decreto n. 1.744, de 8.12.95, que regulamenta o benefício de prestação continuada devido a pessoa portadora de deficiência e idoso, de que trata a Lei n. 8.742, de 7.12.93.
 - [Resolução Conselho Diretor PIS/PASEP n. 2, de 17.12.92](#) - Autoriza a liberação do saldo das contas do PIS e PASEP aos seus titulares não aposentados portadores do vírus HIV.
 - [Instrução Normativa SRF n. 57, de 31.5.2001](#) - Dispõe sobre o despacho aduaneiro de bens importados para serem utilizados em serviços médicos de caráter humanitário.

Comentários:

1. A IN-SRF n. 57 permite a entrada de bens a serem utilizados em atividades clínicas e cirúrgicas de caráter humanitário, prestadas *gratuitamente* no País. É importante lembrar que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos que participam do SUS de forma complementar, não podem ser consideradas como entidades que prestam serviços *gratuitos na área da saúde*, uma vez que o SUS as remunera utilizando a mesma tabela de preços que remunera o setor privado lucrativo. Os serviços prestados ao SUS não podem caracterizar a *gratuidade* da assistência, uma vez que o Poder Público paga por eles. Os serviços gratuitos devem ser, de fato, *gratuitos*.

2. O Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde insere-se na categoria dos programas de assistência social que provê mínimos existenciais, não podendo ser financiados com recursos do Fundo Nacional da Saúde. Ainda que a carência alimentar tenha interferência na saúde do cidadão, não pode ser financiado com recursos da saúde.

A vigilância nutricional, que se insere no âmbito do SUS, tem características próprias que não se confundem com renda mínima e outros programas de assistência social. Lembramos, ainda, que a CF no seu art. 212, § 4º, dispõe que os programas suplementares de alimentação e assistência à saúde do educando, previstos no art. 208, VII, serão financiados com recursos provenientes de contribuições sociais e outros recursos orçamentários. Na área da educação existe uma fonte adicional de financiamento que é a "contribuição social salário educação" (art. 212, § 5º).

Jurisprudência

- Recurso especial. Investigação de paternidade. Exame DNA. Justiça gratuita. Responsabilidade do Estado. Despesas. Precedentes da Corte. 1. As normas infraconstitucionais mencionadas no recurso especial não impõem, indubitavelmente, ao Estado o dever legal de custear todo o exame DNA, questão essa de índole constitucional, que foge dos limites para o recurso especial. 2. Tampouco o recorrente indicou dispositivos que obrigam o perito a adiantar despesas ou a aguardar que o beneficiário da justiça gratuita ganhe a ação para que possa receber os honorários. 3. Recurso especial não conhecido (STJ – RESP 112585.MS/1999 – Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito). (sem íntegra)

- Assistência judiciária. Perícia (exame DNA). Em casos assemelhados, decidiu o STJ que "A questão pertinente a saber se o Estado deve arcar com as despesas é de natureza constitucional, não podendo ser deslindada em recurso especial" (Resps 73.914 e 112.585). Recurso especial não conhecido. (STJ – RESP 174329.MS/1999 – Rel. Min. Nilson Naves). (sem íntegra).

- Investigação de paternidade - Exame DNA - Beneficiário de assistência judiciária gratuita. Acórdão com fundamento exclusivamente de índole constitucional (art. 5º, IXXIV da CF/88) - Matéria que não pode ser apreciada em sede de especial. I - Se o acórdão recorrido, para determinar a obrigatoriedade do Estado em arcar com as despesas para a realização do exame DNA, pautou-se em princípio de natureza constitucional, a questão só poderá ser

apreciada em sede de Recurso Extraordinário. II - Recurso não conhecido. (STJ – RESP 136533.MS/1999 – Rel. Min. Waldemar Zveiter)(sem integra).

- Investigação de paternidade. Exame DNA. Justiça gratuita. Responsabilidade do Estado. Precedentes da Segunda Seção. I - Se o acórdão recorrido, para determinar a obrigatoriedade do Estado em arcar com as despesas para a realização do exame DNA, pautou-se em princípio de natureza constitucional, a questão só poderá ser apreciada em sede de Recurso Extraordinário. II - Recurso não conhecido. (STJ – RESP 103283.MS/1999 – Rel. Min. Wlademar Zveiter). (sem integra).

- Medida Cautelar. Efeito suspensivo a recurso especial. Perícia. Antecipação das despesas. DNA. Ação de investigação de paternidade. Deferimento da medida liminar para emprestar efeito suspensivo a recurso especial interposto de acórdão que impôs ao Estado a obrigação da antecipar despesas com perícia (DNA) em ação de investigação de paternidade ajuizada por beneficiário da Justiça Gratuita.(STJ – MC 779.MS/1998 – Rel. Min. César Asfor Rocha).(sem integra)

- Direito Processual Civil. Justiça gratuita. Prova pericial do DNA. Despesas. 1. De acordo com uníssono entendimento da Segunda Seção desta Corte pode o magistrado exigir o exame "finger print" - DNA, às expensas do Estado, tão-somente naqueles casos em que após colher exaustivamente todas as provas admissíveis, não conseguir formar o seu convencimento sobre a pretensão deduzida. 2. Recurso especial conhecido e provido em parte. (STJ – RESP 182040.MS/1998 – Rel. Min. Bueno de Souza) (sem integra)

- Investigação de paternidade. Assistência judiciária. Exame "Finger Print DNA". Honorários periciais. Antecipação pelo Estado. Na ação de investigação de paternidade, o Estado não se acha obrigado a adiantar as despesas da perícia, à falta de disponibilidade orçamentária. Precedentes. Recurso especial conhecido e provido.(STJ – RESP 107001.MS/2000 – Rel. Min. Barros Monteiro). (sem integra).

Legislação correlata referente às políticas públicas de proteção ao idoso:

Ver Capítulo VII da CF, arts. 226 a 230; art. 7º, II, da LOS.

- [Lei n. 8.842, de 4.1.94](#) - Dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso.

- [Lei n. 8.926, de 9.8.94](#) - Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos.

- [Lei n. 10.173, de 9.1.2001](#) - Altera a Lei n. 5.869, de 11.1.73 - Código de Processo Civil, para dar prioridade de tramitação aos procedimentos judiciais em que figure como parte pessoa com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos.

- [Decreto n. 1.948, de 3.7.1996](#) – Regulamenta a Lei n. 8.842/94 que dispõe sobre a política nacional do idoso.

- [Decreto n. 4.227, de 13.05.2002](#) - Cria o Conselho Nacional do Idoso - CNDI , e dá outras providências.

-[Decreto n. 4.287, de 27.6.2002](#) - Dá nova redação a dispositivo do Decreto n. 4.227, de 13.5.2002, que cria o Conselho Nacional do Idoso - CNDI.

- [Portaria SEAS/MPAS n. 73, de 10.5.2001](#) - Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.

- [Portaria MS n. 99, de 5.2.99](#) – Dá competência à Funasa para cuidar da imunização da população com idade superior a 65 anos.

- [Portaria MS n. 1.395, de 10.12.1999](#) – Aprova a Política Nacional do Idoso.

- [Portaria MS n. 702, de 12.4.2002](#) – Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.

Legislação correlata referente às políticas públicas de proteção ao deficiente:

- Ver arts. 203, IV; 208, VII; 227, § 1º,II, da CF.

- [Lei n. 7.405, de 12.11.85](#) - Torna obrigatória a colocação do símbolo internacional de acesso em todos os locais e serviços que permitam sua utilização por pessoas portadoras de deficiências e dá outras providências.

- [Lei n. 7.853, de 24.10.89](#) - Dispõe sobre o apoio às pessoas deficientes, sua integração social, sobre a coordenadoria para integração do deficiente (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesse coletivo ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências.

- [Lei n. 8.000, de 13.3.90](#) - Concede isenção do imposto sobre produtos industrializados na aquisição de automóveis de passageiros e dá outras providências.

- [Lei n. 8.028, de 13.4.90](#) – Altera a Lei n. 7.853/89.

- [Lei n. 8.160, de 8.1.91](#) - Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva.

doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

-
- [Lei n. 8.686, de 20.7.93](#) - Dispõe sobre o reajustamento da pensão aos deficientes físicos portadores da síndrome de talidomida, instituída pela Lei n. 7.070, de 20.12.82.
 - [Lei n. 8.687, de 20.7.93](#) - Retira da incidência do Imposto de renda benefícios percebidos por deficientes mentais.
 - [Lei n. 8.899, de 29.6.94](#) - Dispõe sobre o transporte de pessoas deficientes no sistema de transporte coletivo interestadual
 - [Lei n. 8.989, de 24.2.95](#) - Dispõe sobre a isenção do imposto sobre produtos industrializados para aquisição de automóveis para utilização de transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física e destinados ao transporte escolar e dá outras providências.
 - [Lei n. 9.144, de 8.12.95](#) - Prorroga a vigência da Lei n. 8.989, de 24.2.95.
 - [Lei n. 9.867, de 10.11.99](#) - Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais visando à integração social dos cidadãos, conforme específica.
 - [Lei n. 10.048, de 8.11.2000](#) - Dá prioridade de atendimento as pessoas que especifica, e dá outras providências.
 - [Lei n. 10.050, de 14.11.2000](#) - Altera o art. 1.611, do Código Civil, estendendo o benefício do § 2º ao filho necessitado portador de deficiência.
 - [Lei n. 10.098, de 19.12.2000](#) - Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
 - [Lei n. 10.182, de 14.2.2001](#) - restaura a vigência da Lei n. 8.989, de 24.2.95.
 - [Lei n. 10.226, de 15.5.2001](#) - Acrescenta parágrafo ao art. 13 da Lei n. 4.737, de 15.7.65, que institui o Código Eleitoral determinando a expedição de instruções sobre a escolha dos locais de votação de mais fácil acesso para o eleitor deficiente físico.
 - [Lei n. 10.436, de 24.4.2002](#) - Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências.
 - [MP n. 2.216, de 31.8.2001](#) - Altera dispositivos da Lei no 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. (Revoga o art. 13 da Lei n. 7.853, de 24.10.89).
 - [Decreto n. 129, de 22.5.91](#) - Promulga a convenção 159, da OIT, sobre a reabilitação profissional e o emprego de pessoas deficientes.
 - [Decreto n. 1.744, de 8.12.95](#) - Regulamenta o benefício de prestação continuada devido a pessoa deficiente e ao idoso, conforme Lei n. 8.742, de 7.12.93.
 - [Decreto n. 3.298, de 20.12.99](#) - Regulamenta a Lei 7.853, de 24.10.89, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências (arts. 16, 17, 18 e 19 tratam especificamente da saúde).
 - [Decreto n. 3.691, de 19.12.2000](#) - Regulamenta a Lei n. 8.899/94.
 - [Decreto Legislativo n. 198, de 13.6.2001](#) - Aprova o texto da Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, concluída em 7.6.99.
 - [Decreto n. 3.956, de 8.10.2001](#) - Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.
 - [Portaria Interministerial MT/MJ/MS n. 3, de 10.4.2001](#) - Dispõe sobre a concessão de passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual, nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário e revoga Portaria n. 1, de 9.1.2001.
 - [Portaria MC n. 246, de 10.5.2001](#) - Dispõe sobre a definição do Programa de Atendimento a Deficientes, que trata da implantação de acessos individuais dos serviços de telecomunicações e equipamentos de interface a pessoas portadoras de deficiência e a instituições de assistência a deficientes.
 - [Portaria MS n. 1.060, de 5.6.2002](#) - dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
 - [Resolução INSS n. 435, de 18.3.97](#) - Estabelece normas para a concessão do benefício continuado de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso.
 - [Resolução CONADE n. 8, de 20.6.2001](#) - Recomenda ao Ministério da Educação - MEC e ao Conselho Nacional de Educação - CNE medidas referentes à inclusão da pessoa portadora de deficiência, no sistema regular de ensino, e dá outras providências.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade¹⁷⁸.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre 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 essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷⁹.

- [Instrução Normativa SNT n.5, de 30.8.91](#) – Dispõe sobre a fiscalização do trabalho das pessoas portadoras de deficiência.

Estadual

MT

- [Lei n. 6.565, de 28.11.94](#) – Dispõe sobre benefício ao servidor com filho deficiente excepcional e dá outras providências.

¹⁷⁸ *Legislação:*

Correlata:

- [Lei n. 9.608, de 18.2.98](#) - Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.

- [Lei n. 10.029, de 20.10.2000](#) - Estabelece normas gerais para a prestação voluntária de serviços administrativos e de serviços auxiliares de saúde e de defesa civil nas polícias militares e nos corpos de bombeiros militares e dá outras providências.

- [Portaria MS n. 641, de 27.4.2001](#) - Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê com a finalidade de elaborar plano de ação destinado a promover o trabalho voluntário em saúde.

¹⁷⁹ *Legislação:*

- [Portaria Interministerial MS-MJ n. 628, de 2.4.2002](#) – Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

- [Portaria MS n. 863, de 7.5.2002](#) - Aprova o Termo de Compromisso a ser firmado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais da Saúde com vistas ao co-financiamento das ações de saúde no sistema penitenciário sob gestão estadual.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde¹⁸⁰;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas¹⁸¹.

Comentários: Os serviços de saúde dos hospitais penitenciários, geralmente subordinados às Secretarias de Justiça ou de Segurança, integram o SUS apenas no tocante à política de saúde, continuando vinculados aos órgãos específicos, inclusive no tocante ao financiamento.

¹⁸⁰**Legislação:**

Ver art. 6º, V; art. 16, II, a, IV da LOS. Art. 200, VIII, da CF e Nota 58.

- [Portaria MS n. 663, de 22.3.94](#) - Estabelece condições para a redução da mortalidade materna.

- [Portaria MS n. 1.838, de 9.10.2002](#) - Define diretrizes estratégicas para o cumprimento da meta de eliminação da Hanseníase como problema de saúde no Brasil até 2005.

¹⁸¹**Legislação:**

Ver art. 7º, II, da LOS

Propaganda de produtos que colocam em risco a saúde individual e coletiva:

Ver art. 6º, VI, da LOS e 220 da CF.

- [Lei n. 9.294, de 15.7.96](#) - Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220, da Constituição Federal.

- [Lei n. 10.167, de 27.12.2000](#) - Altera dispositivos da Lei n. 9.294, de 15.7.96, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.

- [MP n. 2.190, de 23.8.2001](#) - Altera a Lei n.9.782, de 26.1.99 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a Lei n. 6.437, de 20.8.77 que configura infrações a legislação sanitária federal e estabelece sanções respectivas, a Lei n. 9.294, de 15.7.96 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos e dá outras providências.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária¹⁸²;

-
- [MP n. 69, de 27.9.2002](#) - Dispõe sobre a proteção de informações não divulgadas submetidas à aprovação da comercialização de produtos farmacêuticos, fertilizantes, agrotóxicos e seus componentes e afins.
 - [Decreto n. 2.018, de 1.10.96](#) - Regulamenta a Lei n. 9.294, de 15.7.96 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.
 - [Decreto n. 3.157, de 27.8.99](#) - Dá nova redação ao art. 5º, do Decreto n. 2.018, de 1.10.96 que regulamenta a Lei n. 9.294, de 15.7.96 que dispõe sobre a restrição ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.
 - [Portaria MS n. 2.169, de 29.12.94](#) – Estabelece medidas de advertência com mensagens rotativas, acompanhadas de pictogramas, esclarecendo os diversos malefícios decorrentes do uso de tabaco e seus derivados; dispõe sobre a sua publicidade e proíbe o seu consumo nos locais que menciona.
 - [Portaria Interministerial MS, MJ e MC n. 477, de 24.3.95](#) - Divulga o teor das advertências sobre os males provocados pelo consumo de tabaco e produtos derivados e dá outras providências.
 - [Portaria MS n. 3.717, de 8.10.98](#) – Cria o Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/AIDS e dá outras providências.
 - [Resolução ANVS n. 104, de 31.5.2001](#) - Dispõe que todos os produtos fumígenos derivados do tabaco, conterão na embalagem e na propaganda, advertência ao consumidor, sobre os malefícios decorrentes do uso destes produtos e altera dispositivos das Portaria MS n. 2.169, de 29.12.94 e Portaria Interministerial MS-MJ-MC n. 477/95.
 - [Resolução ANVS/RDC n. 102, de 30.11.2000](#) - Aprova regulamento sobre propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto seja a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importados, quaisquer que sejam as formas e meios de veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal das emissoras de rádio e televisão.
 - [Resolução RDC n. 83, de 18.3.2002](#) – Proíbe, em circunstâncias especiais, a propaganda de medicamentos que contenham o princípio ativo ácido acetilsalicílico.

Estadual

RJ

- [Lei n. 2.136, de 14.7.93](#) - Dispõe sobre medidas higiênicas e de prevenção à AIDS/SIDA, no Estado do Rio de Janeiro.

Comentários: A Resolução n. 104 modificou as advertências (frases) contidas na Lei n. 9.294, de 15.7.96. Já a Portaria Interministerial n. 477/95 *recomenda* que as emissoras de TV *evitem* a transmissão de imagens de pessoas entrevistadas, convidados e personalidades públicas fumando, enquanto a anterior Portaria n. 2.169/94 *proíbe* essa transmissão.

¹⁸²**Legislação:**

Ver art. 6º, § 1º; art. 16, III, d, da LOS.

- [Lei n. 6.437, de 20.8.77](#) - Configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.
- [Lei n. 7.889, de 23.11.89](#) – Dispõe sobre a inspeção sanitária e industrial dos produtos de origem animal e dá outras providências.
- [Lei n. 7.967, de 22.12.89](#) - Dispõe sobre o valor das multas por infração à legislação sanitária, altera a Lei n. 6.437/77 e dá outras providências.
- [Lei n. 9.695, de 21.8.98](#) - Altera a Lei n. 6.437/77 e dá outras providências.
- [Lei n. 9.782, de 26.1.99](#), Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

b) de vigilância epidemiológica¹⁸³;

-
- [MP n. 2.190, de 23.8.2001](#) – Altera dispositivos das Leis n. 9.782, de 26.1.99, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e n. 6.437, de 20.8.77 que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.
 - [Decreto n. 77.052, de 19.1.76](#) – Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas auxiliares relacionadas diretamente com a saúde.
 - [Decreto n. 87, de 15.4.91](#) – Simplifica as exigências sanitárias para ingresso e permanência de estrangeiros no país, altera o Decreto n. 86.715, de 10.12.81, e dá outras providências.
 - [Decreto n. 3.029, de 16.4.99](#) – Regulamenta a Lei n. 9.782, de 1999.
 - [Decreto n. 3.571, de 21.8.2000](#) - Dá nova redação a dispositivos do regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aprovado pelo Decreto n. 3.029, de 16.4.99.
 - [Decreto n. 4.220, de 7.5.2002](#) - Acresce dispositivo ao regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aprovado pelo Decreto n. 3.029, de 16.4.99.
 - [Resolução ANVS/DC n. 3, de 10.6.2002](#) - Atualiza as áreas geográficas de origem de viajantes internacionais dos quais deverá ser exigida a apresentação do Certificado Internacional de Imunização contra a Febre Amarela.

Comentários: A competência da União na área da vigilância sanitária foi ampliada com a lei que disciplinou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, retirando poderes dos estados e municípios que, em muitos casos, só podem atuar por delegação da ANVISA. Existem competências que passaram a ser “privativas” da União, enquanto a competência para legislar e atuar na área da saúde é concorrente e comum às três esferas de governo. Entendemos que o princípio constitucional da descentralização (art. 198 da CF) ficou comprometido. É o caso das farmácias e drogarias que somente poderão funcionar com a autorização da ANVISA, com sede em Brasília. Sempre as farmácias e drogarias dependeram de autorização emitida pela vigilância sanitária do município ou do estado; doravante, nossos mais de cinco mil municípios (e 55 mil farmácias) deverão obter da ANVISA, em Brasília, uma autorização e pagar uma taxa anual de R\$500,00. Fiscalização centralizada num sistema descentralizado e 55 mil X R\$500,00 para os cofres da Anvisa. (fonte: Boletim da Anvisa n. 17, março/2002).

Jurisprudência

- Mandado de Segurança Preventivo. Comércio de produtos fitoterápicos. Risco de ser negada autorização e apreendida a mercadoria pelo órgão competente. Legitimidade passiva da Secretaria Municipal da Saúde. Registro dispensável. Legislação que permite a comercialização mediante protocolo do pedido de cadastramento. Forma farmacêutica e imprecisões nos rótulos: irregularidades que não comportam as sanções que se ameaça impor. Leis de crimes hediondos inaplicáveis ao caso. Ofensa a direito líquido e certo configurada. Sentença reformada. Segurança concedida. Apelo provido. (TJPR – APC 86107-2/2000 - Rel. Des. Ruy Fernando de Oliveira).
- Mandado de Segurança. Apreensão de produtos medicinais, por falta de registro no Ministério da Saúde. Alegada isenção de registro, por se tratarem de produtos catalogados na farmacopéia brasileira ervas, porém manipuladas, contendo as cápsulas substâncias químicas modificadas matéria de fato dependente de prova ausência de direito líquido e certo. Ordem denegada. Apelo desprovido. I. Quando, junto à quaestio iuris há quaestiois facti, de que não se pode abstrair, o direito não é certo e líquido. II. Matéria a exigir prova não pode ser decidida nos estreitos limites do mandado de segurança, sobretudo não havendo ilegalidade comprovada de plano. (TJPR – APC 77.743-9/2000 – Rel. Des. Munir Karam).

¹⁸³ **Legislação:**

Ver art. 16, III, c, e nota correspondente a este artigo.

Correlata: - [Lei n. 9.503, de 23.9.97](#) - Institui o Código de Trânsito Brasileiro (arts. 77, 78, 79).

- [Resolução CONTRAN n. 81, de 19.11.98](#) - Disciplina o uso de medidores de alcoolemia e a pesquisa de substâncias entorpecentes no organismo humano, estabelecendo os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes e revoga a Resolução CONTRAN n. 52, de 21.5.98.

Comentários: As questões que envolvem o uso de substâncias entorpecentes têm interesse para a vigilância epidemiológica (farmacoepidemiologia), conforme dispõe o art. 13 da LOS. Daí ter sido inserida nesta coletânea.

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica¹⁸⁴;

¹⁸⁴**Legislação:**

- Ver art. 35 da LOS e art. 3º da Lei n. 8.142/90.
- [Lei n. 9.313, de 13.11.96](#) – Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.
- [Portaria MS n. 176, de 8.3.99](#) - Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos.
- [Portaria MS n. 254, de 31.3.99](#) - Dispõe sobre a programação anual de medicamentos excepcionais.
- [Portaria MS n. 1.077, de 24.8.99](#) - Dispõe sobre o Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área da Saúde Mental.
- [Portaria MS n. 1.481, de 28.12.99](#) – Estabelece regras sobre financiamento de medicamentos excepcionais
- [Portaria MS n. 818, de 26.7.2000](#) - Altera o § 1º e o pará. único do art. 3º da Portaria MS n. 1.481, de 28.12.99 e acrescenta artigo.
- [Portaria MS n. 956, de 25.8.2000](#) – Regulamenta a Portaria MS n. 176, de 8.3.99 que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos.
- [Portaria MS n. 971, de 3.7.2001](#) – Altera a Portaria 1.077, de 24.8.99, que implantou o programa para aquisição de medicamentos excepcionais para a área da saúde mental.
- [Portaria MS n. 2.050, de 8.11.2001](#) – Altera o art. 5º e 6º da Portaria MS n. 956, de 25.8.2000.
- [Portaria SAS/MS n. 346, de 15.5.2002](#) - Dispõe sobre a dispensação de medicamentos considerados excepcionais.

Estadual

RS

- [Lei n. 11.718, de 3.1.2002](#) - Determina que o Poder Executivo Estadual disponibilize aos municípios os medicamentos que estão em estoque nos hospitais públicos estaduais antes do vencimento da validade.

Comentários: A assistência à saúde jamais poderá desvincular-se da assistência farmacêutica. A assistência farmacêutica é complemento essencial da assistência médica e hospitalar. Entretanto, essa questão tem gerado polêmica no SUS: 1. Qualquer cidadão tem direito a medicamento, mesmo se receitado por médico não integrante do sistema público de saúde? 2. Os medicamentos que o SUS fornece têm que estar dentro da listagem da “farmácia básica” ?

O paciente que optar pelo sistema público de saúde tem direito à assistência integral à sua saúde, não podendo haver limitação de medicamento; entretanto, se optar pela iniciativa privada, não poderá pretender fazer exames, receber medicamentos e utilizar outros serviços do SUS, uma vez que existem regramentos e uma organização que deve ser obedecida pelo cidadão.

Seria a mesma situação de um aluno que, não estando matriculado numa escola pública, pretendesse fazer uso de suas dependências e serviços, ou até mesmo, o eleitor que decidisse votar sem ter título de eleitor ou quisesse escolher a cidade e zona eleitoral no dia da votação, sob o argumento de que o direito ao voto é universal.

O direito existe, mas o cidadão deve obedecer à organização imposta pela administração pública. O importante é o regramento não ferir direitos públicos subjetivos, cerceando o direito do cidadão de obter o melhor medicamento para a sua doença ministrado pelo médico do SUS.

Lembramos, ainda, que os planos de saúde não fornecem medicamentos aos seus beneficiários. Se o SUS for obrigado a fornecer medicamentos ao paciente que optou pela iniciativa privada, poderá estar complementando serviços dos planos de saúde, fornecendo medicamentos aos seus beneficiários. A jurisprudência tem sido vacilante, existindo julgados que vinculam esse direito ao receituário do médico do SUS e outras que não fazem esta exigência; outros vinculam esse direito à carência: se pobre o paciente, emerge o direito ao medicamento. O direito à saúde não pode ser confundido com assistência social. A saúde é um direito que independe da condição social do cidadão. Entretanto, o cidadão deve optar pelo sistema público ou pelo privado.

Jurisprudência:

-
- Mandado de Segurança contra ato do Secretário de Estado da Saúde. Fornecimento de medicamento para tratamento de esclerose lateral amiotrófica. Admissibilidade. Estando presentes as condições especiais do mandamus, do fumus boni iuris e do periculum in mora, posto que o direito à vida é o maior deles, e havendo necessidade do uso do fármaco, de comprovada eficácia, porém custosa e fora das possibilidades econômicas do impetrante, é dever do estado custeá-la. Inteligência do artigo 196 da Constituição da República. Liminar mantida e ordem concedida em definitivo. ([TJPR - MS 91.270-3/2000 – Rel. Des. Octávio Valeixo](#)).
- Mandado de Segurança. Esclerose múltipla. Fornecimento de medicamento pelo Estado. Impetrante não integrado ao Serviço Único de Saúde (SUS). Inexistência de direito líquido e certo. Segurança denegada. (TJPR - MS 70086-1/1999 – Rel. Juiz Ivan Bortoleto).
- Mandado de Segurança. Fornecimento gratuito de medicamento indispensável à impetrante. Moléstia grave e crônica. Negativa das autoridades impetradas. Alegação de cumprimento de política estadual de saúde. Inconsistência dever do Estado, por imposição do direito social à saúde artigos 6º e 196 da Constituição Federal. Direito líquido e certo. Demais requisitos legais preenchidos. Concessão definitiva da ordem. Processo Civil. Mandado de Segurança. Verbas de sucumbência. Incabível, neste tipo de ação, a condenação ao pagamento dos honorários advocatícios, restando apenas as despesas e custas processuais. ([TJPR - MS 91443-6/2000 - Rel. Des. Luiz Cezar de Oliveira](#))
- Mandado de Segurança. Doença degenerativa. Fornecimento de medicamento essencial à preservação da saúde, negado pelo Secretário Estadual da Saúde. Direito líquido e certo inscrito no art. 196 da CF. Segurança concedida. ([TJPR - MS 84.998-5 – Rel. Des. José Wanderley Resende](#))
- Competência. Agravo de Instrumento. Trânsito do Extraordinário. A teor do disposto no § 2º do artigo 544 do Código de Processo Civil, cabe ao relator proferir decisão em agravo de instrumento interposto com a finalidade de alcançar o processamento do extraordinário. O crivo do Colegiado ocorre uma vez acionada a norma do artigo 545, também do Código de Processo Civil, no que previsto agravo inominado contra a decisão prolatada. Saúde. Promoção. Medicamentos. O preceito do artigo 196 da Constituição Federal assegura aos necessitados o fornecimento, pelo Estado, dos medicamentos indispensáveis ao restabelecimento da saúde, especialmente quando em jogo doença contagiosa como é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. ([STF – AGRAG 238328.RS/1999 – Rel. Min. Marco Aurélio](#)).
- Tutela Antecipada. Concessão. Pedido contra a Fazenda Pública. Obrigação de fazer. Fornecimento de medicamento especial. AIDS. Cabimento. Recurso não provido. Recurso. Agravo de instrumento. Duplo grau de jurisdição. Concessão de tutela antecipada ante a Fazenda Pública. Decisão interlocutória. Não sujeição ao reexame obrigatório. Recurso não provido. Tutela Antecipada. Concessão. Fornecimento, pelo Estado, de medicamento para tratamento de AIDS. Imposição que decorre do texto das Constituições da República e do Estado e da Lei Federal n. 8.080, de 1990. Violação ao princípio da separação dos poderes e ao artigo 273 do Código de Processo Civil. Inexistência. Recurso não provido. Tutela Antecipada. Concessão. Fornecimento, pelo Estado, de medicamento para tratamento de AIDS. Perigo de irreversibilidade da medida. Judiciário que, na aferição dos valores, não pode hesitar, dando preferência ao bem maior, que é a vida, deixando de lado o formalismo da possibilidade fática irreversível. Recurso não provido. ([TJSP - AgIn. 86.815-5/1998 – Rel. Des. Toledo Silva](#)).
- Estado - Fornecimento de medicamento - Pedido liminar em ação civil pública - Concessão - Admissibilidade - Pacientes portadores de hepatite crônica, associada a demais lesões hepáticas - Periculum in mora evidente - Inaplicabilidade do artigo 2º da Lei Federal n. 8.437/92 - Perigo de morte ao aguardar o lento trâmite do processo - Obrigação do Estado ao fornecimento - Artigo 196 da Constituição da República - Decisão mantida - Recurso não provido. ([TJSP - AgIn. 170.087-5/2000 – Rel. Des. Toledo Silva](#)).
- Estado - Fornecimento de medicamento - Paciente com AIDS - Custeio através de verbas repassadas pelo SUS - Obrigatoriedade do fornecimento desde que prescrito por médico da rede estadual, seja produto aprovado pelo Ministério da Saúde e dispensável no país - Recurso provido para esse fim. ([TJSP - AgIn 199.313-5/2001 – Rel. Des. Corrêa Vianna](#)).
- Cominatória - Obrigação de fazer - Fornecimento de medicamento especial - Ajuizamento contra a Fazenda Pública
- Tutela antecipada - Cabimento - Relevância do fundamento da demanda e presença do fumus boni iuris e do periculum in mora. A tutela antecipada contra a Fazenda Pública é, em tese, admitida, somente não podendo vulnerar a sistemática própria da execução que se faz por meio de precatórios. ([TJSP - AgIn 48.042-5/1998 – Rel. Santi Ribeiro](#)).
- Saúde - Aquisição e fornecimento de medicamentos - Doença rara. Incumbe ao Estado (gênero) proporcionar meios visando a alcançar a saúde, especialmente quando envolvida criança e adolescente. O Sistema Único de Saúde torna a responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. ([STF – 195192.RS/2000 – Rel. Min. Marco Aurélio](#)).

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar¹⁸⁵;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente¹⁸⁶, nele compreendido o do trabalho;

- Administrativo e Processual Civil. SUS. Gratuidade no fornecimento de medicamentos.([TRF 4ª Região - AgIn 97.04.57548-3.SC/1998](#) - [Rel. Juíza Marga Barth Tessler](#))

- Constitucional e Administrativo, Sistema Único de Saúde, fornecimento de medicação aos portadores de HIV. 1.A Lei 9.313/1996 dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Esta lei garante a gratuidade da medicação necessária e os medicamentos deverão ser padronizados, sendo que a União orientará a aquisição dos medicamentos pelos gestores do SUS. 2. No caso dos autos a União não conseguiu demonstrar que o apelado tenha sido atendido e recebido a medicação a que tem direito nos termos da referida Lei, apesar de que, com o longo período de tramitação do feito, houve o tempo mais do que suficiente para que houvesse tal prova nos autos; assim, cai por terra o fundamento de que 152 portadores da AIDS precediam o autor no recebimento da medicação e a concessão da ordem iria tumultuar o atendimento com prejuízos a terceiros. 3. O Estado deve organizar-se para atender aos necessitados de forma mais eficiente e expedita. O acesso universal e igualitário do cidadão significa, pelo menos, um esforço para que se propicie atendimentos com as terapias reconhecidas eficientes pela lei que tratou da matéria – Lei nº 9.313/1996. Apelação e remessa oficial improvidas. ([TRF 4ª Região – APC 233070/2000 – Rel. Juíza Marga Inge Barth Tessler](#))

- Apelação Cível e Reexame Necessário. Mandado de Segurança. Medicamento. Fornecimento gratuito. Impetrante impossibilitada financeiramente de adquirir a medicação. Ausência de distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde. Direito líquido e certo da impetrante em receber a medicação. Artigos 5º, 6º e 196 da Constituição Federal. Concessão da ordem. Desprovimento do Recurso e manutenção da Sentença em Reexame Necessário. ([TJPR – APC E Reex. Nec. 119.419-0/2002 – Rel. Desª Denise Martins Arruda](#)).

- Mandado de Segurança. Não fornecimento de medicamento a pessoa portadora de hepatite crônica pelo vírus "c" Sistema Único de Saúde. Ato ilegal do poder público violação ao disposto no art. 196 da CF/88 alegada. Não padronização do medicamento pelo ministério da saúde irrelevância da ordem Concedida. É dever do Estado e direito fundamental do cidadão necessitado o fornecimento, pelo Serviço Único de Saúde (SUS), de medicamento indispensável à sobrevivência deste (CF/88, art. 196), ainda que não padronizados pela Política Estadual de Assistência Farmacêutica, podendo a Administração, em situações excepcionais e de emergência valer-se da transferência de recursos (Lei nº 8080/90, art. 36, § 2º). (MS 84.819-9 III Grupo de Câmaras Cíveis - TJPR).([TJPR – MS 122.796-7/2002 – Rel. Des. Domingos Ramina](#))

-Mandado de Segurança. Impetração manejada pelo Ministério Público como substituto processual de cidadão portador de vírus HIV. Doente impossibilitado financeiramente de adquirir remédios indispensáveis à própria sobrevivência. Ausência de distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde. Direito líquido e certo do impetrante-substituído de exigir do Estado o fornecimento do medicamento. Artigo 196 da Constituição Federal. Liminar confirmada. Segurança concedida. ([TJPR – MS 103.834-0/2001 – Rel. Des. Nério Spessato Ferreira](#))

- Mandado de Segurança. Impetrante o Ministério Público, como substituto processual. Favorecido cidadão portador de hipertensão arterial, doença cardíaca hipertensiva, arritmia cardíaca e insuficiência cardíaca esquerda. Paciente carente e sem recursos econômicos para adquirir os remédios indispensáveis à manutenção de sua vida. Obrigação do município. Sistema Único de Saúde. Segurança concedida. Sentença confirmada em grau de reexame necessário. ([TJPR - 122.375-8/2002- Rel. Des. Ramos Braga](#))

¹⁸⁵**Legislação:**

Ver art. 16, I, e Nota 54.

¹⁸⁶**Legislação:**

Ver art. 200, IV e VIII, da CF; art. 6º, IX, 16, IV, da LOS.

- [Lei n. 6.938, de 31.8.81](#) - Dispõe sobre a política nacional do meio ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação.

- [Lei n. 7.804, de 18.7.89](#) – Altera a Lei n. 6.938/81 que dispõe sobre a política nacional do meio ambiente.

- [Lei n. 8.974, de 5.1.95](#) - Regulamenta os incisos II e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, autoriza o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, e dá outras providências.

- [Lei n. 9.055, de 1.6.95](#) – Disciplina a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amiante e dos produtos que o contenham, bem como das fibras naturais e artificiais, de qualquer origem, utilizadas para o mesmo fim e dá outras providências.

- [Lei n. 9.605, de 12.2.98](#) – Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente e dá outras providências.

- [Lei n. 9.795, de 27.4.99](#) - Dispõe sobre a educação ambiental, institui a política nacional de educação ambiental e dá outras providências.

- [Lei n. 10.165, de 27.12.2000](#) – Altera a Lei n. 6.938, de 31.8.81 – que dispõe sobre a política nacional do meio ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação e dá outras providências.

- [MP n. 2.163, de 24.8.2001](#) – Altera a Lei n. 9.605/98.

- [MP n. 2.191, de 23.8.2001](#) - Altera a Lei n. 8.974/95.

- [Decreto n. 1.752, de 20.12.95](#) - Regulamenta a Lei n. 8.974/95 e dá outras providências.

- [Decreto n. 2.350, de 15.10.97](#) – Regulamenta a Lei n. 9.055, de 1.6.95.

- [Decreto n. 3.179, de 21.9.99](#) – Dispõe sobre a especificação das sanções aplicáveis as condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências.

- [Decreto s/n de 21.9.99](#) - Dispõe sobre a Comissão Brasileira para o Programa "Homem e a Biosfera"- COBRAMAB, e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.281, de 25.6.2002](#) - Regulamenta a Lei n. 9.795, de 27.4.99, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências.

- [Portaria MS n. 3.523, de 28.8.98](#) - Aprova Regulamento Técnico sobre a qualidade do ar em ambiente climatizados.

- [Portaria MS n. 2.253, de 11.12.2001](#) - Dispõe sobre a Comissão Permanente de Saúde Ambiental.

- [Portaria MS n. 343, de 19.2.2002](#) - Institui a Comissão de Biossegurança no âmbito do Ministério da Saúde.

- [Instrução Normativa CTNBio n. 4, de 20.12.96](#) - Normatiza o transporte de organismos geneticamente modificados.

- [Instrução Normativa CTNBio n. 6, de 6.3.97](#) - Aprova normas sobre classificação dos experimentos com vegetais geneticamente modificados quanto aos níveis de risco e de contenção.

- [Instrução Normativa CTNBio n. 19, de 19.4.2000](#) - Estabelece procedimentos para a realização de audiências públicas pela Comissão Técnica Nacional de Biossegurança.

- [Resolução CONAMA n. 1, de 8.3.90](#)(PDF) - Dispõe sobre a emissão de ruídos prejudiciais à saúde e ao sossego público.

- [Resolução CONAMA n. 2, de 8.3.90](#)(PDF) - Institui em caráter nacional o programa nacional de educação e controle da poluição sonora - SILÊNCIO.

- [Resolução CONAMA n. 3, de 28.6.90](#) - Dispõe sobre padrões de qualidade do ar.

- [Resolução CONAMA n. 6, de 19.9.91](#) - Estabelece critérios para sua desobrigação ou qualquer outro tratamento de queima de resíduos sólidos provenientes dos estabelecimentos de saúde, portos e aeroportos.

- [Resolução CONAMA n. 5, de 5.8.1993](#) - Dispõe sobre os procedimentos mínimos para o gerenciamento de resíduos, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente e revoga os itens I, V, VI, VII e VIII da Portaria MINTER n. 13, de 1.3.79.

- [Resolução CONAMA n. 20, de 7.12.94](#) - Dispõe sobre a instituição do Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, de uso obrigatório para aparelhos eletrodomésticos, que venham a ser produzidos, importados e que gerem ruído no seu funcionamento.

- [Resolução CONAMA n. 283, de 12.7.2001](#) - Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde.

- [Resolução ANVS/DC n. 176, de 24.10.2000](#) – dispõe sobre padrões referenciais de qualidade do ar interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público ou coletivo.

VI – a formulação da política de medicamentos¹⁸⁷, equipamentos¹⁸⁸, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

- [Resolução ANVS/RDC n. 57, de 26.2.2002](#) - Estabelece critérios para a avaliação toxicológica preliminar para a experimentação e pesquisa com organismos geneticamente modificados que desempenham a função de agrotóxicos e afins.

Estadual GO

- [Lei n. 14.248, de 29.7.2002](#) - Dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos e dá outras providências.

Jurisprudência

- Agravo de Instrumento. Antecipação da Tutela. Coleta e incineração de resíduos dos serviços de Saúde. Licença de operação provisória e alvará de localização. Descabida a concessão da licença perseguida, provisória, com base em juízo sumário, considerando a pretensão de execução de atividade cuja matéria prima enseja grandes riscos ao meio ambiente. Conflito de interesses que exige meditação exauriente, após dilação probatória, prevalecendo, por ora, o princípio da legalidade dos atos administrativos às ilações da recorrente. Recurso improvido. ([TJRS - AgIn 70000829564/2000 - Rel. Des. Augusto Otávio Stern](#))

¹⁸⁷ **Legislação:**

- [Decreto-Lei n. 891, de 25.11.38](#) - aprova a Lei que fiscaliza entorpecentes.
- [Lei n. 6.360, de 23.9.76](#) - Dispõe sobre a vigilância sanitária que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências.
- [Lei n. 6.368, de 21.11.76](#) - Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.
- [Lei n. 6.480, de 1.12.77](#) - Altera a Lei n. 6.360, de 23.9.76, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências, nas partes que menciona.
- [Lei n. 8.926, de 9.8.94](#) - Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre o seu uso por pessoas de mais de 65 anos.
- [Lei n. 9.787, de 10.02.1999](#) - Altera a Lei 6.360, de 23.9.76 que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
- [Lei n. 9.965, de 27.4.2000](#) - Restringe a venda de esteróides ou peptídeos anabolizantes e dá outras providências.
- [Lei n. 10.213, de 27.3.2001](#) - Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula de Reajuste de Preços de Medicamentos – FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências.
- [Lei n. 10.409, de 11.1.2002](#) - Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim, elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.
- [Decreto Legislativo n. 162, de 14.6.91](#) - Aprova o texto da Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, aprovada em Viena, em 20 de dezembro de 1988.
- [MP n. 2.230, de 6.9.2001](#) - Altera a Lei n. 10.213, de 27.3.2001, que define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramédica de Reajuste de Preços de Medicamentos – DPR e cria a Câmara de Medicamentos..
- [Decreto n. 78.992, de 21.12.76](#) - Regulamenta a Lei n. 6.368, de 21.10.76 que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.
- [Decreto n. 79.094, de 5.1.77](#) - Regulamenta a Lei n. 6.360, de 23.9.76 que submete a sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros.
- [Decreto n. 83.239, de 6.3.79](#) - Altera o Dec. n. 79.094, de 5.1.77, que regulamenta a Lei n. 6.360, de 23.9.76.

-
- [Decreto n. 3.181, de 23.9.1999](#) – Regulamenta a Lei n. 9.787, de 10.2.1999, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
 - [Decreto n. 3.675, de 28.11.2000](#) - Dispõe sobre medidas especiais relacionadas com o registro de medicamentos genéricos de que trata o art. 4º da Lei n. 9.787, de 10.2.99.
 - [Decreto n. 3.718, de 3.1.2001](#) - Dá nova redação a dispositivos do Anexo do Decreto n. 3.675, de 28.11.2000.
 - [Decreto n. 3.841, de 11.6.2001](#) - Dá nova redação ao Decreto n. 3.675, de 28.11.2000 que dispõe sobre medidas especiais relacionadas com o registro de medicamentos genéricos de que trata a Lei n. 9.787/99.
 - [Decreto n. 3.961, de 10.10.2001](#) - Altera o Decreto n. 79.094, de 5.1.77 que regulamenta a Lei 6.360, de 23.9.76.
 - [Decreto n. 4.045, de 6.12.2001](#) - Dá nova organização à Câmara de Medicamentos, criada pela [Lei n. 10.213, de 27.3.2001](#), mediante alteração da composição de seu conselho de ministros e de seu comitê técnico.
 - [Decreto n. 4.204, de 23.4.2002](#) - Dá nova redação ao art. 1º do Decreto n. 3.675, de 28.11.2000, que dispõe sobre medidas especiais relacionadas com o registro de medicamentos genéricos de que trata o art. 4º da Lei n. 9.787, de 10.2.99.
 - [Portaria SVS/MS n. 93, de 24.8.93](#) – Dispõe sobre a venda, a manipulação e dispensação de medicamentos e a obrigatoriedade de afixar, de modo visível, placas informativas.
 - [Portaria SVS/MS n. 112, de 19.11.93](#) - Estabelece normas e condições de fracionamento de medicamentos e revoga a Portaria 99/93.
 - [Portaria SVS/MS n. 63, de 4.7.94](#) - Proíbe a prescrição do medicamento talidomida para mulheres em idade fértil.
 - [Portaria SVS/MS n. 2, de 24.1.95](#) - Considera como medicamento de venda, sem exigência de prescrição médica, os produtos abrangidos nos grupos terapêuticos especificados na relação anexa.
 - [Portaria SVS/MS n. 17, de 3.3.95](#) - Institui o programa nacional de inspeção em indústria farmacêutica e farmoquímicas que não exclui as atividades de inspeção de competência dos órgãos de vigilância sanitária do SUS das unidades federadas.
 - [Portaria SVS/MS n. 95, de 20.6.96](#) - Autoriza a utilização do código de barras em todas as embalagens.
 - [Portaria SVS/MS n. 110, de 10.3.97](#) - Institui roteiro para texto de bula de medicamentos, cujos itens devem ser rigorosamente obedecidos, quanto à ordem e conteúdo.
 - [Portaria SVS/MS n. 354, de 15.8.97](#) – Regulamenta o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição à venda, a prescrição e a dispensação dos produtos à base da talidomida.
 - [Portaria SVS/MS 344, de 12.5.98](#) - Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
 - [Portaria SVS/MS n. 801, de 7.10.98](#) - Dispõe sobre o cadastramento dos medicamentos registrados, comercializados ou não no País.
 - [Portaria SVS/MS n. 802, de 8.10.98](#) - Institui o sistema de controle e fiscalização em toda a cadeia de produtos.
 - [Portaria MS n. 2.814, de 29.5.98](#) - Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras, importadoras, distribuidoras de comércio farmacêutico, objetivando a comprovação da identidade e qualidade de medicamento, objeto de denúncia sobre falsificação, adulteração e fraude.
 - [Portaria MS n. 3.765, de 20.10.98](#) - Altera o art. 5º, da Portaria Ministerial n. 2.814, de 29.5.98.
 - [Portaria MS n. 3.916, de 30.10.98](#) - Aprova a política nacional de medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.
 - [Portaria MS n. 507, de 23.4.1999](#) – Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – e delega competência a Secretaria de Políticas de Saúde. [ANEXO](#)
 - [Portaria MS n. 696, de 7.5.2001](#) - Institui o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos.
 - [Portaria Conjunta SAS/SPS/MS n. 25, de 30.1.2002](#) – Aprova os protocolos clínicos e Diretrizes Terapêuticas para o uso do medicamento talidomida.
 - [Portaria MS n. 131, de 31.1.2001](#) - Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
 - [Portaria MS n.1.587, de 3.9.2002](#) - Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.
 - [Resolução ANVS n. 328, de 22.7.99](#) - Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.
 - Portaria ANVS n. 11, de 12.7.2002 – Torna pública lista atualizada dos medicamentos genéricos.
 - [Resolução ANVS/ RDC n. 33, de 19.4.2000](#) - Aprova regulamento técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos em farmácias e seu Anexos.
 - [Resolução ANVS/ RDC n. 34, de 20.4.2000](#) - Autoriza a utilização da talidomida no tratamento de mieloma múltiplo refratário a quimioterapia.

-
- [Resolução ANVS/DC n. 45, de 15.5.2000](#) - Estabelece que todas as farmácias, drogarias e estabelecimentos que comercializem medicamentos ficam obrigados a afixar em local de fácil acesso e visibilidade, a relação dos medicamentos genéricos, registrados pela ANVS.
 - [Resolução ANVS/RDC n. 59, de 27.6.2000](#) - Determina a todos os fornecedores de produtos médicos, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas "Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos".
 - [Resolução ANVS/RDC n. 92, de 23.10.2000](#) - Dispõe sobre embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e quaisquer material de divulgação e informação médica, referentes a medicamentos, revoga o art. 6º da Portaria SVS n. 802/98 (revoga a Resolução ANVS n. 510/99, uma vez que deu nova redação à matéria ali tratada).
 - [Resolução ANVS/DC n. 10, de 2.1.2001](#) - Aprova o Regulamento Técnico para medicamentos genéricos e revoga a Resolução n. 391, de 9.8.99.
 - [Resolução CM/SE n. 4, de 31.1.2001](#) - Dispõe que as empresas produtoras de medicamentos deverão informar à Câmara de Medicamentos sempre que forem comercializar produtos novos e novas apresentações no mercado.
 - [Resolução n. 47, de 28.3.2001](#) - Dispõe sobre os medicamentos genéricos, registrados ou que vierem a ser registrados.
 - [Resolução ANVS/DC n. 89, de 8.5.2001](#) - Institui a Câmara Técnica de Medicamentos - CATEME, vinculada à ANVS.
 - [Resolução ANVS/DC n. 133, de 12.7.2001](#) - Dispõe sobre a afixação dos preços dos medicamentos nas farmácias e drogarias e revoga o parágrafo único do art. 8º do Anexo I da Resolução n. 102, de 30.11.2000.
 - [Resolução ANVS/RDC n. 134, de 13.7.2001](#) - Determina a todos os estabelecimentos produtores de medicamentos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo "guia de boas práticas de fabricação para indústria farmacêutica".
 - [Resolução CM/SE n. 9, de 13.9.2001](#) - Disciplina a margem de comercialização dos medicamentos.
 - [Resolução CM/SE n. 11, de 19.10.2001](#) - Dispõe sobre a apresentação de relatórios de comercialização à Câmara de Medicamentos, estabelece a forma de definição do preço máximo ao consumidor dos medicamentos, e disciplina a publicidade dos preços de medicamentos e revoga o art. 4º, da Resolução n. 9, de 13.9.2001.
 - [Resolução ANVS/DC n. 238, de 27.12.2001](#) - Dispõe sobre a padronização dos critérios relativos à autorização ou alteração de funcionamento dos estabelecimentos de dispensação de medicamentos.
 - [Resolução do CNS n. 280, de 7.5.98](#) - Dispõe sobre a política de medicamentos.

Comentários: A denominação genérica dos medicamentos foi objeto, em 1991, de um Projeto de Lei do Deputado Federal Eduardo Jorge (PL n. 2022/91), tendo, após muitos anos de tramitação, sido aprovado no Congresso Nacional – Lei n. 9.787, de 10.2.99. Em 1993, o então Ministro da Saúde, Jamil Haddad, propôs ao Presidente da República a instituição de uma política de medicamentos genéricos, tendo sido editado o Decreto n. 793, de 5.4.93, tornando obrigatória a utilização das denominações genéricas em todas as prescrições profissionais. Esse Decreto não chegou a ser cumprido pelas indústrias farmacêuticas. Em 1998, o Conselho Nacional de Saúde realizou uma oficina de trabalho para discutir diretrizes visando a implantação de uma política de medicamentos genéricos, tendo sido editada a Resolução 280, de 1998.

Com a Lei 9.787, de 1999, a denominação genérica dos medicamentos começou a ser uma realidade no país, tendo sido criada uma Câmara de Medicamentos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Seria atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA monitorar preços de medicamentos? O Ministério da Justiça, Departamento de Direito Econômico, tem competência para formular, promover, supervisionar e coordenar a política de proteção econômica, nas áreas de concorrência e defesa do consumidor, devendo prevenir, apurar e reprimir as infrações contra a ordem econômica, bem como outras atribuições conferidas pelas Leis 8.078/90, 8.884/94, 9.008/95 e 9.021/95. De acordo com a legislação citada, é do Ministério da Justiça a atribuição de monitorar as atividades e práticas comerciais de entidades que detêm posição dominante no mercado de serviços e bens relevantes.

Estadual:

GO

- [Lei n. 13.789, de 5.1.2001](#) - Dispõe sobre informação ao consumidor de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.
- [Lei n. 14.122, de 24.4.2002](#) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de todos os médicos atuantes no Estado de Goiás, consignarem em suas receitas o nome genérico ou princípio ativo dos medicamentos.

SP

- [Lei n. 10.938, de 19.10.2001](#) - Estabelece a política de medicamentos do Estado de São Paulo.

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde¹⁸⁹;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos¹⁹⁰, água¹⁹¹ e bebidas¹⁹² para consumo humano;

MG

- [Lei n. 14.133, de 21.2.2001](#) – Dispõe sobre a política estadual de medicamentos.

¹⁸⁸Legislação:

- [Lei n. 10.191, de 14.2.2001](#) - Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

- [Portaria MS n. 2.043, de 12.12.1994](#) – Dispõe sobre a instituição do Sistema de Garantia da Qualidade de produtos correlatos e revoga o anexo I da Port. Conj. 1, de 17.5.1993.

- [Portaria MS n. 2.661, de 20.12.1995](#) – Altera o item 4 da Portaria MS n. 2.043, de 12.12.1994

¹⁸⁹Legislação:

Ver art. 16, XII da LOS.

- [Lei n. 10.449, de 9.5.2002](#) - Dispõe sobre a comercialização de preservativo masculinos de latex de borracha.

¹⁹⁰Legislação:

Ver art. 6º, I, a, VIII; 16, III, d.; VIII; art. 200, VI.

- [Decreto-Lei n. 986, de 21.10.69](#) – Institui normas básicas sobre alimentos.

- [Lei n. 6.150, de 3.12.74](#) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de iodação do sal destinado ao consumo humano, seu controle pelos órgãos de vigilância sanitária e dá outras providências.

- [Lei n. 9.005, de 16.3.95](#) - Altera disposições das Leis ns. 6.150, de 3.12.1974 e 6.437, de 20.8.77 que dispõem sobre a obrigatoriedade da iodação do sal destinado ao consumo humano, seu controle pelos órgãos sanitários e dá outras providências. (Art. 3º alterado pela MP 2.190, de 24.8.2001)

- [Lei n. 9.782, de 27.1.99](#) – Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. (Altera o Decreto-Lei n. 986, de 21.10.69.)

- [Lei n. 10.273, de 5.9.2001](#) - Dispõe sobre o uso do bromato de potássio na farinha e nos produtos de panificação.

- [Decreto n. 3.871, de 18.7.2001](#) – Disciplina a rotulagem de alimentos embalados que contenham ou sejam produzidos com organismo geneticamente modificados.

- [Portaria MS n. 1.428, de 26.11.93](#) – Aprova regulamento e diretrizes para a prática da fiscalização de alimentos.

- [Portaria MS n. 1.549, de 17.10.97](#) - Aprova os tipos ou espécies de alimentos que especifica.

- [Portaria SVS/MS n. 500, de 9.10.97](#) - Dispõe sobre o regulamento técnico sobre produção e controle de qualidade de soluções parenterais de grande volume, revoga as Portarias SVS n. 9, de 18.12.91, n. 16 e 17 de 27.1.92.

- [Portaria MS n. 218, de 24.3.99](#) - Dispõe sobre o consumo do sal.

- [Resolução ANVS/DC n. 116, de 8.6.2001](#) - Dispõe sobre a instituição da Câmara Técnica de Alimentos - CTA, vinculada à ANVS.

- [Resolução ANVS/RDC n. 40, de 8.2.2002](#) - Aprova Regulamento Técnico quanto à rotulagem de alimentos e bebidas embaladas que contenham glúten.

¹⁹¹Legislação:

Ver art. 6º, I, a; art. 16, III, d, e VIII.

- [Lei n. 6.050, de 24.5.74](#) - Dispõe sobre a fluoretação de água em sistemas de abastecimentos quando existir estação de tratamento.

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos¹⁹³;

Correlata: - [Lei n. 9.433, de 8.1.97](#) – Institui a política nacional de recursos hídricos, cria o sistema nacional de gerenciamento de recursos hídricos, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da CF e altera o art. 1º da Lei n. 8.001, de 13.3.90 que modificou a Lei n. 7.990, de 28.12.89.

- [Decreto n. 76.872, de 22.12.75](#) - Regulamenta a Lei n. 6.050, de 24.5.74, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e de abastecimento.

- [Decreto n. 78.171, de 2.8.76](#) - Dispõe sobre o controle e a fiscalização sanitária das águas minerais destinadas ao consumo humano.

- [Portaria MS n. 1.469, de 29.12.2000](#) - Estabelece procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências.

¹⁹²**Legislação:**

- [Lei n. 8.918, de 14.7.94](#) - Dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas.

- [Lei n. 8.936, de 24.11.94](#) - Altera a Lei n. 8.918/94.

- [Decreto n. 2.314, de 4.9.97](#) - Regulamenta a Lei n. 8.918, de 14.7.94.

- [Decreto n. 3.510, de 16.6.2000](#) - Altera dispositivos do regulamento aprovado pelo Decreto n. 2.314, de 4.9.97 que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro e a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas.

- [Decreto n. 4.072, de 4.1.2002](#) - Altera o Decreto n. 3.510, de 16.6.2000.

¹⁹³**Legislação:**

Ver art. 21, XXIII, b, da CF.

Correlata: - [Lei n. 6.453, de 17.10.77](#) - Dispõe sobre a responsabilidade civil e criminal por danos nucleares.

- [Lei n. 7.802, de 11.7.89](#) - Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências

- [Lei n. 9.974, de 6.6.2000](#) - Altera a Lei n. 7.802, de 11.7.89.

- [Decreto n. 96.044, de 18.5.88](#) - Aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos perigosos e dá outras providências.

- [Decreto n. 98.062, de 18.8.89](#) - Regulamenta a Lei n. 7.802, de 11.7.89.

- [Decreto n. 98.973, de 21.2.90](#) - Aprova o Regulamento do Transporte Ferroviário de Produtos Perigosos e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.074, de 4.1.2002](#) - Regulamenta a Lei n. 7.802, de 11.7.89, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.097, de 23.1.2002](#) - Altera a redação dos arts. 7º e 19 dos regulamentos para os transportes rodoviário e ferroviário de produtos perigosos, aprovados pelos Decretos ns. 96.044, de 8.5.88 e 98.973, de 21.2.90, respectivamente.

- [Portaria SVS/MS n. 168, de 5.5.97](#) - Dispõe sobre a instituição de programa de vigilância sanitária dos ambientes e das populações expostas a agrotóxicos.

- [Portaria SVS/MS n. 453, de 1.6.98](#) - Aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios x diagnósticos em todo o território nacional.

- [Resolução CNEN n. 10, 26.3.96](#) - Aprova a Norma Nuclear - Requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear.

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico¹⁹⁴;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

- [Portaria Normativa IBAMA n. 84, de 15.10.96](#) - Estabelece procedimentos a serem adotados para efeito de avaliação do potencial de periculosidade ambiental de produtos químicos considerados como agrotóxicos, seus componentes e afins e revoga as portarias normativas que menciona.

- [Instrução Normativa CTNBio n. 4, de 20.12.96](#) - Estabelece normas para o transporte de organismos geneticamente modificados - OGMs.

Jurisprudência

- Mandado de Segurança. Apreensão de produtos medicinais, por falta de registro no Ministério da Saúde. Alegada isenção de registro, por se tratarem de produtos catalogados na farmacopéia brasileira ervas, porém manipuladas, contendo as cápsulas substâncias químicas modificadas. Matéria de fato dependente de prova ausência de direito líquido e certo ordem denegada apelo desprovido. I. Quando, junto à quaestio iuris há quaestionis facti, de que não se pode abstrair, o direito não é certo e líquido. II. Matéria a exigir prova não pode ser decidida nos estreitos limites do mandado de segurança, sobretudo não havendo ilegalidade comprovada de plano. ([TJRS - APC 77.743-9/2000 – Rel. Juiz Munir Karam](#))

¹⁹⁴***Legislação:***

Ver art. 46; art. 200, V, da CF.

- [Lei n. 8.010, de 29.3.90](#) - Dispõe sobre a importação de bens destinados à pesquisa científica e tecnológica.

- [Lei n. 10.332, de 19.12.2001](#) - Institui mecanismo de financiamento para o programa de ciência e tecnologia para o agronegócio, para o programa de fomento a pesquisa em saúde, para o programa de biotecnologia e recursos genéticos - genoma, para o programa de ciência e tecnologia para o setor aeronáutico e para o programa de inovação para competitividade e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.143, de 25.2.2002](#) - Regulamenta a Lei n. 10.332, de 19.12.2001, na parte que institui mecanismos de financiamento para o Programa de Fomento à Pesquisa em Saúde, e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.154, de 7.3.2002](#) - Regulamenta a Lei n. 10.332, de 19.12.2001 no que tange ao financiamento do Programa de Biotecnologia e Recursos Genéticos - Genoma e dá outras providências.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador¹⁹⁵, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

¹⁹⁵ ***Jurisprudência***

- Segurança e Higiene do Trabalho - Competência Legislativa. Ao primeiro exame, cumpre à União legislar sobre parâmetros alusivos à prestação de serviços - artigos 21, inciso XXIV, e 22, inciso I, da Constituição Federal. O gênero “meio ambiente”, em relação ao qual é viável a competência em concurso da União, dos Estados e do Distrito Federal, a teor do disposto no artigo 24, inciso VI, da Constituição Federal, não abrange o ambiente de trabalho, muito menos a ponto de chegar-se à fiscalização do local por autoridade estadual, com imposição de multa. Suspensão da eficácia da Lei nº 2.702, de 1997, do Estado do Rio de Janeiro. ([STF – ADIMC 1893.RJ/1999 – REL. Min. Marco Aurélio](#)).

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso¹⁹⁶ aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência¹⁹⁷, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos¹⁹⁸ e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

¹⁹⁶ Ver art. 45, § 1º, da LOS;

¹⁹⁷**Legislação:**

Ver art. 2º, § 1º, da LOS.

- [Lei n. 8.069, de 13.7.90](#) – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.
- [Lei n. 8.242, de 12.10.91](#) – Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- [Lei n. 9.797, de 6.5.99](#) – Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.
- [Lei n. 9.975, de 23.6.2000](#) – Acrescenta artigo na Lei n. 8.069, de 13.6.90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.
- [Lei n. 10.216, de 6.4.2001](#) – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- [Portaria MS n. 147, de 25.8.94](#) – Altera a redação da Portaria n. 224 de 29.1.92 para melhora da assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais.
- [Portaria MS n. 149, de 7.12.95](#) – Estabelece que as internações de pacientes gravatários somente ocorrerão em hospitais psiquiátricos que se adequem às exigências dessa portaria.
- [Portaria MS n. 280, de 7.4.99](#) – Dispõe sobre a obrigatoriedade de os hospitais públicos e privados que integram o SUS de forma complementar permitirem a presença de acompanhante de pacientes com mais de 60 anos de idade, quando internados.
- [Portaria MS n. 1.968, de 25.10.2001](#) – Dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.
- [Portaria MS n. 816, de 30.4.2002](#) - Institui Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Alcool e outras Drogas.
- [Resolução CONANDA n. 41, de 13.10.95](#) - Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado.

Estadual:

GO - [Lei n. 14.123, de 24.4.2002](#) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame que especifica nos hospitais e maternidades públicas estaduais.

RJ

- [Lei n. 3.885, de 26.6.2002](#) - Define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do SUS e dá outras providências.

SP

- [Lei n. 9.628, de 6.5.97](#) – Autoriza o Executivo a instituir o Sistema de Saúde Mental na Polícia.

Jurisprudência

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral¹⁹⁹;

- Direito à saúde . Assistência terapêutica integral. Responsabilidade do poder público. aplicação imediata e incondicionada de dispositivo constitucional. I - Saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município (art. 241, CE). Elevado à condição de direito social fundamental do homem, contido no art. 6º da CF, declarado por seus artigos 196 e seguintes, é de aplicação imediata e incondicionada, nos termos do parágrafo 1º do artigo 5º da C. Federal, que dá ao indivíduo a possibilidade de exigir compulsoriamente as prestações asseguradas. II - As despesas com assistência terapêutica integral para pessoas carentes devem correr por conta do Sistema Único de Saúde, incumbido indistintamente à União, ao Estado ou ao Município provê-la. Provimento negado. Sentença confirmada em reexame necessário. ([TJRS – APC e Rec.Nec. 70001002732/2001 – Rel. Des. Genaro Jose Baroni Borges](#)).

¹⁹⁸ **Legislação:**

Ver art. 198, II e art. 200, § 4º, da CF; art. 5º, III; art. 15, VI; art. 1º ; art. 6º, I, a, da LOS.

- [Lei n. 8.543, de 23.12.92](#) - Determina a impressão de advertência em rótulos e embalagens de alimentos industrializados que contenham glúten, a fim de evitar a doença celíaca ou síndrome celíaca.
- [Lei n. 9.431, de 6.1.97](#) – Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecção hospitalar pelos hospitais no País.
- [Lei n. 9.273, de 3.5.96](#) - Torna obrigatória a inclusão de dispositivo de segurança que impeça a reutilização das seringas descartáveis.
- [Lei n. 10.237, de 11.6.2001](#) – Dispõe sobre a inserção, nas fitas de vídeo gravadas que especifica, destinadas à venda ou aluguel no País, da seguinte mensagem: “Faça sexo seguro. Use camisinha”.
- [Portaria Interministerial MS/MEC n. 796, de 29.5.92](#) – Estabelece normas e procedimentos recomendáveis a observância nos estabelecimentos de ensino, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e AIDS.
- [Portaria SVS/MS n. 30, de 6.4.94](#) – Estabelece que os motéis, hotéis e similares, casas de massagens e saunas, estão obrigados a manter em local visível e de fácil acesso, preservativos para aqueles que fizerem uso de seus serviços.
- [Portaria MS n. 2.415, de 12.12.96](#) - Dispõe sobre medidas de prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno e revoga a Portaria SAS n. 97, de 28.8.95.
- [Portaria MS n. 2.616, de 12.5.98](#) – Estabelece diretrizes e normas para a preservação e o controle das infecções hospitalares e revoga a Portaria MS 930, de 27.8.92.
- [Portaria MS n. 99, de 5.2.1999](#) - Dispõe sobre a designação da Fundação Nacional de Saúde como entidade responsável pela coordenação das ações de imunização da população acima de 65 anos. (Ver NOTA inserida no art. 2º, § 1º que trata da legislação referente ao idoso).
- [Portaria MS n. 1.893, de 15.10.2001](#) – Institui o Programa de Promoção da Atividade Física como medida preventiva das doenças cardiovasculares.
- [Portaria MS n. 263, de 5.2.2002](#) - Institui o Programa Nacional de Prevenção e Controle das hepatites virais.
- [Resolução CNS n. 146, de 15.12.94](#) – Dispõe sobre o diagnóstico precoce da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito.

Estadual:

RJ

- [Lei n. 3.161, de 30.12.98](#) - Institui o programa de acompanhamento, aconselhamento e assistência integral às pessoas portadoras do traço falciforme e com anemia falciforme no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

SP

- [Lei n. 10.782, de 9.3.2001](#) – Define diretrizes para a adoção de política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes.

¹⁹⁹ **Legislação:**

- [Lei n. 9.010, de 29.3.95](#) – Dispõe sobre a terminologia oficial relativa a hanseníase e dá outras providências.

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie²⁰⁰;

V - direito à informação²⁰¹, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- [Lei n. 9.982, de 14.7.2000](#) – Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares.

Comentários: Este tema está vinculado ao direito à dignidade da pessoa humana que, na LOS, não está tratada explicitamente, daí ter sido inserida neste item, uma vez que o direito à autonomia da pessoa pressupõe o respeito à sua dignidade.

²⁰⁰**Legislação:**

- [Lei n. 9.029, de 13.4.95](#) - Proíbe a exigência de atestados de gravidez esterilização e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou permanência da relação jurídica de trabalho e dá outras providências. (correlata).

- [Portaria Interministerial MS/MEC n. 869, de 11.8.92](#) – Dispõe sobre a proibição, no âmbito do serviço público federal, da exigência de teste para detecção do vírus HIV.

- [Resolução CNPCP/MJ n. 6, de 26.7.99](#) – Declara repúdio às práticas de separação dos presos soropositivos ou aidéticos na forma que menciona.

Estadual

GO

- [Lei n. 14.117, de 16.4.2002](#) - Proíbe a discriminação no atendimento de usuários nos estabelecimentos públicos e privados de prestação de serviços de saúde e dá outras providências.

RJ

- [Lei n. 3.559, de 15.5.2001](#) - Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores de HIV, sintomático e assintomático e dá outras providências.

- [Lei n. 3.568, de 25.5.2001](#) - Dispõe sobre a proibição de exames sorológicos de HIV prévios para admissão ou matrícula de alunos e contratação de professores e funcionários e dá outras providências.

Jurisprudência

- Trata-se de ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Estado de São Paulo em face do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo -HCFMUSP para que este se abstenha de qualquer forma de discriminação ao usuário do sistema público de saúde, inclusive no que tange ao acesso aos seus diversos serviços, à reserva de leitos diferenciados, prazos de agendamento e emissão de laudos de exames de apoio ao diagnóstico, por não caber discriminação baseada em quem paga e quem não paga pelos serviços; também para que seja determinado o fornecimento obrigatório de próteses a portadores de deficiência física que ocorrem ao Hospital sob o patrocínio do sistema público de saúde. Decide-se pela improcedência da Ação. ([13ª Vara da Fazenda Pública de SP – ACP 2066/99-3](#)).

²⁰¹**Legislação:**

- [Portaria SVS/MS n. 124, de 19.10.94](#) - Dispõe sobre o termo de consentimento assinado pelo paciente pós-informado sobre indicação terapêutica que deve conter todas as informações específicas sobre a indicação terapêutica, os riscos e as precauções a serem tomadas e demais advertências necessárias.

Correlata: - [Lei n. 9.051, de 18.5.95](#) – Dispõe sobre a expedição de certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos sobre situações.

- [Portaria SAS/MS n. 567, de 8.10.99](#) – Dispõe sobre a criação de campo na AIH, a fim de identificar o paciente e aperfeiçoar o atendimento.

- [Portaria SAS/MS n. 74, de 4.5.94](#) – Dispõe sobre a emissão de demonstrativo aos pacientes internados ou seu responsável, quando da alta hospitalar.

Estadual:

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade²⁰²;

IX - 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;

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

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência²⁰³; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

RJ

- [Lei n. 2.802, de 1.10.97](#) - Obriga os servidores das delegacias de mulheres e de delegacias de polícia a informarem às mulheres grávidas em decorrência de estupro que recorrerem aos seus serviços, que o aborto é permitido por lei.

SP

- [Lei n. 10.241, de 17.3.1998](#) – Dispõe sobre o direito dos usuários das ações e dos serviços de saúde.

²⁰²Legislação:

- [Portaria MS n. 772, de 7.4.94](#) - Dispõe sobre a instituição da Ouvidoria-Geral da Saúde. (Foi instituída, mas não foi implementada, instituindo-se o Disque-saúde. A Ouvidoria está em discussão no Conselho Nacional de Saúde.)

- [Portaria Conjunta MS n. 1.163, de 11.10.2000](#) – Dispõe sobre o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos.

- [Portaria MS n. 1.137, de 6.10.2000](#) – Dispõe sobre a apuração de denúncia de usuários do SUS.

- [Portaria MS n. 1.353, de 23.8.2001](#) - Cria o Comitê de Acompanhamento do "Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS".

- [Portaria MS n. 2.009, de 30.10.2001](#) - Institui no âmbito da Secretária de Assistência à Saúde o serviço de atendimento ao cidadão usuário do SUS.

²⁰³ Ver art. 198 da CF e art. 8º da LOS

DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada²⁰⁴, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente²⁰⁵.

²⁰⁴ *Legislação:*

Ver arts. 24 e 25 da LOS; art. 199, § 1º, da CF.

- [Lei n. 9.637, de 15.5.98](#) - Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção de órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências.

Correlata: - [Lei n. 8.958, de 20.12.94](#) - Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências.

- [Portaria Interministerial MEC/MCT n. 2.089, de 5.11.97](#) - Dispõe sobre o registro e o credenciamento das fundações de apoio, na forma da Lei n. 8.958/94.

Comentários: As fundações de apoio, na área da saúde, propõem-se a apoiar técnica e financeiramente as unidades hospitalares; entretanto, ao invés de oferecerem apoio material e financeiro, utilizam esses serviços como se privados fossem, cobrando pelos serviços que prestam e dando preferência ao atendimento de pacientes que se dispõem a pagar à fundação de apoio por um serviço público, gratuito, de acesso universalizado, ou que possuem planos de saúde. Os recursos arrecadados nesses serviços públicos, parte deles, destinam-se à complementação de salários dos servidores públicos e à própria fundação de apoio. Essa questão tem sido discutida em âmbito judicial, conforme ação civil pública movida pelo Ministério Público do Estado de São Paulo contra o Hospital de Clínicas de São Paulo, aguardando decisão, em grau de recurso, uma vez que em primeira instância a decisão foi favorável ao HC. (Ação Civil Pública n. 2.066/99-3, 13ª Vara da Fazenda Pública da Capital).

²⁰⁵ *Legislação:*

- [Portaria MS n. 545, de 20.5.93](#) - Aprova a Norma Operacional Básica SUS n. 1/93 (NOB/93).

- [Portaria MS n. 2.203, de 5.11.96](#) - Aprova a Norma Operacional Básica n. 1/96 (NOB/96).

- [Portaria MS n. 1.399, de 15.12.99](#) - Regulamenta a NOB SUS n. 1/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

- [Portaria MS n. 1.359, de 11.12.2000](#) - Dispõe sobre a habilitação dos municípios na condição de gestão plena da atenção básica.

- [Portaria MS n. 373, de 27.2.2002](#) - Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS e revoga a Portaria MS n. 95, de 26.1.2001 que aprovou a NOAS/2001.

- [Portaria MS n. 2.215, de 5.12.2001](#) - Altera a NOAS/2001.

- [Portaria MS n. 1.666, de 19.9.2002](#) - Altera a NOAS/2002.

Comentários:

1. A Portaria MS n. 95/2001, que aprovou a NOAS/2001, alterou alguns aspectos da NOB/96, não de forma expressa, mas por ter disposto de modo diverso sobre a mesma matéria. Como ambas as Portarias são extensas e tratam de matéria muito semelhante e, tendo sido editada em 2002, a nova NOAS/2002 que revogou a NOAS/2001, existe grande dificuldade em se saber quais são as normas da NOB/96 que estão em vigor e de uma variedade de Portarias subsequentes que regulamentam a NOB/96. Também a Portaria n. 2.203/96 não revogou inteiramente a Portaria 545/93.

2. A NOAS/2002 alterou a denominação dada pela Portaria MS n. 1.359//2000 para “gestão plena da atenção básica ampliada”. Com a revogação da Portaria n. 95/2001, inúmeras portarias que foram editadas com base em disposições

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo²⁰⁶ pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde²⁰⁷;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

daquela norma poderão estar revogadas se o tema disciplinado foi alterado ou revogado pela NOAS/2002; entretanto, grande parte da gestão estadual e municipal do SUS se assenta em mandamentos dessas normas. Somente a leitura atenta de cada norma editada com base na NOB/93, NOB/96, NOAS/2001 poderá levar o interprete a dizer sobre sua revogação, uma vez que a todas essas normas tratam da operacionalização do SUS estadual e municipal, não tendo as duas NOBs sido revogadas expressamente; somente a NOAS/2001 foi expressamente revogada pelo NOAS/2002. Mesmo assim, muitas outras norma, editadas com base na NOAS/2001, podem ou não estar em vigor, dependendo de como a matéria foi tratada na NOAS/2002.

3. Se a NOAS/2001 foi revogada, a Portaria n. 2.215 também está revogada, pois regula artigos da NOAS/2001. Entretanto ela vem sendo aplicada.

4. A Portaria MS n. 1.666, de 12.2002, reflete a mais absoluto desconhecimento pelo Ministério da Saúde das regras básicas de técnica legislativa. Esta Portaria manda aplicar disposições da NOAS/2001, revogada pela NOAS/2002

²⁰⁶**Legislação:**

Correlata: [Lei Complementar n. 101, de 4.5.2.000](#) - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

²⁰⁷**Legislação:**

Ver art. 39, § 5º e art. 41 da LOS que tratam da extinção do INAMPS e da transformação da Fundação das Pioneiras Sociais.

- [Lei n. 8.101, de 6.12.90](#) - Dá nova redação ao art. 11 da Lei n. 8.029, de 12.4.90 que trata da organização da Presidência da República e da instituição da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

- [Lei n. 9.649, de 27 de maio de 1998](#) - Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências, (ver art. 14, XVIII, que trata da competência do Ministério da Saúde).

- [MP n. 2.216, de 31.8.2001](#) - Altera dispositivos da Lei n. 9.649, de 27.5.98 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.

- [Decreto n. 2.283, de 24.7.97](#) - Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.118, de 7.2.2002](#) - Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências.

- [Decreto n. 4.183, de 4.4.2002](#) - Dá nova redação ao caput do art. 30 do Decreto n. 4.118, de 7.2.2002 que dispõe sobre a Presidência da República.

- [Decreto n. 4.194, de 11.4.2002](#) - aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá providências.

Correlata: [Decreto n. 4.232, de 14.5.2.002](#) - Dispõe sobre as audiências e reuniões dos agentes públicos em exercício na Administração Pública Federal, indireta, nas autarquias e fundações públicas federais com representantes de interesses particulares.

- [Portaria Conjunta MS/SNVS n. 174, de 23.2.2000](#) - Aprova a sistemática de acompanhamento e avaliação do desempenho da ANVS.

III - no âmbito dos Municípios²⁰⁸, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios²⁰⁹ para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde²¹⁰, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)²¹¹.

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição²¹²;

²⁰⁸ **Legislação:**

- [Portaria MS n. 1.349, de 18.11.99](#) - Define critérios para encaminhamento de projetos inovadores de municípios que organizaram a Atenção Básica.

²⁰⁹ **Legislação:**

Ver art. 241 da CF.

²¹⁰ **Legislação:**

- [Resolução CNS n. 39, de 4.2.93](#) – Institui a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, integrante do Conselho Nacional de Saúde.

²¹¹ **Legislação:**

- [Portaria Interministerial MS/MDA n. 279, de 8.3.2001](#) - Estabelece ação integrada do Ministério da Saúde-MS e o Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA, no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal - PIACM.

²¹² **Legislação:**

- [Portaria Interministerial MS/MEC n. 925, de 17.6.92](#) – Dispõe sobre a criação do Programa de Integração Ensino-Serviço e revoga a Portaria 452, de 28.5.90.

- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos²¹³;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador²¹⁴.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I

DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

- [Portaria Interministerial MS e MEC n. 1.094, de 5.9.97](#) - Estabelece um conjunto de atividades sob a denominação de Saúde na Escola.

²¹³**Legislação:**

- [Portaria Interministerial MPAS/MS n. 5.153, de 7.4.99](#) - Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.

²¹⁴**Legislação:**

Ver art. 16, V, da LOS.

- [Portaria Interministerial \(Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde\) n. 482, de 16.4.99](#) - Aprova regulamento técnico sobre procedimentos que envolvam a aplicação de gás óxido de etileno.

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 saúde²¹⁵;

V - elaboração de normas técnicas²¹⁶ e estabelecimento de padrões de qualidade²¹⁷ e parâmetros de custos²¹⁸ que caracterizam a assistência à saúde;

²¹⁵ **Legislação:**

Ver art. 2º e § 8º do art. 39 da LOS.

- [Lei n. 10.516, de 11.7.2002](#) - Institui a Carteira Nacional de Saúde da Mulher.
- Portaria MS n. 1.156, de 31.8.1990 – Dispõe sobre o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional-SISVAN.
- [Portaria MS n. 115, de 25.1.96](#) – Dispõe sobre o acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde.
- [Portaria MS n. 820, de 25.6.97](#) - Institui a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA) e revoga a Portaria 2.390, de 11.12.96.
- [Portaria MS n. 1.890, de 18.12.97](#) - Determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços de diagnose e terapia.
- [Portaria MS n. 3.947, de 25.11.98](#) - Dispõe sobre os dados pessoais necessários para a identificação do indivíduo assistido no SUS no banco de dados informatizado.
- [Portaria SAS/MS n. 35, de 4.2.99](#) – dispõe sobre o sistema de informações ambulatoriais – SIA/SUS.
- [Portaria MS n. 398, de 12.4.2000](#) - Institui a Rede Intergerencial de Informações em Saúde - RIPSA.
- [Portaria MS n. 443, de 26.4.2000](#) - Institui a Comissão Geral de Coordenação da Rede Intergerencial de Informações em Saúde - RIPSA de que trata a Portaria MS n. 398, de 12.4.2000.
- [Portaria FUNASA n. 475, de 31.8.2000](#) - Regulamenta coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre nascidos vivos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.
- [Portaria SAS/MS n. 403, de 20.10.2000](#) - Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.
- [Portaria MS n. 17, de 4.1.2001](#) - Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta a sua implantação.
- [Portaria MS/SE n. 39, de 19.4.2001](#) - Regulamenta a operacionalização e remuneração do Cadastramento de Usuário do Sistema Único de Saúde.
- [Portaria SE/SPS n. 23, de 25.5.2001](#) - Estabelece a obrigatoriedade de alimentação da base de dados nacional do Sispre natal, por parte dos municípios que aderiram ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

²¹⁶ **Legislação:**

Ver artigo 197 da CF; arts. 1º ; 7º, II; 15, XI; 22 e 36 da LOS.

- [Portaria MS n. 1.400, de 14.8.91](#) - Dispõe sobre as novas instruções normativas para diagnóstico, tratamento e controle do pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem).
- [Portaria MS n. 2.663, de 22.12.95](#) - Dispõe sobre o cronograma de certificação de equipamentos eletromédicos.
- [Portaria MS n. 155, de 27.2.97](#) – Altera prazos e procedimentos para comprovar a certificação de equipamentos eletromédicos e revoga o art. 3º e o anexo da Portaria 2.663, de 22.12.95.
- [Portaria SAS/MS n. 113, de 4.9.97](#) - Dispõe sobre os internamentos dos pacientes nas unidades assistenciais, classificando-os.
- [Portaria MS n. 3.407, de 5.8.98](#) - Estabelece o Regulamento Técnico sobre o tratamento de patologias oftalmológicas.
- [Portaria MS n. 715, de 10.6.99](#) - Cria Câmara Técnica Setorial de Serviços, Produtos e Insumos para diálise.
- [Portaria MS n. 82, de 3.1.2.000](#) - Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de saúde de diálise e as normas para cadastramento destes juntos ao SUS e revoga a portaria que menciona.

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador²¹⁹;

- [Portaria MS n. 1.073, de 26.9.2.000](#) - Dispõe sobre instruções normativas para o controle e a eliminação da hanseníase.
- [Portaria MS n. 1.316, de 30.11.2.000](#) - Estabelece o Regulamento Técnico sobre transplante de medula óssea e de outros precursores hematopoéticos.
- [Portaria SAS/MS n. 97, de 22.3.2001](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esclerose Múltipla.
- [Portaria MS n. 538, de 17.4.2001](#) - Reconhece a Organização Nacional de Acreditação Hospitalar como instituição competente para promover o processo de acreditação hospitalar.
- [Portaria SAS/MS n. 263, de 18.7.2001](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibrose Cística.
- [Portaria SAS/MS n. 389, de 19.9.2001](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - ACNE.
- [Portaria SAS/MS n. 431, de 3.10.2001](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de leucemia Mielóide Crônica do Adulto.
- [Portaria MS n. 2.305, de 19.12.2001](#) - Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da osteogênese imperfecta com pamidronato dissódico.
- [Portaria MS n. 251, de 31.1.2002](#) - Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a sua estrutura e a porta de entrada nas internações psiquiátricas.
- [Portaria MS n. 336, de 19.2.2002](#) - Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial.
- [Portaria SAS/MS n. 221, de 2.4.2002](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Transplantados.
- [Portaria MS n. 639, de 21.06.2000](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - hepatite viral crônica tipo C, interferon, ribavirina.
- [Portaria SAS/MS n. 449, de 8.7.2002](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Gaucher.
- [Portaria SAS/MS n. 471, de 23.7.2002](#) - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Acromegalia.
- [Portaria SAS/MS n. 1.101, de 12.6.2002](#) - Estabelece parâmetros técnicos para orientar os gestores do SUS.
- [Resolução ANVS/DC n. 101, de 30.5.2001](#) - Estabelece regulamento técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substância psicoativas, segundo modelo psicossocial.
- [Resolução ANVS/RDC n. 50, de 21.2.2002](#)(PDF) - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Comentários: alguns protocolos foram listados nesta coletânea tendo em vista a sua importância. Trata-se, nesse caso, de doença potencial de trabalhador de saúde. É dever do médico cientificar o paciente sobre o risco e efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento, sendo necessária a assinatura do termo de consentimento informado.

²¹⁷**Legislação:**

Ver art. 3º da Lei n. 8.142/90 e art. 35 da LOS.

- [Portaria MS n. 1.107, de 14.6.95](#) - Dispõe sobre a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, altera dispositivos da Portaria MS n. 662, de 22.3.94 e revoga a Portaria n. 1.890, de 16.11.94.
- [Portaria MS n. 712, de 10.6.99](#) - Cria o Comitê Científico para a área de atendimento de pacientes renais crônicos visando a melhoria da qualidade do atendimento.
- [Portaria MS n. 569, de 1.6.2.000](#) - Dispõe sobre a humanização no pré-natal e nascimento.
- [Portaria MS 881, de 19.6.2001](#) - Institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- [Portaria SAS/MS n. 202, de 19.6.2001](#) - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- [Portaria MS n. 1.970, de 25.10.2001](#) - Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar - 3ª edição.
- [Resolução ANVS/RDC n. 48, de 2.6.2000](#) - Aprova normas para a avaliação da qualidade das ações de controle de infecção hospitalar.

²¹⁸**Legislação:**

- [Portaria MS n. 74, de 29.1.99](#) - Dispõe sobre o Banco de Preços na Área Hospitalar, via internet.

²¹⁹**Legislação:**

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 saúde²²⁰, 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 pública²²¹ 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-científicas²²² de promoção, proteção e recuperação da saúde;

Ver art. 200, II e VIII; art. 6º, I, c, V, § 3º.

²²⁰**Legislação:**

Ver artigo 197 da CF e artigos 1º, art. 17, XI, art. 18, XI e 22 da LOS.

- [Portaria MS/SAS n. 97, de 28.7.93](#) - Dispõe sobre a solicitação de informações de natureza sanitária necessárias, às pessoas naturais e jurídicas, públicas e privadas, que atuam na área da saúde.

²²¹**Legislação:**

Ver art. 5º, XXV, da CF; art. 15, XXI.

Correlata: - [Decreto-Lei n. 950, de 13.10.69](#) – Institui no Ministério do Interior o Fundo Especial para Calamidades Públicas (FUNCAP) e dá outras providências.

Correlata: - [Decreto n. 1.080, de 8.3.94](#) - Dispõe sobre o Fundo Especial de Calamidade Pública.

Jurisprudência

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional²²³ e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

- Município - Sistema médico-hospitalar - Requisição, mediante decreto, dos serviços no setor privado - Insuficiência de leitos nos hospitais públicos e nos contratados e conveniados com o Poder Público - Motivo que não configura perigo público iminente ou calamidade pública - Interpretação da Lei Federal n. 6.439, de 1977 - Deliberações requisitórias, ademais, revestidas de indisfarçável desvio de poder - Nulidade do decreto - Segurança concedida - Recurso não provido. ([TJSP - Apelação Cível n. 149.172-1/1991 – Rel. Des. Antonio Marson](#)).

²²²**Legislação:**

- [Portaria MS n. 35, de 11.5.95](#) - Aprova a indicação de implante do marcapasso cardíaco permanente, no âmbito do SUS, e revoga a Ordem de Serviço n. 159, de 3.2.1988.
- [Portaria MS n. 693, de 5.7.2000](#) - Aprova normas de orientação para a implantação do método "canguru".

²²³**Legislação:**

Conselhos de fiscalização da profissão das áreas da saúde:

Conselho Federal de Assistentes Sociais

- [Resolução CFAS n. 273, de 13.3.93](#) - Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e revoga a Resolução CFAS n. 195, de 9.5.86. (alterado pela Resolução 290, de 6.2.94 e Resolução n. 333, de 14.12.96).

Conselho Federal de Biologia

- [Resolução n. 2, de 5.3.2002](#) – Aprova o Código de Ética do Profissional Biólogo.

Conselho Federal de Biomedicina

- [Resolução CFBM n. 2, de 25.3.95](#) - Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo biomédico.
- [Resolução CFBM n. 44, de 16.12.99](#) - Estabelece que os biomédicos poderão atuar, sob supervisão médica, em serviços de radioterapia.

Conselho Federal de Enfermagem

- [Resolução COFEN n. 146, de 1.6.92](#) – Normatiza, em âmbito nacional, a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviços onde são desenvolvidas ações de enfermagem.
- [Resolução COFEN n. 162, de 14.5.93](#) – Dispõe sobre a administração da nutrição parenteral e enteral.
- [Resolução COFEN n. 197, de 19.3.97](#) – Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem.
- [Resolução COFEN n. 214, de 10.11.98](#) – Dispõe sobre a instrumentação cirúrgica.
- [Resolução COFEN n. 240, de 30.8.2000](#) - Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Conselho Federal de Farmácia

- [Resolução CFF n. 261, de 16.9.94](#) - Estabelece que toda a farmácia ou drogaria contará obrigatoriamente com um farmacêutico responsável que efetiva e permanentemente assuma e exerça a sua direção técnica.
- [Resolução CFF n. 279, de 26.1.96](#) - Dispõe sobre a competência legal para atuar profissionalmente e exercer chefias técnicas e direção de estabelecimento hemoterápicos.
- [Resolução CFF n. 290, de 26.4.96](#) - Aprova o Código de Ética Farmacêutica e revoga a Resolução n. 152, de 15.1.80.
- [Resolução CFF n. 292, de 24.5.96](#) - Dispõe sobre a competência do farmacêutico para o exercício da atividade de nutrição parenteral e enteral.
- [Resolução n. 300, de 30.1.97](#) - Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.
- [Resolução CFF n. 308, de 2.5.97](#) – Dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias.

-
- [Resolução CFF n. 349, de 20.1.2000](#) - Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos.
 - [Resolução CFF n. 353, de 23.8.2000](#) - Dispõe sobre o exercício de acupuntura pelo profissional farmacêutico.
 - [Resolução CFF n. 354, de 20.9.2000](#) - Dispõe sobre a assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar nas urgências e emergências.
 - [Resolução CFF n. 364, de 2.10.2001](#) - Veda a assunção de responsabilidade técnica pelo farmacêutico nas farmácias e drogarias objeto de cooperativa médica ou que detenha atividade médica em seu controle acionário.
 - [Resolução CFF n. 372, de 14.1.2002](#) - Dispõe sobre atribuição do profissional farmacêutico bioquímico em bancos de sangue de cordão umbilical.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

- [Resolução coffito n. 10, de 3.7.78](#) - Dispõe sobre o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- [Resolução n. 122, de 19.3.91](#) - Dispõe sobre a fiscalização dos órgãos públicos federal, estadual e municipal.

Conselho Federal de Fonoaudiologia

- [Resolução n. 138, de 21.12.95](#) - Aprova o Código de Ética do Fonoaudiólogo.

Conselho Federal de Medicina

- [Resolução CFM n. 1.246, de 8.1.88](#) - Institui o Código de Ética Médica.
- [Resolução CFM n. 1.331, de 21.9.89](#) - Fixa prazo para a guarda do prontuário de pacientes.
- [Resolução CFM n. 1.342, de 8.3.91](#) - Determina a responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas.
- [Resolução CFM n. 1.358, de 11.11.92](#) - Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida.
- [Resolução CFM n. 1.359, de 11.11.92](#) - Dispõe sobre o atendimento profissional a pacientes portadores do vírus HIV.
- [Resolução CFM n. 1.407, de 8.6.94](#) - Dispõe sobre a adoção dos princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.
- [Resolução CFM n. 1.408, de 8.6.94](#) - Dispõe sobre o tratamento digno e respeitável para com as pessoas portadoras de um transtorno mental.
- [Resolução CFM n. 1.451, de 10.3.95](#) - Define a estrutura mínima dos prontos socorros públicos e privados que devem estar preparados para o atendimento de situações de urgência e emergência.
- [Resolução CFM n. 1.455, de 11.8.95](#) - Dispõe sobre o reconhecimento da acupuntura como especialidade médica.
- [Resolução CFM n. 1.472, de 7.2.97](#) - Dispõe sobre o prazo de arquivamento de laudos cito-histopatológicos e anatomopatológicos.
- [Resolução CFM n. 1.475, de 11.6.97](#) - Dispõe sobre a competência profissional para realização dos exames audiológicos, incluindo a audiometria.
- [Resolução CFM n. 1.480, de 8.8.97](#) - Dispõe sobre a morte encefálica.
- [Resolução CFM n. 1.482, de 10.9.97](#) - Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização - **Retificação**
- [Resolução CFM n. 1.483, de 11.9.97](#) - Dispõe que a reconstrução mamária é parte integrante do tratamento que provocar a mastectomia parcial ou total.

Comentários: A Resolução 1.483/97 reconhece a integralidade da assistência, conforme previsto no SUS, art. 7º, II.

- [Resolução CFM n. 1.484, de 11.9.97](#) - Dispõe sobre atestado médico com diagnóstico.
- [Resolução CFM n. 1.493, de 15.5.98](#) - Compete ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde tomar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável.
- [Resolução CFM n. 1.495, de 19.6.98](#) - Estabelece critérios para os médicos terem seus dados resguardados.
- [Resolução CFM n. 1.497, de 8.7.98](#) - Determina que o médico nomeado perito execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre atento às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil.
- [Resolução n.1.500, de 26.8.98](#) - Dispõe sobre os termos da prática ortomolecular, biomolecular e oxidologia.
- [Resolução CFM n. 1.529, de 28.8.98](#) - Dispõe sobre o atendimento pré-hospitalar.

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

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde²²⁴;

-
- [Resolução CFM n. 1.595, de 18.5.2000](#) - Proíbe a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção e comercialização de produtos.
 - [Resolução CFM n. 1.598, de 9.8.2000](#) - Dispõe que é dever do médico assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequado para sua situação clínica.
 - [Resolução CFM n. 1.601, de 9.8.2000](#) - Dispõe que o preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito são da responsabilidade do médico que a atestou e revoga a Resolução n. 1.290, de 8.6.89.
 - [Resolução CFM n. 1.605, de 15.9.2000](#) - Determina que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica e revoga a resolução que menciona. (retificada no DOU de 31.1.2002).
 - [Resolução CFM n. 1.582, de 30.9.99](#) - Dispõe que o procedimento de introdução de cateter intravascular arterial e venoso profundo é privativo de médico.
 - [Resolução CFM n. 1.609, de 13.12.2000](#) - Dispõe sobre os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do CFM.
 - [Resolução CFM n. 1.615, de 7.2.2001](#) - Dispõe sobre a regulamentação do registro para o exercício profissional no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro com diploma obtido em faculdade estrangeira e revoga o normativo que menciona.
 - [Resolução CFM n. 1.623, de 11.7.2001](#) - Dispõe sobre o funcionamento dos serviços onde são desenvolvidos a captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico (ver art. 16, III, a).
 - [Resolução CFM n. 1.627, de 23.10.2001](#) - Dispõe sobre o alcance do ato médico.
 - [Resolução CFM n. 1.635, de 9.5.2002](#) - Dispõe sobre exames médicos periciais de corpo de delito.
 - [Resolução CFM n. 1.641, de 12.7.2002](#) - Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não médico e dá outras providências.

Conselho Federal de Odontologia

- [Resolução n. 179, de 19.12.91](#) - Aprova o Código de Ética Odontológica e revoga a Resolução n. 151, de 16.7.83.

Conselho Federal de Psicologia

- [Resolução CFP 11, de 20.10.97](#) - Dispõe sobre a realização de pesquisa com métodos e técnicas não reconhecidas pela Psicologia.
- [Resolução CFP n. 10, de 20.10.97](#) - Estabelece critérios para divulgação, publicidade e o exercício profissional do psicólogo, associados a práticas que não estejam de acordo com os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia e revoga as resoluções que menciona.
- [Resolução CFP n. 16, de 20.12.2000](#) - Dispõe sobre a realização de pesquisa em psicologia com seres humanos. (Ver art. 15, XIX da LOS).

Jurisprudência

- Ação de reparação de danos. Indenização mensal. Segurado do INSS. Erro médico. Ilegitimidade passiva. Extinção do feito. I - Qualquer demanda referente a pagamento de indenização por erro médico, no âmbito da Previdência Social, deveria, à época da propositura desta ação, ser endereçada contra o INAMPS, ainda que este não existisse ao tempo do fato, pois ao referido órgão foi atribuída a assistência médica, bem como o patrimônio, direito e obrigações a ela pertinentes. Nesse sentido, ilegítima a participação do INPS no feito.
- II - Extinção do feito, sem julgamento do mérito (art. 267, VI, do CPC). ([TRF 4ª Região - APC 96.04.03366-2/RS/1997 - José Germano da Silva](#)).
- Administrativo. Drogarias e Farmácias. Fiscalização. Competência do Conselho Regional de Farmácia. Responsável técnico em horário integral. 1. Recurso Especial interposto contra v. Acórdão que, em ação mandamental, reconheceu a competência do Conselho Regional de Farmácia - CRF - para fiscalizar e aplicar as penalidades no caso de infrações cometidas pelos estabelecimentos que não cumprirem a obrigação legal de manter um responsável técnico em horário integral. 2. Irresignação recursal no sentido de que compete à Vigilância Sanitária e não ao CRF impor ao

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

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos²²⁵ e de atendimento emergencial²²⁶.

estabelecimento a penalidade decorrente do fato desta não manter, durante todo o horário de funcionamento, responsável técnico habilitado e registrado no Conselho Regional. 3. Inexistência da alegada incompetência do Conselho Regional de Farmácia para promover a fiscalização e punição devidas, uma vez que o art. 24, da Lei nº 3.820/60, que cria os Conselhos Federal e Regionais de Farmácia, é claro no estatuir que farmácias e drogarias devem provar, perante os Conselhos, terem profissionais habilitados e registrados para o exercício de atividades para os quais são necessários, cabendo a aplicação de multa aos infratores ao Conselho Regional respectivo. 4. As penalidades aplicadas têm amparo legal no art. 10, "c", da Lei nº 3.820/60, que dá poderes aos Conselhos Regionais para fiscalizar o exercício da profissão e punir as infrações. 5. A Lei nº 5.991/73 impõe obrigação administrativa às drogarias e farmácias no sentido de que "terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei" (art. 15), e que "a presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento" (§ 1º). 6. Recurso improvido. (STJ – RESP 230108.SC/2000 – Rel. Min. José Delgado). (sem íntegra)

²²⁴**Legislação:**

- [Lei n. 8.501, de 30.11.92](#) – Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado para fins de pesquisa científica e dá outras providências.
- [Portaria SVS/MS n. 331, de 6.5.98](#) - Dispõe sobre a liberação de produtos importados diretamente ou por intermédio de terceiros para instituições ou órgãos interessados na realização de pesquisas ou investigações científicas e revoga a Portaria n. 555, de 4.11.97.
- [Portaria MS n. 263, de 31.3.99](#) - Dispõe sobre a utilização de órgãos e partes do corpo humano para fins científicos.
- [Portaria MS n. 470, de 6.4.2001](#) – Institui a comissão para o acesso ao uso do genoma humano.
- [Portaria MS n. 918, de 21.6.2001](#) - Constitui o Comitê Nacional de Pesquisa em DST/AIV/AIDS.
- [Instrução Normativa CTNBio n. 8, de 11.7.97](#) - Dispõe sobre a manipulação genética e sobre a clonagem em seres humanos.
- [Instrução Normativa CTNBio n. 9, de 10.10.97](#) - Estabelece as normas para a intervenção genética em seres humanos.
- [Resolução CNS n. 196, de 10.10.96](#) - Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e revoga a Resolução n. 1, de 13.6.88.
- [Resolução CNS n. 251, de 7.8.97](#) – Aprova normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos.
- [Resolução CNS n. 292, de 8.7.99](#) – Estabelece normas sobre a Resolução CNS n. 196/96.
- [Resolução CNS n. 303, de 6.7.2.000](#) - Dispõe sobre a reprodução assistida.
- [Resolução CNS n. 304, de 9.8.2.000](#) - Aprova normas para pesquisa envolvendo seres humanos -área de povos indígenas.

Estadual

RJ

- [Lei n. 2.566, de 5.6.96](#) - Dispõe sobre a exigência de estudo de impacto sobre a saúde da mulher - EISMU - e respectivo relatório - RISMU - para a aprovação de pesquisa, medicamentos, procedimentos, intervenções, serviços, programas e políticas públicas que incidam sobre a saúde da mulher.

²²⁵**Legislação:**

- [Portaria MS n. 663, de 22.3.94](#) – Estabelece condições para a redução da mortalidade materna.
- [Portaria MS n. 3.907, de 30.10.98](#) - Dispõe sobre a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, de caráter técnico-consultivo.

SEÇÃO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição²²⁷;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente²²⁸;

²²⁶**Legislação:**

Correlata: - [Resolução do Conselho Nacional de Defesa Civil n. 3, de 2.7.99](#) - Aprova manual para a decretação de situação de emergência ou de calamidade pública.

- [Portaria MS n. 814, de 1.6.2001](#) - Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências e revoga a Portaria 824, de 24.6.99.

Estadual

RJ

- [Lei n. 3.892, de 16.7.2002](#) - Estabelece normas para os serviços de triagem de pacientes em unidades de saúde de atendimento de urgência e de emergência regulamentando os arts. 288 e 289 da Constituição Estadual e dá outras providências.

²²⁷**Legislação:**

Ver arts. 2º, § 1º, 6º, IV; 13.

Ver comentários a respeito da bolsa-alimentação, instituída pela MP n. 2.206, de 6.9.2001 e Decreto n. 3.934, de 21.9.2001 na NOTA n. 4.

- [Portaria MS n. 698, de 9.4.2002](#) – Define a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano-BLH.

- [Portaria MS n. 710, de 10.6.99](#) - Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS.

- [Portaria MS n. 1.131, de 20.9.93](#) – Altera o art. 4º da Portaria MS n. 799, de 20.7.93.

- [Portaria MS n. 799, de 20.7.93](#) – Dispõe sobre desnutrição em crianças e gestantes; tratamento da hipovitaminose “A” e anemia ferropriva e consolida e assegura a prestação de ações básicas de saúde de alimentação e nutrição em observância aos princípios do SUS.

- [Portaria MS n. 2.163, de 29.12.94](#) - Estabelece o Sistema de Informações de Agravos da Notificação - SINAN como via formal de registro dos casos graves e moderados de desnutrição em menores de 24 meses.

- [Portaria MS n. 1.317, de 15.9.97](#) - Estabelece as regulamentações para os produtos a serem adquiridos pelo Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional.

- [Portaria SVS/MS n. 29, de 13.1.98](#)– Aprova o regulamento Técnico referente a alimentos para fins especiais e revoga os normativos que menciona. (Ret.)

- [Portaria MS n. 1.770, de 20.9.2001](#) – Estabelece instruções para implantação e funcionamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde Bolsa-Alimentação.

Comentários: Insere-se no âmbito do Ministério da Saúde as questões relacionadas com a carência nutricional que envolvam riscos para a saúde do indivíduo, não cabendo ao SUS financiar programas sociais de fornecimento de cestas básicas de alimentos. Os órgãos do SUS devem atuar em conjunto com outros órgãos governamentais, conforme previsto no art. 13 da LOS, a fim de promover ações conjuntas no campo da alimentação, cabendo ao SUS cuidar das situações de risco nutricional, sem, contudo, atuar, como agente de assistência social. (Ver nota 4)

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade²²⁹;

²²⁸ **Legislação:**

- [Portaria MS n. 595, de 20.4.95](#) - Institui no âmbito de sua secretaria, Grupo Assessor Técnico-Científico, para participar das ações de prevenção e controle dos riscos ao ambiente e à saúde e revoga as portarias que menciona.

²²⁹ **Legislação:**

Ver art. 199, § 4º da CF; art. 15, V, e art. 35 da LOS; art. 3º da Lei n. 8.142/90 (Muitos procedimentos aqui disciplinados envolvem forma de repasse de recursos para estados e municípios e seus hospitais públicos. Todos os programas que envolvem repasse de recursos estão referenciados no art. 3º da Lei n. 8.142/90).

- [Lei n. 9.434, de 4.2.97](#) - Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

- [Lei n. 10.211, de 23.3.2001](#) - Altera dispositivo da Lei n. 9.434, de 4.2.97 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

- [Decreto n. 2.268, de 30.6.97](#) - Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4.2.97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

- [Portaria SNAS/MS N. 81, de 5.7.91](#) - Oficializa a implantação dos Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade que constituir-se-á, em Câmaras de Assessoramento Técnico.

- [Portaria SAS/MS n. 27, de 12.2.96](#) - Autoriza que as despesas decorrentes da busca internacional de seus doadores sejam ressarcidas aos prestadores públicos e universitários.

- [Portaria SAS/MS n. 50, de 11.4.97](#) - Dispõe sobre a revisão dos critérios mínimos de cadastramento de entidades para tratamento de epilepsia I e II e revoga dispositivos da Portaria n. 46/94.

- [Portaria MS n. 2.920, de 9.6.98](#) - Estabelece as condições para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade.

- [Portaria MS n. 3.407, de 5.8.98](#) - Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplante e revoga os dispositivos das portarias que menciona.

- [Portaria MS n. 3.432, de 12.8.98](#) - Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI e revoga a Portaria MS n. 2.918, de 9.6.98.

- [Portaria MS n. 3.535, de 2.9.98](#) - Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

- [Portaria MS n. 3.536, de 2.9.98](#) - Dispõe sobre procedimentos administrativos quanto aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade de oncologia.

- [Portaria MS n. 3.761, de 20.10.98](#) - Estabelece, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Assessoria Técnica para transplante de medula óssea.

- [Portaria SAS/MS n. 113, de 31.3.99](#) - Dispõe sobre o cadastramento de serviços de alta complexidade em câncer.

- [Portaria SAS/MS n. 296, de 15.7.99](#) - Dispõe sobre o Sistema de Autorização de Procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC.

- [Portaria SAS/MS n. 494, de 26.8.99](#) - Define o 'acesso' aos serviços de especialidade em relação aos serviços de alto custo.

- [Portaria MS n. 1.217, de 13.10.99](#) - Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea e revoga a Portaria SAS n. 138, de 7.11.97 e altera a Portaria MS n. 3.761, de 20.10.98.

- [Portaria MS n. 1.278, de 20.10.99](#) - Aprova critérios de indicação e contra-indicação para realização de implante coclear e as normas de cadastramento de centros e núcleos.

- [Portaria MS n. 1.478, de 28.12.99](#) - Cria as Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica. (O Ministério da Saúde tem considerado que a administração de áreas de assistência à saúde nos estados e municípios, como o controle de vagas, o acesso de pacientes, a divulgação de informações e demais atos administrativos

b) de rede de laboratórios de saúde pública²³⁰;

vinculados à assistência à saúde é uma forma de "regulamentação". O termo é confuso, uma vez que regulamentar, do ponto de vista jurídico, não se confunde com o ato do servidor público administrar serviços. As centrais de regulação são órgãos que devem administrar serviços, não detendo competência para exercer o poder regulamentar).

- [Portaria MS n. 332, de 24.3.2000](#) - Altera o item 3, subitem 3.3, do Anexo da Portaria MS n. 3.432, de 12.8.98 que estabelece critérios de classificação das unidades de tratamento intensivo neonatal.
- [Portaria MS n. 333, de 24.3.2000](#) - Cria o banco de válvulas cardíacas humanas.
- [Portaria MS n. 901, de 16.8.2000](#) - Cria, no Sistema Nacional de Transplante, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
- [Portaria MS n. 902, de 16.8.2000](#) - Estabelece normas para o funcionamento e cadastramento dos bancos de olhos.
- [Portaria MS n. 903, de 16.8.2000](#) - Aprova as normas para o funcionamento e cadastramento dos bancos de sangue de cordão umbilical e placentário.
- [Portaria MS n. 904, de 16.8.2000](#) - Aprovar as normas para o funcionamento e cadastramento de bancos de tecidos ósteo-fásio-condorligamentosos.
- [Portaria MS n. 1.183, de 25.10.2000](#) - Cria o Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos.
- [Portaria MS n.1.273, de 21.11.2000](#) - Dispõe sobre a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados.
- [Portaria MS n. 1.312, de 30.11.2000](#) - Aprova normas de cadastramento de laboratórios de Histocompatibilidade no âmbito do SUS.
- [Portaria MS n. 1.315, de 30.11.2000](#) - Estabelece mecanismos destinados a organizar o fluxo de informações, de tipificação e cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME.
- [Portaria MS n. 1.316, de 30.11.2000](#) - Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea e de outros Precusores Hemotopoéticos e revoga dispositivos da Portaria n. 1.217, de 13.10.99.
- [Portaria MS n. 1.559, de 6.9.2001](#) - Cria, no Sistema Nacional de Transplante, o Programa Nacional de Implantação de Bancos de Olhos.
- [Portaria SAS/MS n. 589, de 27.12.2001](#) - Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade-CNRAC.
- [Portaria SAS/MS n. 249, de 16.4.2002](#) - Aprova normas referentes ao cadastramento de centros de referência em assistência ao idoso.
- [Portaria SAS/MS n. 305, de 3.5.2002](#) - Aprova normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Alcool e Outras Drogas.(Ver nota 4).
- [Portaria SAS/MS n. 339, de 5.7.2002](#) - Aprova normas de classificação e cadastramento de centros de referência em oftalmologia.
- [Portaria SAS/MS n. 450, de 12.7.2002](#) - Cria o centro de referência em cirurgia endovascular de alta complexidade.
- [Portaria MS n.866, de 9.5.2002](#) - Dispõe sobre a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia, no âmbito do SUS.
- [Portaria MS n. 867, de 9.5.2002](#) - Institui o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma.
- [Portaria MS n. 1.289, de 16.7.2002](#) - Altera as normas referentes ao cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia.
- [Portaria MS n. 1.319, de 23.7.2002](#) - Cria os centros de referências em tratamento da dor crônica.

Comentários:

1. Muitas portarias não tratam do sistema de alta complexidade e estejam mais afeitos à competência do Estado, art. 17, IX, o Ministério da Saúde, como tem acontecido regularmente, tem regulado atividades típicas do Estado e do Município.

2.A LOS não trata da remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, tampouco de questões que envolvam pesquisa com seres humanos e manipulações biológicas. Desse modo, pelo fato de a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento estar vinculada a assistência de alta complexidade, toda a normatividade referente a esse tema está enquadrado nesse tópico. Manipulações biológicas e pesquisa em saúde serão enquadradas no art. 6º, X.

²³⁰ **Legislação:**

c) de vigilância epidemiológica²³¹; e

d) 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 humana²³²;

- [Portaria FUNASA n. 372, de 3.9.96](#) - Inclui o Instituto de Biologia do Exército como participante do Sistema de Laboratórios Nacional de Saúde Pública.

- [Portaria MS n. 15, de 3.1.2002](#) - Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e revoga a Portaria 280/77.

- [Portaria MS n. 360, de 20.2.2002](#) - Altera a Portaria MS n. 15/2002, para introduzir nova denominação na rede de laboratórios de saúde pública.

Comentários: Nos termos do art. 45, § 2º, da LOS, em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado. Os serviços de saúde das Forças Armadas ao integrarem-se no SUS deverão observar todos os seus princípios e diretrizes, dentre eles, a universalidade do acesso, a regionalização e hierarquização dos serviços, compondo, assim, a rede pública de saúde, não sendo admitida a sua integração sem observância desses princípios e diretrizes, sendo vedado o acesso restrito desses serviços a um segmento da sociedade, se o financiamento foi feito com recursos do fundo de saúde.

²³¹**Legislação:**

Ver art. 197 da CF e art. 1º e 2º, § 1º, da LOS.

- [Lei n. 6.259, de 30.10.75](#) - Dispõe sobre a organização da vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunização, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças e dá outras providências.

- [Decreto n. 78.231, de 12.8.76](#) - Regulamenta a Lei n. 6.259, de 30.10.75, que dispõe sobre a organização da vigilância epidemiológica.

- [Portaria MS n. 1.749, de 11.10.94](#) - Dispõe sobre a instituição do certificado de erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem.

- [Portaria MS n. 114, de 25.1.96](#) - Estabelece que a síndrome do Dengue passa a ser doença de notificação obrigatória em todo o território nacional.

- [Portaria MS n. 1.399, de 15.12.99](#) - Regulamenta a NOB SUS n. 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área da epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. (Ver, ainda, art. 35 da LOS e art. 3º, § 1º, da Lei n. 8.142/90 que dispõem sobre os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados e municípios e a nota de rodapé inserida no mesmo artigo).

- [Portaria MS n. 486, de 16.5.2000](#) - Dispõe sobre a definição nacional de AIDS em indivíduos menores de 13 anos para fins de vigilância epidemiológica.

- [Portaria MS n. 816, de 26.7.2000](#) - aprova diretrizes sobre prevenção, diagnóstico, controle e notificação da hanseníase no País.

- [Portaria MS n. 1.919, de 16.10.2001](#) - Estabelece a obrigatoriedade de notificação da existência de amostras de bacillus anthracis em laboratórios públicos e privados.

- [Portaria MS n. 1.943, de 18.10.2001](#) - Dispõe sobre as doenças de notificação compulsória em todo o território nacional.

- [Instrução Normativa FUNASA N. 2, de 24.9.2002 \(pdf\)](#) Regulamenta o funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

²³²**Legislação:**

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 trabalhador²³³;

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

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras²³⁴, podendo a 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 nacional²³⁵ para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

Ver incisos III, 'd' e V do art. 16 da LOS.

²³³**Legislação:**

Ver art. 6º, I, c, V, § 3º; art. 13; art. 200, II, VIII, da CF.

- [Portaria MS n. 3.120, de 1.7.98](#) - Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

- [Portaria MS n. 3.908, de 30.10.98](#) - Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST.

- [Portaria MS n. 1.339, de 18.11.99](#) - Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho.

- [Portaria MS n. 1.969, de 25.10.2001](#) - dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

- [Instrução Normativa FUNASA n. 1, de 25.9.2001](#) - Regulamenta a Portaria MS n. 1.399, de 15.12.99, no tocante às competências da União, estados, Distrito Federal e municípios, na área de vigilância ambiental em saúde.(Ver nota 57).

²³⁴**Legislação:**

- [Resolução ANVS/RDC n. 17, de 12.1.2001](#) - Dispõe sobre a vigilância sanitária de portos, aeroportos, embarcações e terminais aquaviários.

- [Portaria MS n. 1.986, de 25.10.2001](#) - Dispõe sobre a vacinação obrigatória dos trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, terminais e passagem de fronteira.

²³⁵**Legislação:**

- Ver art. 15, V, da LOS.

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 institucional²³⁶;

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 municipal²³⁷;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados²³⁸;

- [Portaria MS-SPS n. 23, de 4.8.99](#) - Dispõe sobre o credenciamento como centro de referência nacional de promoção da saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno das entidades que menciona.

- [Portaria MS n. 814, de 26.7.2000](#) - Aprova pré-requisitos para reconhecimento de centros colaboradores nacionais, macronacionais e estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário.

- [Portaria MS n. 1.006, de 4.7.2001](#) - Dispõe sobre o conceito de Hospital Estratégico para o SUS.

²³⁶**Legislação:**

Comentários: A transferência de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento do SUS é mandamento constitucional, consoante o disposto no art. 198, § 3º, II, da CF (parágrafo introduzido pela EC 29/2000), não podendo ser qualificada como transferência voluntária a qual se opera por meio de convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congêneres. As transferências de recursos financeiros no SUS devem obedecer o disposto na LOS, art. 35 e na Lei 8.142/90, art. 3º. As transferências voluntárias deverão ser mínimas, não podendo afetar as transferências obrigatórias nem constituir uma burla aos critérios dessas transferências.

²³⁷**Legislação:**

- [Decreto n. 4.050, de 12.12.2001](#) - Regulamenta o art. 93 da Lei n. 8.112, de 11.12.90 que dispõe sobre a cessão de servidores de órgãos e entidades da administração pública federal, direta, autárquica e fundacional e dá outras providências.

- [Portaria FUNASA n. 99, de 14.2.96 \(Ret\)](#) - Dispõe sobre servidores da FNS colocados à disposição do Estado ou do Município, em atividade expressamente ligada ao SUS. (Ver art. 27 da LOS).

- [Portaria MS n. 223, de 24.3.99](#)- Revoga a Portaria n. 3.842, de 5.11.98.

- [Instrução Normativa n. 3, de 17.7.2000](#) - Estabelece procedimentos relacionados à cessão de servidores aos estados, Distrito Federal e municípios que executam, na área da saúde, ações de epidemiologia e controle de doenças.

²³⁸**Legislação:**

Ver art. 199, § 4º da CF; art. 6º, XI, e 15, XIV da LOS.

- [Lei n. 6.437, de 20.8.77](#) - Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

- [Lei n. 7.649, de 25.1.88](#) - Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências.

-
- [Lei n. 9.434, de 4.2.97](#) - Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
 - [Lei n. 9.695, de 20.8.1998](#) - Acrescenta incisos ao art. 1º da Lei 8.072, de 25.7.90 que dispõe sobre os crimes hediondos e altera os arts. 2º, 5º e 10 da Lei 6.437, de 20.8.77 e dá outras providências.
 - [Lei n. 10.205, de 21.3.2001](#) - Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.
 - [Decreto n. 95.721, de 11.2.1988](#) - Regulamenta a Lei 7.649, de 25.1.88, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças.
 - [Decreto n. 3.990, de 30.10.2001](#) - Regulamenta o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados - SINASAN, integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme Lei n. 10.205, de 21.3.2001.
 - [Portaria MS n. 721, de 9.8.89\(pdf\)](#) - Aprova normas técnicas destinadas a disciplinar a coleta, o processamento e a transfusão de sangue, componentes e derivados em todo o território nacional.
 - [Portaria MS n. 1.376, de 19.11.93](#) - Aprova alterações na Portaria MS 721, de 9.8.89, que dispõe sobre normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados e dá outras providências.
 - [Portaria MS n. 2.135, de 22.12.94](#) - Aprova alterações na Portaria 1.376/93, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados.
 - [Portaria SVS/MS n. 127, de 8.12.95](#) - Institui o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas - PNIUH, com o objetivo de executar inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas Unidades Hemoterápicas existentes no País.
 - [Portaria SAS/MS n. 113, de 6.8.96](#) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de os órgãos e as instituições produtoras de hemoderivados enviar o relatório mensal de controle sorológico.
 - [Portaria MS n. 1.840, de 13.9.96](#) - Dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo de Sorologia para Unidades Hemoterápicas - PNCQES.
 - [Portaria MS n. 2.009, de 4.10.96](#) - Complementa os termos da Portaria MS n. 1376, de 19.11.93, que aprova normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados e torna obrigatório a realização de testes anti- HIV 1 e 2.
 - [Portaria MS n. 2.419, de 17.12.96](#) - Dispõe sobre o Programa Nacional de Controle de Qualidade dos Medicamento Hemoderivados de Uso Humano - PNCQMH (Ver art. 6º, V, que dispõe sobre medicamentos).
 - [Portaria MS n. 1.544, de 15.10.97](#) - Declara que o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia para Unidades Hemoterápicas passa a denominar-se Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia e Imunoterapia, estabelece modificações e revoga as portarias que mencionas (Portarias MS n. 1.300, de 27.6.96, arts. 2º e 3º da Portaria MS n. 1.840/96)
 - [Portaria ANVS n. 488, de 17.6.98](#) - Estabelece procedimentos sequenciados para detecção de anticorpos anti-HIV, que deverão ser seguidos pelas unidades hemoterápicas, públicas ou privadas, visando a redução de resultados falso-positivo ou falso-negativo.
 - [Portaria SVS/MS n. 950, de 26.11.98 \(pdf\)](#) - Dispõe sobre a aprovação do Regulamento Técnico sobre bolsas plásticas para coleta e acondicionamento de sangue humano e seus derivados.
 - [Portaria MS n. 1.135, de 8.9.99](#) - Institui o Regulamento Técnico dos níveis de complexidade dos serviços de medicina transfusional.
 - [Portaria MS n. 1.334, de 17.11.99](#) - Dispõe sobre a transferência do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e demais atividades relativas ao sangue e hemoderivados para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
 - [Portaria ANVS/DC n. 151, de 21.8.2001](#) - Aprova o Regulamento Técnico sobre níveis de complexidade de serviços de hemoterapia e revoga a Portaria n.121, de 24.11.95.
 - [Portaria ANVS n. 187, de 1.4.2002](#) - Institui a Câmara Técnica de Sangue, Tecidos e Órgãos, vinculada à ANVISA.
 - [Portaria MS n. 262, de 5.2.2002](#) - Torna obrigatória, no âmbito da hemorrede nacional, a inclusão nos serviços de hemoterapia públicos ou privados, os testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos - NAT, para HIV e HCV, em todas as amostras de sangue de doadores.
 - [Portaria MS n. 263, de 5.2.2002](#) - Instituir no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, DF e municípios.
 - [Portaria MS n. 790, de 22.4.2002](#) - Estabelece a estrutura do Plano Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e regulamenta a elaboração dos Planos Diretores Estaduais de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais²³⁹;

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 Auditoria²⁴⁰ e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

-
- [Resolução ANVS/DC n. 9, de 21.10.99](#) - Aprova regulamento técnico para as boas práticas de fabricação de bolsa de sangue e revoga a Portaria 69, de 14.5.96
 - [Resolução ANVS/DC n. 46, de 18.5.2000](#) - Aprova o regulamento técnico para a produção e controle de qualidade de hemoderivados de uso humano e revoga a Portaria Conjunta SVS/SPS n. 2, de 30.10.98.
 - [Resolução ANVS/DC n.149, de 14.8.2001](#) - Dispõe sobre a estruturação do Sistema Nacional de Informações de Sangue e Hemoderivados e revoga a Resolução n. 29, de 24.12.99.

Comentários: A CF vedou o comércio com o sangue, componentes e derivados (coleta, transfusão, processamento industrial etc.), tendo a Lei 10.205, de 2001, regulamentado o tema.

Chamamos a atenção para a questão da proibição de comercialização do sangue. A Lei 10.205/2001 não considera comércio com o sangue a cobrança dos insumos e da mão de obra utilizados na coleta, transfusão e demais atos hemoterápicos. Menciona, ainda, que o fracionamento industrial do sangue (etapa industrial do processamento do sangue, o qual resultará em produto fármaco-hemoterápico) poderá ser realizado tanto pelo Poder Público como pela iniciativa privada. Em se tratando de bem fora do comércio, a atividade passa a ser inteiramente pública, cabendo ao Poder Público, direta ou indiretamente, a prestação desses serviços. A atividade prestada de forma indireta pelo setor privado pressupõe delegação de competência e a fixação da política de preços. A Lei silenciou sobre a forma de transpasse para o privado da atividade industrial com o sangue. Entendemos que somente mediante concessão ou permissão poderá essa atividade ser delegada a terceiros, sob o controle e a fiscalização do Poder Público.

²³⁹**Legislação:**

Ver art. 198 CF; art. 1º, da Lei n. 8142/90.

- [Portaria MS n. 832, de 28.6.99](#) - Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica em saúde em relação aos resultados alcançados e à oferta de serviços financiados pelo piso de atenção básica - PAB.
- [Portaria MS n. 1.137, de 6.10.2000](#) - Determina à Secretaria de Assistência à Saúde que disponibilize, via internet, informações e formulários de apuração de todas as denúncias de usuários do SUS.
- [Portaria SAS/MS n. 399, de 27.9.2001](#) - Estabelece prazo anual para aplicação dos formulários de avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

²⁴⁰**Legislação:**

Ver nota 27.

- [Lei n. 9.452, de 20.3.97](#) - Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos municípios e dá outras providências.
- [Decreto n. 1.651, de 28.9.95](#) - Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. (repblicado em 2.10.95, no DOU por ter saído com incorreção).
- [Portaria MS n. 1.069, de 19.8.99](#) - Dispõe sobre a reorganização da atividade de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde.
- [Portaria Conjunta MS-Procuradoria Geral da República n. 1112, de 29.9.2000](#) - Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Acompanhamento da Responsabilização - GAR decorrente das ações levadas a efeito pelo controle externo e interno da Administração.

Parágrafo único. 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.

Art. 17. À direção estadual²⁴¹ do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

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 epidemiológica²⁴²;

- [Portaria MS n. 1.137, de 6.10.2000](#) - Determina que a Secretaria de Assistência à Saúde disponibilize pela Internet informações e formulários referentes à apuração de denúncias de usuários do SUS.

- [Portaria MS n. 2.266, de 12.12.2001](#) - Dispõe sobre a instituição do Conselho de Auditores do Sistema Nacional de Auditoria.

- [Portaria SAS/MS n. 423, de 9.7.2002](#) - Dispõe sobre Controle, Regulação e Avaliação.

- [Portaria SAS/MS n. 729, de 14.10.2002](#) - Dispõe sobre Controle, Regulação e Avaliação.

²⁴¹**Legislação:**

Estadual:

PR

- [Lei n. 13.331, de 23.11.2001](#) - Dispõe sobre o Código de Saúde do Estado do Paraná.

- [Decreto n. 5.711, de 23.5.2002](#) - Regulamenta a Lei n. 13.331/2001.

SP

- [Lei Complementar n. 791, de 9.3.95](#) - Institui o Código de Saúde do Estado de São Paulo.

MG

- [Lei n. 11.802, de 18.1.95](#) - Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária e dá outras providências.

MT

- [Lei n. 7.110, de 10.2.99](#) - Dispõe sobre a promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva no Estado do Mato Grosso e dá outras providências.

²⁴²**Legislação:**

Estadual

SP

- [Decreto n. 47.171, de 1.10.2002](#) - Institui o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica sobre Acidentes e Violência no Estado de São Paulo e dá outras providências.

- b) de vigilância sanitária²⁴³;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador²⁴⁴;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente²⁴⁵ que tenham repercussão na saúde humana;

²⁴³ **Legislação:**

Estadual:

ES

- [Lei n. 6.066, de dezembro de 1999](#) - Dispõe sobre o Código de Saúde do Espírito Santos

GO

- [Lei n. 13.881, de 19.7.2001](#) - Dispõe sobre a inspeção sanitária e industrial nos estabelecimentos que processam produtos de origem vegetal no Estado de Goiás e dá outras providências.

MG

- [Lei n. 13.317, de 23.9.99](#) - Dispõe sobre o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais.

RJ

- [Lei n. 3.194, de 15.3.99](#) - Estabelece a obrigatoriedade do uso de água filtrada em todo os recintos de hotéis, motéis, shopping center, supermercado, clube esportivo do Estado do Rio de Janeiro.

RS

- [Decreto n. 23.430, de 24.10.74](#) - Dispõe sobre o Regulamento Sanitário do Estado do Rio Grande do Sul.

- [Decreto n. 39.544, de 26.5.99](#) - Altera o Regulamento aprovado pelo Decreto n. 23.430/74.

SP

- [Lei n. 10.083, de 23.9.98](#) - Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de São Paulo (alterada pela Lei n. 10.145, de 23.12.98)

- [Decreto n. 12.342, de 27.9.1978](#) – Aprova o Regulamento do Decreto-Lei n. 211 de 30.3.70 que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde

- [Lei n. 10.145, de 23.12.98](#) – Altera a Lei n. 10.083 de 23.9.98 que dispõe sobre o Código Sanitário do Estado

Jurisprudência

- Saúde. Defesa e Proteção. Competência para legislar. O Estado do Rio de Janeiro ao editar o Decreto-lei nº 134/75 e seu regulamento, Decreto nº 1.632/75, usou sua competência concorrente para legislar sobre a prevenção e controle da poluição. Recurso conhecido e improvido. ([STJ - RE 9.570-0.RJ /1993 \(91.0005960-9\) – Rel. Min. Garcia Vieira](#)).

²⁴⁴ **Legislação:**

Estadual

SP

- [Lei n. 10.813, de 24.5.2001](#) – Proíbe a importação, extração, beneficiamento, comercialização, fabricação e instalação no Estado de São Paulo, de produtos ou materiais contendo qualquer tipo de amianto.

- [Lei n. 9.505, de 11.3.97](#) – Disciplina as ações e os serviços de saúde do trabalhador no SUS, no âmbito do Estado de São Paulo.

²⁴⁵ **Legislação:**

Ver art. 6º, IX, da LOS.

Estadual

PR

VI - participar da formulação da política e da execução de 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 hemocentros²⁴⁶, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação²⁴⁷ das ações e serviços de saúde;

- [Lei n. 7.827, de 29.12.83](#) - Dispõe sobre a distribuição e comercialização no território do Estado do Paraná, de produtos agrotóxicos e outros biocidas, ficam condicionados ao prévio cadastramento perante a Secretaria de Agricultura e Secretaria do Interior e adota outras providências.

- [Lei 12.493, de 22.1.99](#) - Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

RJ

- [Lei n. 3.579, de 7.6.2001](#) - Dispõe sobre a substituição progressiva da produção e da comercialização de produtos que contenham asbesto e dá outras providências.

MT

- [Lei n. 5.850, de 22.10.91](#) - Dispõe sobre o uso, a produção, o comércio, o armazenamento, o transporte e a fiscalização de agrotóxicos, componentes e afins no Estado do Mato Grosso.

- [Lei n. 6.777, de 25.6.96](#) - Dá nova redação aos arts. 5º e 10 da Lei n. 5.850/91.

²⁴⁶**Legislação:**

Ver art. 16, XVI, da LOS.

Estadual:

SC

- [Lei n. 10.382, de 15.4.97](#) - Cria o Conselho Estadual de Controle, Fiscalização do Sangue e adota outras providências.

SP

- [Lei n. 10.936, de 19.10.2001](#) - Institui e regulamenta o Sistema de Sangue, Componentes e Derivados do Estado de São Paulo.

²⁴⁷**Legislação:**

Estadual

MT

- [Decreto n. 1.473, de 12.5.97](#) - Institui o Sistema Estadual de Auditoria do SUS e aprova o regulamento de sua atuação junto ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano²⁴⁸;

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.

Art. 18. À direção municipal²⁴⁹ do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

²⁴⁸**Legislação:**

Ver art. 6º, VIII.

²⁴⁹**Legislação:**

Municipal

Porto Alegre

- [Lei Complementar n. 395, de 24.4.97](#) - Institui o Código Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre e dá outras providências.

Jurisprudência

- Drogarias e Farmácias. Fixação de horário de funcionamento. Competência do Município. Plantões. Lei 5.991/73. 1. Compete ao Município legislar sobre assuntos de interesse local (CF art. 30, I), como é o caso do horário de funcionamento de farmácias e drogarias. 2. Não fere a Lei 5.991/73, lei municipal que determina a proibição às farmácias não escaladas de abertura de seus estabelecimentos no horário fixado para o plantão. 3. Recurso especial a que se nega provimento. (STJ – REESP 254543.SP/2000). (sem íntegra).

- Drogarias e farmácias. Plantão. Horário de funcionamento. Competência Municipal. Não se pode negar a competência do município para regular as atividades urbanas estritamente ligadas à vida da cidade e ao bem estar de seus habitantes, inclusive fixar horário de funcionamento e plantões de farmácias e drogarias. Recurso provido. (STJ – RESP 127889.SP/1998 – Rel. Min. Garcia Vieira).(sem íntegra)

- Competência. Município. Matéria de interesse local. Farmácias e drogarias. Horário de funcionamento. Compete ao município legislar sobre assuntos de interesse local. Não se pode negar a competência do município para regular atividades estritamente ligadas à vida e ao bem estar de seus habitantes. Recurso improvido. (STJ – RESP 167299.SP/1998 – Rel. Min. Garcia Vieira).(sem íntegra)

- Autonomia municipal. Disciplina legal de assunto de interesse local. Lei Municipal de Joinville que proíbe a instalação de nova farmácia a menos de 500 metros de estabelecimento de mesma natureza. Extremo a que não pode levar a competência municipal para o zoneamento da cidade, por redundar em reserva de mercado, ainda que relativa, e , conseqüentemente, em afronta aos princípios da livre concorrência, da defesa do consumidor e da liberdade das atividades econômicas, que informam o modelo de ordem econômica, consagrado pela carta da república (art. 170 e parágrafo, da CF). Recurso não conhecido. (STF – RE 203909.SC/1997 – Rel. Min. Ilmar Galvão). (sem íntegra)

- Mandado de Segurança. Autonomia Municipal. Art. 30, inc, I, da CF. Ato de efeitos concretos. Decreto 28.058/1989. Lei Municipal 8,749/1978. Limites do decreto. Ilegalidade. Farmácias e drogarias. Funcionamento em Shopping Centers. Serviço de utilidade pública. Limitação. Horário. O ato atacado, de efeitos concretos e imediatos - Dec. 28.058, de 05.09.1989 - segundo o seu preâmbulo, foi editado com a finalidade de regulamentar a lei municipal 8.794, de 02.10.1978, que dispõe sobre o funcionamento de farmácia e drogarias, a qual não estabeleceu diferenciação ou distinção entre os estabelecimentos. Tema referente à autonomia municipal (art. 30, I, da CF) enfrentado com preponderância e supremacia. Matéria constitucional. Direito local. Recurso Especial não conhecido.(STJ - RESP 142246.SP/1997 – Rel. Min. José Delgado). (sem íntegra)

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) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador²⁵⁰;

- Drogarias e farmácias. Fixação de horário de funcionamento. Competência do município. alegação de direito de funcionar durante 24 horas. Matéria constitucional. 1. Inviável o conhecimento do recurso especial quando as questões nele suscitadas têm natureza constitucional. 2. Ainda que se pudesse afastar essa circunstância, a jurisprudência do STJ tem reconhecido a "competência do Município para regular as atividades urbanas estritamente ligadas à vida da cidade e ao bem estar de seus habitantes, inclusive fixar horário de funcionamento e plantões de farmácias e drogarias." (REsp nº 127.889/SP, Relator o Ministro GARCIA VIEIRA, DJU de 09/11/1998). 3. Precedentes. (STJ – RESP 252440.RJ/2001 – Rel.Min. Paulo Galotti). (sem íntegra)

- M. G .M. Brito. Farmácia Nossa Senhora das Graças, firma individual, ofereceu Embargos a Execução Fiscal em que lhe move o Conselho Regional de Farmácia do Maranhão –CRF/Ma, autarquia federal, argüindo que a norma incerta no artigo 15 da Lei n. 5.991/73, por estabelecer as Farmácia, é inconstitucional, aduzindo que às drogarias só é permitida a dispensação e o comércio de medicamentos em suas embalagens originais, tornando essa exigência mera superfetação e maneira de expandir mercado de trabalho “manu militar” , em detrimento do livre comércio. Aduz ainda, escudado em julgados de tribunais, que não é atribuição privativa de farmacêutico o desenvolvimento de funções de dispensação e comércio de produtos farmacêutico . Pede a final seja extinto o processo por se fundarem título ilegal e condenado o embargado em custas processuais e honorários advocatícios, protestando por todo gênero de provas em direito permitida, inclusive o depoimento pessoal do Presidente do Conselho Regional de Farmácia. Recebidos os embargos e suspenso o processo principal, o embargado impugnou-os sob o argumento de que é uma imposição legal à assistência de técnico responsável e que o ato de dispensação das drogarias é privativo de farmacêutico, nos termos do inciso I, do artigo 1º, do decreto 85.878, de 07 de abril de 1.981. Transcreve ainda arresto do T R F da 1ª Região, a respeito de exigência de profissional farmacêutico e drogarias que manipulam e/ou revendem medicamentos a respeito da inteligência do artigo 15, Lei 5.991/95, combinado com o artigo 24, Lei n.820/60, pedindo a improcedência dos embargos opostos e a condenação da Embargante nas custas processuais e honorários advocatícios. Decido. Acolho os embargos, desconstituo o título executivo e julgo extinto a execução fiscal, declarando insubsistentes a penhora. ([Juízo de Direito da 1ª Vara da Comarca de Balsas/ MA – Embargos a Execução – Rel. Juiz Sebastião Joaquim Lima Bonfim](#)).

²⁵⁰ **Legislação:**

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.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA²⁵¹

Art 19 - A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas²⁵², em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Municipal:

Município de São Paulo - [Decreto n. 41.788, de 13.3.2002](#) - Regulamenta a Lei n. 13.113, de 16.3.2001 que dispõe sobre a proibição do uso de materiais, elementos construtivos e equipamentos da construção civil constituídos de amianto.

²⁵¹Capítulo introduzido pela [Lei n. 9.836, de 23.9.99](#).

²⁵²***Legislação:***

Correlata: [Lei n. 6.001, de 19.12.73](#) - Dispõe sobre o Estatuto do Índio.

Art 19 - B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena componente do Sistema Único de Saúde – SUS²⁵³, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art 19 -C. Caberá à União²⁵⁴, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art 19 - D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art 19 - E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art 19 - F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidade da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art 19 - G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas²⁵⁵.

- [Decreto n. 1.141, de 19.5.94](#) - Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio as atividades produtivas para as comunidades indígenas.

- [Decreto n. 3.799, de 19.4.2001](#) - Altera dispositivos do Decreto n. 1.141, de 19.5.94 que dispõe sobre as ações de proteção ambiental e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas.

²⁵³ **Legislação:**

- [Portaria MS n. 254, de 31.1.2002](#) - Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

²⁵⁴ **Legislação:**

- [Decreto n. 3.156, de 27.8.99](#) - Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos ns. 564, de 8.6.92 e 1.141, de 19.5.94.

- [Portaria MS n. 1.163, de 14.9.99](#) - Dispõe sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, e dá outras providências.

- [Portaria MS n. 543, de 12.4.2001](#) - Estabelece normas e procedimentos operacionais para concessão e aplicação de suprimento de fundo especial para atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena.

²⁵⁵ **Legislação:**

- [Portaria FUNASA n. 852, de 30.9.99](#) - Cria Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art 19 - H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR²⁵⁶

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar²⁵⁷

§ 1º. Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º. O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

²⁵⁶Capítulo introduzido pela [Lei n. 10.424, de 15.4.2002](#).

²⁵⁷**Legislação:**

- [Portaria MS n. 1.892, de 18.12.97](#) - Incorpora a modalidade de internação hospitalar no SUS.
- [Portaria MS n. 106, de 11.2.2000](#) - Dispõe sobre a criação dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
- [Portaria MS n. 44, de 10.1.2001](#) - Dispõe sobre a assistência hospital-dia.
- [Portaria MS n.175, de 7.2.2001](#) - Altera o art. 7º da Portaria MS n. 106, de 11.2.2000 que dispõe sobre serviços residenciais terapêuticos em saúde mental.

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I
DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada²⁵⁸.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, com finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

²⁵⁸**Legislação:**

Ver art. 170; art. 197 e 199 da CF. Art. 1º da LOS e nota 2.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada²⁵⁹.

²⁵⁹ *Jurisprudência*

- Mandado de Segurança. Rescisão contratual entre instituição hospitalar e o Sistema Único de Saúde - SIH/SUS. Descredenciamento de profissional médico. Existência de recurso administrativo com efeito suspensivo. Não conhecimento do Mandado de Segurança nos termos do art. 5º da Lei nº 1.533/51. Nulidade de notificação inexistência. Não demonstrado o direito líquido e certo à manutenção do credenciamento. Improcedência. Não conhecimento do mandamus em relação ao primeiro impetrante e denegada a ordem em relação ao segundo. (TJPR – MS 118.395-1 /2002 – Rel . Des. Sidney Mora).(sem íntegra)

- Recurso ordinário em “Habeas Corpus”. Processo Penal. Cobrança indevida de honorários médicos. Beneficiário do SUS. Competência da Justiça Estadual.I - A possível prática do crime de concussão (art. 316, do CP), praticado por médico do SUS, contra pacientes internados pelo SUS (cobrança indevida de taxas extras pela pretensão de serviços médico-hospitalares) não se enquadra nas hipóteses de competência da Justiça Federal, previstas no art. 109, IV, da CF, porquanto ausente qualquer prejuízo a bens, serviços ou interesses da União, suas autarquias e empresas públicas, não se deslocando para a Justiça Federal a competência para apreciar o inquérito.II - Recurso parcialmente provido, anulando-se o processo a partir da denúncia, inclusive. (STJ - RO em HC 8.146 – RS/ (98.0092345-4) – Rel. Min. José Arnaldo da Fonseca). (sem íntegra)

- Recurso Ordinário em “Habeas Corpus”. Trancamento de Ação. Concussão. Médico cadastrado no SUS. Justa causa para o prosseguimento do feito. Competência da Justiça Federal. Ampliação do conceito de Funcionário Público. Função delegada. Lesão ao interesse da União. Recurso desprovido.I - É incabível o trancamento de ação penal, via “habeas corpus”, quando o procedimento é baseado em elementos informativos que demonstram a prática, em tese, de crime, e indicam a autoria, configurando-se a indispensável justa causa para o seu prosseguimento.II - Compete à Justiça Federal o processo e julgamento de médicos cadastrados ao SUS que, no atendimento a segurados da Autarquia, exercem função pública delegada, “ex vi” do amplo enquadramento permitido pelo art. 327 do CP.III - Inserem-se no conceito de funcionário público todos aqueles que, embora transitoriamente e sem remuneração, venham a exercer cargo, emprego ou função pública, ou seja, todos aqueles que, de qualquer forma, exerçam-na, tendo em vista a ampliação do conceito de funcionário público para fins penais.IV - Inobstante a descrição típica do art. 316 do CP não exigir o recebimento de vantagem indevida para a caracterização do delito de concussão que é de natureza formal, vislumbra-se a lesão ao interesse da União, no que respeita à fiel prestação de seus serviços, face ao preceito constitucional da gratuidade dos serviços de saúde pública, ressaltando-se, por outro lado, que o noscômio particular efetivamente recebe verbas federais pelo convênio firmado.V - Alegações relativas às versões dos fatos não podem ser examinadas na via estreita do “writ”, por envolverem exame do conjunto fático-probatório.VI - Recurso desprovido. ([STJ – R em HC 8.271.RS/1999 \(99.0004610-2\) – Rel. Min. Gilson Dipp](#))

- Penal. Processual Penal. Crime de concussão. Administrador e médico de hospital privado credenciado pelo SUS. Funcionário Público. Ausência de justa causa. Trancamento da Ação Penal. “Habeas Corpus”. I - Na seara do Direito Penal, a extensão do conceito de funcionário público encontra-se vinculado à noção de função pública, que pressupõe o desempenho, em caráter profissional e ainda que por pessoas estranhas à Administração, de quaisquer atividades próprias do Estado direcionadas à satisfação de necessidades ou conveniências de interesse público.II - A Constituição Federal, em seu art. 194, define a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, sendo certo que no tocante aos serviços de assistência à saúde, são eles prestados por meio do Sistema Único de Saúde, organizado em rede regionalizada de hospitais públicos e hospitais particulares conveniados.III - Os administradores e médicos de estabelecimentos hospitalares privados credenciados pelo SUS que prestam atendimento aos beneficiários da seguridade social não se enquadram no conceito de funcionário público definido no art. 327, do CP, para efeitos de crime de concussão, por desempenharem atividade privada, a eles entregues pelo próprio ordenamento constitucional.IV - Inexistindo justa causa para a ação penal, por ausência de elemento normativo subjetivo do tipo, impõe-se a concessão do “habeas corpus” para fazer cessar o constrangimento ilegal.V - Recurso ordinário provido. “Habeas corpus” concedido. ([STJ – R de HC 8.267.RS/1999 \(99.0004606-4\) – Rel. Min. Vicente Leal](#)).

- Direito Penal. “Habeas Corpus”. Concussão. - A concussão é crime formal que se consuma com a efetiva exigência, independentemente do recebimento de vantagem. Preliminar rejeitada. “Habeas Corpus” denegado. ([TRF 4ª Região – HC 97.04.70781-9.RS/1998 - Rel. Juíza Maria De Fátima Freitas Labarrère](#)).

- Apelação Crime. Concussão. Decisão que condenou um dos réus e absolveu o outro apelo do réu condenado perseguindo a absolvição ao argumento de que o fato descrito na peça acusatória não constitui crime, por atípico. Alternativamente, sustenta que embora conveniado ao Sistema Único de Saúde não ostentava na época a qualidade de funcionário público fato anterior ao advento da Lei n.º 9.983/00. Apelo do Ministério Público buscando a condenação do co-réu absolvido. Alegação de que o mesmo na qualidade de funcionário público atuou com dolo exigindo indiretamente a vantagem recebida e confessada. Atipicidade do delito reconhecida. Ausência de elemento normativo subjetivo do tipo. Absolvição. Recurso do réu conhecido e provido. Recurso do Ministério Público conhecido e desprovido. Na ausência do elemento normativo subjetivo do tipo condição de funcionário público não se aperfeiçoa o crime de concussão que por ser delito próprio, exige que o sujeito ativo seja funcionário público, mesmo que ainda não tenha assumido o cargo, mas desde que aja em virtude dele, sem embargo de que se admita a participação de pessoa não qualificada funcionalmente. ([TJPR – APCr 116.671-8/2002 – Rel. Juiz Conv. Milani De Moura](#)).

- Recurso em Sentido Estrito. Concussão. Denúncia oferecida contra médicos proprietários e gerentes de hospital particular conveniado com o SUS. Exigência de pagamento de serviços médicos-hospitalares. Rejeição, por considerar-se que essas pessoas não exercem função pública. Recurso provido para o recebimento da denúncia. Os médicos proprietários e gerentes de hospitais particulares conveniados com o Sistema Único de Saúde exercem função pública delegada para os efeitos penais, face o contido no art. 327 do Código Penal. Se em razão dessa atividade exigem pagamento de serviços médicos-hospitalares de pacientes, cometem, em tese, o crime de concussão. ([TJPR – RSE 79.388-6/1999 – Rel. Nunes Do Nascimento](#)).

- Direito Processual Penal. Cobrança indevida de honorários médicos. Concussão. Beneficiários do Sistema Único de Saúde. Competência. I - Segundo firme entendimento fixado pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Superior Tribunal de Justiça, o qual ora se recepciona, a competência para processar e julgar o possível cometimento de crime de concussão praticado por médicos e dirigentes dos hospitais privados contra pacientes conveniados pelo Sistema Único de Saúde é da Justiça Estadual, ante à ausência de prejuízos a bens, serviços ou interesses da União, suas autarquias e empresas públicas. II - Ordem de “habeas corpus” que se concede para decretar a nulidade do processo, desde o início, inclusive a denúncia. III - Em homenagem ao princípio da equidade, nos termos do art. 580 do Código de Processo Penal, estende-se, de forma excepcional, os efeitos deste julgamento aos co-réus não impetrantes, uma vez que os motivos da decretação da nulidade são de ordem objetiva e geral, aplicáveis para todos. IV - Ordem que se concede. ([TRF 4ª Região - HC 1999.04.01.006778-0. RS/1999 – Rel. Juiz Vilson Darós](#)).

- Recurso em Sentido Estrito. Concussão. Exigência de vantagem indevida por clínica médica para atendimento de segurado do Sistema Único de Saúde-SUS. Competência da Justiça Comum. Rejeição da denúncia sob alegação de não ser a agente funcionária pública. Inviabilidade. Inteligência do artigo 327 do Código Penal. Provimento 1. A possível prática do crime de concussão (art. 316, do CP), praticado por médico do SUS, contra pacientes internados pelo SUS (cobrança indevida de taxas extras pela prestação de serviços médico-hospitalares) não se enquadra nas hipóteses de competência da Justiça Federal, previstas no artigo 109, inciso IV, da Constituição Federal, porquanto ausente qualquer prejuízo a bens, serviços ou interesses da União, suas autarquias e empresas públicas, não se deslocando para a Justiça Federal a competência para apreciar a matéria. 2. Os servidores de clínica médica credenciada equiparam-se ao funcionário público para os fins penais, ante o conceito amplo inserto no artigo 327 do Código Penal. ([TJPR - RSE 83.818-8/2000 - Rel. Des. Nunes do Nascimento](#)).

- “Habeas Corpus”. Trancamento de Ação Penal. Concussão. Médico cadastrado no SUS. Justa causa para o prosseguimento do feito. Competência da Justiça Federal. Ampliação do conceito de funcionário público. Função delegada. Lesão ao interesse da União. I. Compete a Justiça Federal o processo e julgamento, pelo delito de concussão (art. 316), de médicos cadastrados no SUS que, no atendimento a segurados da Autarquia, exercem função pública delegada (por equiparação - art. 327 do CP) II. Inserem-se, no conceito de funcionário público, todos aqueles que, embora transitoriamente e sem remuneração, venham a exercer cargo, emprego ou função pública, ou seja, todos aqueles que, de qualquer forma, exerçam-na, tendo em vista a ampliação do conceito de funcionário público para fins penais. III. Inobstante a descrição típica do art. 316 do CP não exigir o recebimento de vantagem indevida para a caracterização do delito de concussão – que é de natureza formal, vislumbra-se a lesão ao interesse da União, no que respeita à fiel prestação de seus serviços, face ao preceito constitucional da gratuidade dos serviços de saúde pública, ressaltando-se, por outro lado, que o noscômio particular efetivamente recebe verbas federais pelos convênios firmados. ([TRF 4ª Região – HC 2000. 04.01.019017.RS/2000 – Rel. Juiz Germano B. da Silva](#)). (sem íntegra)

- Penal. Processual Penal. Crime de concussão. Administrador e médico credenciado pelo SUS. Funcionário público. Ausência de justa causa. Trancamento da Ação Penal.” “Habeas Corpus”. Na seara do Direito Penal, a extensão do conceito de funcionário público encontra-se vinculado à noção de função pública, que pressupõe o desempenho, em caráter profissional e ainda que por pessoas estranhas à Administração, de quaisquer atividades próprias do Estado direcionado à satisfação de necessidades e conveniências de interesse público. A CF, em seu artigo 194, define

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados²⁶⁰ será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público²⁶¹.

seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, sendo certo que, no tocante aos serviços de assistência à saúde, são eles prestados por meio do SUS, organizado em rede regionalizada de hospitais públicos e hospitais particulares conveniados. Os administradores e médicos de estabelecimentos hospitalares privados credenciados pelo SUS que prestam atendimento aos beneficiários da seguridade social não se enquadram no conceito de funcionário público definido no art. 327 do CP, para efeitos de crime de concussão, por desempenharem atividade privada, a eles entregues pelo próprio ordenamento constitucional. Inexistindo justa causa para ação penal, por ausência de elemento normativo subjetivo do tipo, impõe-se a concessão do Habeas Corpus para fazer cessar o constrangimento ilegal. Recurso Ordinário provido. Habeas Corpus concedido. (STF – RHC 8267.RS/1999 – Rel. Min. José Delgado).(sem integra)

- Recurso em Sentido Estrito. Concussão. Denúncia oferecida contra médicos proprietários e gerentes de hospital particular conveniado com o SUS. Exigência de pagamento de serviços médico-hospitalares. Rejeição, por considerar-se que estas pessoas não exercem função pública. Recurso provido para o recebimento da denúncia. Os médicos proprietários e gerentes de hospitais particulares conveniados com o SUS exercem função pública delegada para os efeitos penais, face o contido no art. 327 do CP. Se em razão desta atividade exigem o pagamento de serviços médico-hospitalares de pacientes, cometem, em tese, o crime de concussão. ([TJPR – RSE 79388600/1999 – Rel. Des. Carlos Hoffman](#)).

Constitucional e Administrativo, Sistema Único de Saúde, fornecimento de medicação aos portadores de HIV.1.A Lei 9.313/1996 dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Esta lei garante a gratuidade da medicação necessária e os medicamentos deverão ser padronizados, sendo que a União orientará a aquisição dos medicamentos pelos gestores do SUS. 2. No caso dos autos a União não conseguiu demonstrar que o apelado tenha sido atendido e recebido a medicação a que tem direito nos termos da referida Lei, apesar de que, com o longo período de tramitação do feito, houve o tempo mais do que suficiente para que houvesse tal prova nos autos; assim, cai por terra o fundamento de que 152 portadores da AIDS precediam o autor no recebimento da medicação e a concessão da ordem iria tumultuar o atendimento com prejuízos a terceiros. 3.O Estado deve organizar-se para atender aos necessitados de forma mais eficiente e expedita. O acesso universal e igualitário do cidadão significa, pelo menos, um esforço para que se propicie atendimentos com as terapias reconhecidas eficientes pela lei que tratou da matéria – Lei nº 9.313/1996. 4. Apelação e remessa oficial improvidas. ([TRF 4ª Região – APC 233070/2000 – Rel. Marga Inge Barth Tessler](#)).

- Recurso em Sentido Estrito. Concussão. Exigência de vantagem indevida por clínica médica para atendimento de segurado do Sistema Único de Saúde-SUS. Competência da Justiça Comum. Rejeição da denúncia sob alegação de não ser a agente funcionária pública. Inviabilidade. Inteligência do artigo 327 do Código Penal. Provimento 1. A possível prática do crime de concussão (art. 316, do CP), praticado por médico do SUS, contra pacientes internados pelo SUS (cobrança indevida de taxas extras pela prestação de serviços médico-hospitalares) não se enquadra nas hipóteses de competência da Justiça Federal, previstas no artigo 109, inciso IV, da Constituição Federal, porquanto ausente qualquer prejuízo a bens, serviços ou interesses da União, suas autarquias e empresas públicas, não se deslocando para a Justiça Federal a competência para apreciar a matéria. 2. Os servidores de clínica médica credenciada equiparam-se ao funcionário público para os fins penais, ante o conceito amplo inserto no artigo 327 do Código Penal. ([TJPR - RSE 83.818-8/2000 - Rel. Des. Nunes do Nascimento](#)).

- Recurso em Sentido Estrito. Concussão. Denúncia oferecida contra médicos proprietários e gerentes de hospital particular conveniado com o SUS. Exigência de pagamento de serviços médicos-hospitalares. Rejeição, por considerar-se que essas pessoas não exercem função pública. Recurso provido para o recebimento da denúncia. Os médicos proprietários e gerentes de hospitais particulares conveniados com o Sistema Único de Saúde exercem função pública delegada para os efeitos penais, face o contido no art. 327 do Código Penal. Se em razão dessa atividade exigem pagamento de serviços médicos-hospitalares de pacientes, cometem, em tese, o crime de concussão. ([TJPR – RSE 79.388-6/1999 – Rel. Des. Carlos Hoffman](#))

²⁶⁰ **Legislação:**

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas²⁶² e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

-
- [Lei n. 9.790, de 23.3.99](#) - Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como organizações da sociedade civil de interesse público, institui e disciplina o termo de parceria e dá outras providências.
 - [Lei n. 10.539, de 23.9.2002](#) - Dispõe sobre a estruturação de órgãos e cria cargos em comissão no âmbito do Poder Executivo Federal e altera a Lei n. 9.790/99.
 - [MP n. 2.216, de 31.8.2001](#) - Altera dispositivos da Lei no 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. (Altera o art. 18 da Lei n. 9.790, de 23.3.99).
 - [MP n. 37, de 8.5.2002](#) - Dispõe sobre a estruturação de órgãos públicos federais, a sociedade civil de interesse público e dá outras providências.
 - [Decreto n. 3.100, de 30.6.99](#) - Regulamenta a Lei n. 9.790, de 23.3.99.
 - [Portaria MS n. 707, de 8.6.99](#) - Permite que o prestador privado de serviços de saúde transfira seu crédito com o Ministério da Saúde referente à órtese, prótese e materiais especiais aos seus fornecedores.

Comentários:

1.O procedimento previsto na Portaria MS n. 707/99 é incompatível com o princípio da licitação pública, por permitir que o prestador privado, que está livre do processo licitatório, escolha a empresa que pretende contratar e transfira o ônus dessa compra (crédito) ao Poder Público que passa a responsabilizar-se pelo pagamento de uma compra que não fez e que, se o fizesse deveria observar o princípio da licitação.

2.As sociedades civis de interesse público - OSCIP devem desenvolver atividades de interesse social, dentre elas, a promoção gratuita da saúde. Se uma OSCIP que atua na área da saúde vier a participar do SUS de forma complementar, deverá, obrigatoriamente, para manter a sua qualificação, desenvolver atividades *gratuitas* na área da saúde, não sendo admissível caracterizar o atendimento ao SUS (remunerado pelo Poder Público) como "*promoção gratuita da saúde*". Ela só poderá ser qualificada como uma OSCIP se, de fato, prestar serviços *gratuitos* de saúde. O SUS remunera os serviços das entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que integram o SUS de forma complementar. O ato de qualificação da OSCIP é anterior à celebração do termo de parceria.

²⁶¹**Legislação:**

- **Correlata:** [Lei n. 8.666, de 21.6.93](#) - Regulamenta o art. 37, XXI, da CF, institui normas para licitação e contratos com a Administração Pública e dá outras providências.
- [Portaria MS n. 1.286, de 26.10.93](#) - Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde.

Jurisprudência

- Processo Civil. Administrativo. Ação Civil Pública. Contrato para prestação de serviços de assistência à saúde. Sistema Único de Saúde - SUS. Anulação. Ministério Público Federal. Legitimidade. I - O Ministério Público Federal, a teor do art. 129, III, da Constituição Federal, é o titular da ação civil pública que visa a proteção ao patrimônio público. A contratação de rede hospitalar privada, no âmbito do SUS, sem processo licitatório pode acarretar lesão ao patrimônio público, circunstância que estaria a autorizar a atenção e a tutela do direito ameaçado pelo Ministério Público Federal. II - Agravo improvido. ([TRF 1ª Região - AGIN 96.01.17231-9.MA/1996 - Rel. Juiz César Carvalho](#))

- Administrativo e Processual Civil. Legitimidade ativa do Ministério Público Federal. Possibilidade jurídica do pedido. Interesse de agir. Necessidade de prévia licitação para celebração de contrato administrativo entre a unidade da federação e empresa privada para a prestação de serviços de assistência à saúde (art. 37 XXI da CF/88 e art 3º da Lei 8.666/93). 1. Legitimidade ativa. Compete ao Ministério Público (CF, art 129. III) a proteção do patrimônio público, mediante Ação Civil Pública . “A contratação de rede hospitalar privada, no âmbito do SUS, sem processo licitatório, pode lesar o patrimônio público, dando lugar a que o Ministério Público possa pleitear a anulação do contrato, independentemente de a União Federal ingressar com ação com o mesmo objetivo”. Ag. 96.01.17240-8/MA, Relator Juiz Tourinho Neto, DJ de 23.09.96) 2. Possibilidade jurídica do pedido. O pedido de anulação de

contrato é juridicamente possível em razão de exigência legal de contratação de serviços pela administração mediante licitação segundo dispõe a Lei 8.666/97 e o art. 37, XII, da CF/88. 3. Interesse de agir. Sendo o contrato de prestação de serviço médico, em tese, nulo e havendo repasse de verba da União para pagamento do contrato, há interesse de agir na solução do conflito de interesses entre o Ministério Público, que quer anular o contrato, e o Estado do Maranhão e o estabelecimento hospitalar, que desejam manter o contrato. 4. Mérito o art. 37, inciso XXI da CF/88 consagra o princípio da licitação para garantida moralidade administrativa e do tratamento isonômico de todos que contratam com a Administração. 5. A Lei 8.666/93, regulamentando o art. 37, XXI, da CF/88 para preservar a autoridade dos princípios da legalidade e da moralidade, estabelece no art. 2º a exigência de que as obras e serviços da Administração quando contratadas com terceiros serão necessariamente precedidas de licitação. 6. O art. 24 da Lei 8.080/90 impõe regime de direito público (obrigatoriedade de licitação) aos contratos celebrados pelas entidades privadas que, em caráter complementar, participam do SUS. 7. O contrato celebrado entre os réus não foi precedido do necessário procedimento licitatório. O fato compromete os princípios da moralidade, impessoalidade e da legalidade, e enseja a ocorrência de lesão ao patrimônio público federal, pois a União (Ministério da Saúde) é compelida a fazer pagamentos por atendimentos da rede privada de saúde, contratada sem critérios, transparência e sem aferição de eficiência. 8. Remessa improvida. (TRF 1ª Região – APC 199.01.00.019327-4.MA/2000 – Rel. Juíza Selene Almeida). (sem íntegra)

²⁶² **Legislação:**

Ver arts. 195, § 7º e 199, § 1º, da CF.

- [Lei n. 91, de 28.8.35](#) - Dispõe sobre a declaração de utilidade pública.
- [Lei n. 6.639, de 8.5.79](#) - Introduz a alteração na Lei n. 91, de 28.8.35 que determina regras pelas quais são as sociedades declaradas de utilidade pública.
- [Lei n. 8.212, de 24.7.91](#) - Dispõe sobre a organização da seguridade social e seu plano de custeio e dá outras providências (republicada e consolidada em 14.8.98).
- [Lei n. 8.213, de 24.7.91](#) - Dispõe sobre os planos de benefício da previdência social e dá outras providências. (esta lei foi publicada e consolidada em 14.8.98).
- [Lei n. 8.742, de 7.12.93](#) - Lei Orgânica da Assistência Social (ver. Art. 18, IV).
- [Lei n. 9.732, de 11.12.98](#) - Altera dispositivos da Lei n. 8.213/91, da Lei n. 9.317/93 e dá outras providências.
- [Decreto n. 50.517, de 2.5.61](#) - Regulamenta a Lei n. 91, de 28.8.35 que dispõe sobre a declaração de utilidade pública.
- [Decreto n. 60.931, de 4.7.67](#) - Modifica o Decreto n. 50.517, de 2.5.61 que regulamenta a Lei n. 91, de 28.8.35.
- [Decreto n. 2.536, de 6.4.98](#) - Dispõe sobre a concessão ou renovação do certificado de entidade de fins filantrópicos.
- [Decreto n. 3.504, de 13.6.2000](#) - Altera o Decreto n. 2.536, de 6.4.98 que dispõe sobre a concessão ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos.
- [Decreto n. 4.327, de 8.8.2002](#) - Dispõe sobre a concessão do certificado de entidade beneficente de assistência social – CEAS para instituições de saúde e altera o Decreto n. 2.536, de 6.4.98.
- [Decreto n. 4.381, de 17.9.2002](#) - Acresce parágrafos ao art. 3º do Decreto n. 2.536, de 6.4.98 que dispõe sobre a concessão do certificado de entidade de fins filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n. 8.742, de 7.12.93.
- [Portaria MS n. 1.695, de 23.9.94](#) - Estabelece normas gerais sobre a participação preferencial de entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde e define o regime de parceria entre o Poder Público e essas entidades e revoga a Portaria MS n. 944, de 12.5.94.
- [Portaria MS n. 662, de 21.5.99](#) - Institui Comissão Técnica para orientar e executar o Projeto de Reestruturação e Modernização Gerencial dos Hospitais Filantrópicos Vinculados ao SUS.
- [Portaria MS n. 604, de 24.4.2001](#) - Cria o incentivo de integração ao SUS – INTEGRASUS às entidades filantrópicas.
- [Portaria MS, 1.413, de 30.8.2001](#) - Institui o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o SUS.
- [Resolução CNAS n. 177, de 10.8.2000](#) - Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos.
- [Resolução CNAS n. 2, de 4.1.2001](#) - Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos e altera a Portaria n. 177/2000.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços²⁶³ e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos²⁶⁴ na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

²⁶³**Legislação:**

- [Portaria MS n. 1.606, de 11.9.2001](#) - Dispõe que estados e municípios não poderão utilizar recursos das transferências federais para remunerar serviços contratados de entidades privadas que participam do SUS, de forma complementar.

Comentários: A União tem competência concorrente para legislar sobre saúde, devendo limitar-se a dispor sobre normas gerais. Fixar preço para estados e municípios remunerarem seus serviços complementares de saúde (aqueles adquiridos do setor privado) seria uma ingerência à autonomia desses entes políticos. Não cabe ao Ministério da Saúde impor aos estados e municípios formas de pagamento de seus contratos, nem critérios para utilização de recursos do fundo de saúde estadual e municipal.

O planejamento no SUS é ascendente, nos termos do art. 36 da LOS, e os planos de saúde são a base das atividades e programações em cada nível de governo, não podendo o Ministério da Saúde impor programas aos Estados e Municípios e vinculá-los ao repasse de recursos. Muitas portarias ministeriais não respeitam os critérios definidos em lei para o rateio dos recursos entre os estados e municípios. (50% dos recursos devem obedecer o critério populacional; os outros 50% dos recursos, de acordo com a combinação dos sete critérios previstos no art. 35; enquanto não se regulamentar os sete critérios, 100% dos recursos devem ser repassados pelo critério populacional (art. 3º, da Lei n. 8.142/90).

A Portaria MS 1.606/2001 invoca em seus considerandos duas portarias já revogadas: Portarias ns. 95/2001 e 483/2001 revogadas pela Portaria que aprovou a NOAS 2002. (Ver nota 32)

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino²⁶⁵, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento²⁶⁶ de pessoal;

²⁶⁴**Legislação:**

Ver art. 15, IX da LOS.

Correlata: - [Lei n. 6.494, de 7.12.77](#) – Dispõe sobre estágio de estudantes do ensino superior e médio.

- [Lei n. 8.745, de 9.12.93](#) - Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos da CF.

- [Lei n. 9.436, de 5.2.97](#) - Dispõe sobre a jornada de trabalho de médico de saúde pública, médico do trabalho e médico veterinário, da administração pública federal indireta, das autarquias e das fundações públicas federais, e dá outras providências.

- [Lei n. 9.849, de 26.10.99](#) - Altera os arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 9º da Lei n. 8.745, de 9.12.93 que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.

- [Lei n. 10.507, de 10.7.2002](#) – Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

- [MP n. 10, de 13.11.2001](#) - Altera a Lei n. 8.745, de 9.12.93 que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.

Correlata: [Decreto n. 87.497, de 18.8.82](#) – Regulamenta a Lei n. 6.494, de 7.12.77, que dispõe sobre o estágio de estudante de ensino superior e de 2º grau regular e supletivo, nos limites que especifica e dá outras providências.

- [Decreto n. 1.480, de 3.5.95](#) - Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados em casos de paralisações dos serviços públicos federais, enquanto não regulado o disposto no art. 37, VII, da CF.

- [Decreto n. 3.189, de 4.10.99](#) - Fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde (ACS) e dá outras providências.

- [Decreto n. 3.745, de 5.2.2001](#) - Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

Correlata: - [Decreto n. 4.232, de 14.5.2002](#) - Dispõe sobre as audiências e reuniões públicas dos agentes públicos em exercício na administração direta e indireta federal com representantes de interesses de particulares.

- [Portaria SPS/MS n. 26, de 21.9.99](#) - Institui a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ROREHS.

- [Portaria MS n. 1.298, de 28.11.2000](#) - Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS - RET-SUS.

- [Portaria MS n. 227, de 16.2.2001](#) - Fixa critérios a respeito do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

- [Portaria Interministerial MS-MEC n. 610, de 26.3.2002](#) - Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.

- [Portaria MS n. 1.695, de 24.9.2002](#) - Aprova o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

- [Resolução CNS n. 287, de 8.10.98](#) – Estabelece categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho.

²⁶⁵**Legislação:**

- [Decreto n. 3.860, de 9.7.2001](#) - Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições e dá outras providências. (o art. 27 deste Decreto refere-se à competência do Conselho Nacional de Saúde para apreciar pedido de autorização de curso superior na área da saúde).

²⁶⁶**Legislação:**

Ver art. 2º, § 1º da LOS.

- [Lei n. 10.429, de 24.4.2002](#) - Institui o auxílio-aluno no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROF AE.

- [Decreto n. 4.123, de 13.2.2002](#) – Regulamenta o auxílio-aluno no âmbito do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROF AE.

- [Portaria MS n. 1.262, de 15.10.99](#) - Cria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROF AE.

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁶⁷.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

DOS RECURSOS

²⁶⁷**Legislação:**

- [Emenda Constitucional n. 34, de 13.12.2001](#) - Dá nova redação à alínea c do inciso XVI, do art. 37 da Constituição Federal.

Art. 31. O orçamento da seguridade social²⁶⁸ destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes²⁶⁹ os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

²⁶⁸**Legislação:**

Ver art. 167, XI; art. 194 a 195 da CF.

Ver art. 165, § 1º e § 5º, III.

Correlata: [Lei n. 9.989, de 21.7.2000](#), dispõe sobre o Plano Plurianual referente aos anos 2000 a 2003.

Jurisprudência

- Financiamento das Ações e Serviços de Saúde. Instruções sobre a aplicação da Emenda Constitucional nº 29/2000. ([TCESP – TCA 27248/026/00](#))

²⁶⁹**Legislação:**

- [Lei n. 8.212, de 24.7.91](#) - Dispõe sobre o custeio da seguridade social (ver art. 27).

- [Lei n. 8.441, de 13.7.92](#) – Altera dispositivos da Lei n. 6.194, de 19.12.74 que trata do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT)

- [Decreto n. 2.867, de 8.12.98](#) - Dispõe sobre a repartição de recursos provenientes do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres - DPVAT.

- [Portaria Interministerial MS/MF/MJ n. 4.044, de 29.12.98](#) - Dispõe sobre a operacionalização dos repasses das parcelas do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT).

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento²⁷⁰ que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros²⁷¹ do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde²⁷².

²⁷⁰**Legislação:**

Correlata: [Lei n. 5.318, de 26.9.97](#) - Dispõe sobre a Política Nacional de Saneamento e Cria o Conselho Nacional de Saneamento.

²⁷¹**Legislação:**

Correlata: [Lei n. 101, de 4.5.2000](#) - Lei de Responsabilidade Fiscal.

²⁷²**Legislação:**

- [Lei n. 8.853, de 4.2.94](#) – Atribui competência ao Ministro de Estado da Saúde para praticar atos ad referendum da junta deliberativa do Fundo Nacional de Saúde.

- [Emenda Constitucional n. 20, de 15.2.98](#) - Acresce o § 10, no art. 195. (Este dispositivo está revogado parcialmente pela EC n. 29/2000 que dispôs sobre a mesma matéria de forma diferente - art. 198, § 3º, II).

- [Emenda Constitucional n. 21, de 18.3.99](#) - Prorroga o prazo da CPMF.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria²⁷³, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- [Emenda Constitucional n. 29, de 13.9.2000](#) - Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF e acrescenta artigos ao Ato das Disposições Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde.

- [Lei n. 8.853, de 4.2.94](#) – Atribui competência ao Ministro de Estado da Saúde para praticar atos *ad referendum* da Junta Deliberativa do Fundo Nacional de Saúde.

- [Lei n. 9.311, de 24.11.96](#) - Institui a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira - CPMF e dá outras providências (art. 18).

- [Decreto n. 1.232, de 30.8.94](#) - 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 Distrito Federal e dá outras providências.

- [Decreto n. 3.964, de 10.10.2001](#) - Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências.

²⁷³**Legislação;**

Ver art. 74, § 2º, da CF; art. 12 da 8.689, de 27.7.93.

Correlata: - [Lei n. 9.604, de 5.2.98](#) - Dispõe sobre a prestação de contas de aplicação de recursos a que se refere a Lei n. 8.742, de 7.12.93 (assistência social) e dá outras providências. (Tramita no STF a ADIn n. 1934-7 (requerente: Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil) que contesta a constitucionalidade desta Lei que dispõe sobre a prestação de contas aos tribunais de contas dos estados dos recursos da assistência social transferidos pela União aos estados e municípios. Entendemos que no caso da saúde, principalmente após a edição da EC n. 29/2000, os recursos da União, obrigatoriamente transferidos para estados e municípios custearem seus planos de saúde, devem integrar o seu orçamento (fundos de saúde) e serem controlados pelos tribunais de contas dos estados. Foi deferida liminar para suspender, até decisão final da ação, o art. 1º e seu parágrafo único).

- [Portaria MS n. 2.167, de 21.11.2001](#) - Define critérios para a suspensão da transferência de recursos financeiros do Programa Saúde da Família e Atenção à Saúde Bucal.

Comentários: os recursos transferidos pela União por força do disposto na EC n. 29/2000, na LOS e na Lei n. 8.142/90 não podem ser suspensos por descumprimento de regras impostas pela União, a despeito prejudicar a população daquela localidade. Os estados e municípios só podem ser punidos pela não aplicação dos recursos em seus planos de saúde, não podendo essa punição implicar em suspensão dos repasse dos recursos previstos na Emenda Constitucional nº 29/2000 para o atendimento da saúde da população dos estados e municípios. A sanção a ser aplicada ao agente público faltoso deve estar prevista em Lei.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos²⁷⁴:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo²⁷⁵.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

²⁷⁴**Legislação:**

Ver art. 3º, da Lei n. 8.142/90 que dispõe sobre o repasse de recursos da União para Estados e Municípios, estabelecendo regras de transferência enquanto o artigo 35 não for regulamentado.

²⁷⁵**Legislação:**

Ver art. 35, caput e art. 3º, da Lei n. 8.142/90.

- [Portaria MS n. 627, de 26.4.2001](#) – Dispõe sobre o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação e aprova procedimentos de alta complexidade SAI/SUS.

- [Portaria MS n. 2.309, de 19.12.2001](#) – Institui a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/SNRAC no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS.

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União²⁷⁶.

§ 1º Os planos de saúde²⁷⁷ serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

²⁷⁶**Legislação:**

Ver arts. 7º, XI e 3º, da Lei 8.142/90.

- [Lei n. 10.289, de 20.9.2001](#) - Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.

- [Portaria MS n. 347, de 25.3.93](#) - Dispõe sobre o processo de programação anual das atividades no qual se insere a execução do Projeto de Controle das DST e AIDS.

Comentários: O Plano Operativo anual de que trata a Portaria MS 347 hoje está vinculado à Coordenadoria Nacional de DST-AIDS, não havendo mais convênio para as transferências dos recursos.

- [Portaria MS n. 483, de 6 de abril de 2001](#) - Dispõe sobre o processo de Programação Pactuada e Integrada - PPI da assistência à saúde.

- [Portaria MS n. 548, de 12.4.2001](#) - Aprova o documento 'Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda da Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como instrumentos de Gestão do SUS.

Comentários:

1. As diretrizes para a elaboração do plano de saúde, nos termos do art. 37, da LOS, devem ser estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e não pelo Ministério da Saúde.

2. O Ministério da Saúde vem criando inúmeros programas no âmbito do SUS, utilizando-os como critério de rateio dos recursos destinados aos estados e municípios. Esses programas funcionam como uma "camisa de força" para os municípios e estados que ficam sem condições de estabelecer, de acordo com a sua necessidade local, o seu plano de saúde, de forma ascendente, conforme reza o art. 36 da LOS. Essa forma de rateio dos recursos fere a autonomia dos municípios e estados, transformando-os em meros 'gerentes' de programas e projetos criados pelo Ministério da Saúde, não restando-lhes nenhuma autonomia para programar as suas atividades. Essa prática tem se aprofundado, a ponto de obrigar estados e municípios a devolverem recursos que lhes são destinados obrigatoriamente. O princípio constitucional da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o planejamento ascendente, o repasse de recursos pelo critério previsto nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, recepcionadas pela Emenda Constitucional 29 estão sendo violados.

3. Ver o artigo 3º, da Lei 8.142/90. A maioria dos programas prevê repasse de recursos foram inseridos na nota deste artigo.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa²⁷⁸.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa²⁷⁹.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E

TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

- [Resolução CNS n. 316, de 4.4.2002](#) – Aprova diretrizes referentes ao cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2.000.

²⁷⁷**Legislação:**

Comentários: A EC 29/2000 exige que quinze por cento dos recursos transferidos pela União aos municípios devem ser aplicados em ações e serviços básicos de saúde, não podendo a União exigir percentuais maiores.

²⁷⁸**Legislação:**

- [Portaria MS n. 466, de 14.6.2000](#) - Estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado.

- [Portaria MS n. 2.080, de 13.11.2001](#) - Dispõe sobre o pacto de redução das taxas de cesarianas e revoga o § 1º da Portaria MS n. 466/2000.

- [Resolução CNS n. 284, de 6.8.98](#) – Estabelece estratégias para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

- [Resolução CNS n. 285, de 6.8.98](#) – Estabelece apoio ao desenvolvimento do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino.

Comentários: Em razão de dados epidemiológicos, o Ministério da Saúde promove ações com vistas à redução de determinadas ocorrências no SUS prejudiciais à saúde da população, como é o caso do alto número de partos cesarianos. Essas informações fornecidas pela epidemiologia devem orientar o planejamento da saúde e os planos de saúde. De acordo com o art. 37 da LOS, cabe ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função de suas características epidemiológicas e da organização dos serviços. Entretanto, as secretarias ministeriais vem adotando esses critérios e diretrizes sem ouvir o Conselho Nacional de Saúde. Os programas ministeriais nem sempre estão consubstanciados em diretrizes fixadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

²⁷⁹**Legislação:**

- [Lei n. 9.023, de 5.3.95](#) - Veda a destinação de recursos públicos às instituições que especifica.

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS²⁸⁰ para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º. O acesso aos serviços de informática e bases de dados²⁸¹, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais²⁸² e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema

²⁸⁰**Legislação:**

Ver art. 9º, I, da LOS.

- [Lei n. 8.689, de 27.7.93](#) – Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e dá outras providências.

²⁸¹**Legislação:**

Ver art. 15, IV, da LOS.

- [Portaria MS n. 118, de 29.1.93](#) – Dispõe sobre o acesso aos seus serviços e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde.

²⁸²**Legislação:**

Ver art. 9º, I, da LOS.

- [Lei 8.246, de 22.10.91](#) - transforma a Fundação das Pioneiras Sociais em Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais.

Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade²⁸³ 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.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino²⁸⁴ integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e

²⁸³ **Comentários:** Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei dispendo sobre a possibilidade de os hospitais universitários reservarem um percentual de seus leitos para o atendimento de pacientes que possuam planos de saúde ou tenham interesse em pagar algum preço pelos serviços. Entendemos que o mencionado PL fere o princípio da universalidade e igualdade de assistência, uma vez que esses pacientes terão preferência no atendimento. Além do mais, o PL, contrariamente, acaba reforçando a tese da gratuidade da assistência nos serviços públicos de saúde, quando, então, todos os hospitais universitários que habitualmente reservam vagas para o atendimento preferencial de pacientes que tenham plano de saúde ou se disponham a pagar pelos serviços prestados estão violando o art. 196 da Constituição e art. 7º da LOS. Além do mais, a Lei 9.656/98, em seu artigo 32, exige que as operadoras de planos e seguro saúde, promovam o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados aos seus contratados e dependentes.

Jurisprudência:

- Conflito de competência. Inquérito policial para apuração de eventual delito de concussão praticado por médico do SUS. Competência da Justiça Estadual. I - A possível prática do crime de concussão (art. 316, do CP), praticado por médico do SUS, contra pacientes internados pelo SUS (cobrança indevida de taxas extras pela prestação de serviços médico-hospitalares) não se enquadra nas hipóteses de competência da Justiça Federal, previstas no art. 109, IV, da CF, porquanto ausente qualquer prejuízo a bens, serviços ou interesses da União, suas autarquias e empresas públicas, não se deslocando para a Justiça Federal a competência para apreciar o inquérito. II - Conflito conhecido para declarar competente o Juízo Estadual, suscitado. ([STJ - CC 21.831.SP/1998 \(98.0015383-7\) – Rel. Min. José Arnaldo](#)).
- Ação de cobrança. Prestação de serviços hospitalares. Custeio parcial pelo SUS. Dever de informar. Coação. A ausência de informação sobre o procedimento de cobrança em internação hospitalar fora dos parâmetros da cobertura autorizada pelo Sistema Único de Saúde, conjugada com o grave quadro no qual se encontrava o paciente parente da demandada, evidencia a existência de quadro de coação visando a cobrança de despesas indevidas da requerida. Nula, nas circunstâncias, a declaração de assunção de responsabilidade pelas despesas médicas efetuadas em internação particular. Apelação a que se nega provimento. ([TJRS – APC 70003500592/2002 – Rel. Des. Carlos Alberto Alvaro de Oliveira](#)).

²⁸⁴ **Legislação:**

Ver art. 35 e art. 46 da LOS.

- [Portaria MS n. 1.127, de 31.8.99](#) – Dispõe sobre a verificação das condições de funcionamento dos hospitais universitários.
- [Portaria MS n. 1.480, de 28.12.99](#) – dispõe sobre o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento da Pesquisa – FIDEPS e altera o arts. 5º, 6º, 7º da Portaria MS n. 1.127, de 31.8.99.
- [Portaria MS n. 765, de 16.5.2001](#) - Dispõe sobre percentuais do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento da Pesquisa - FIDEPS.

financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde²⁸⁵.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado²⁸⁶.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

²⁸⁵**Legislação:**

Ver art. 196 da CF; art. 7º, I; EC n. 33, de 11.12.2001, que altera o artigo 149 § 1º, CF.

- [Lei n. 8.112, de 11.12.90](#) – Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (ver art. 230 que trata da assistência à saúde do servidor).

- [Decreto n. 2.383, de 12.11.97](#) – Dispõe sobre a concessão, no âmbito do Poder Executivo, dos benefícios com assistência à saúde dos servidores, bem como seus dependentes, e dá outras providências.

Estadual

PA

- [Lei n. 6.439, de 14.1.2002](#) – Dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde dos servidores públicos.

Comentários: O direito à saúde, universal e igualitário e a criação do sistema de seguridade social, com três áreas distintas: saúde, previdência social e assistência social, pôs fim aos serviços de assistência médica e hospitalar devido pelo Poder Público aos seus servidores, no âmbito do sistema de previdência social. O INAMPS, que garantia aos trabalhadores, no âmbito da previdência social, foi extinto, assim, como todos os serviços de saúde dos servidores também deveriam ter sido extintos ou incorporados ao SUS e aberto ao público. O art. 149, § 1º, da CF, não mais prevê a instituição, pelos estados, Distrito Federal e municípios, de contribuição social obrigatória para a instituição de serviços de saúde para seus servidores, permitindo, apenas a sua cobrança para o financiamento de sistema previdenciário. A própria assistência social não permite nenhum tipo de cobrança específica e compulsória, uma vez que o art. 203 da CF dispõe que ela será assegurada a quem dela necessitar, independentemente, de contribuição à seguridade social. O mesmo ocorre com a saúde, que independe de contribuição específica à seguridade social para a sua garantia. Apenas a previdência social, art. 201, prevê contribuição específica e compulsória de seus filiados.

²⁸⁶**Legislação:**

Ver nota n. 6

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde²⁸⁷, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei²⁸⁸.

²⁸⁷ **Comentários:** O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS foi criado pelo Decreto n. 94.657, de 20.7.87 e foi implementado no país mediante a celebração de convênios entre a União (Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação, Trabalho e INAMPS) e os Estados. Os Municípios aderiam a esse convênio, se julgassem conveniente e oportuno. O SUDS foi o precursor do SUS, tendo universalizado o atendimento nos hospitais do INAMPS, restritos aos trabalhadores filiados ao regime da previdência social.

²⁸⁸ **Legislação:**

- [Lei n. 8.429, de 2.6.92](#) - Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.
- [Lei n. 9.366, de 18.12.96](#) - Altera o § 3º, do art. 17, da Lei n. 8.429/92 e dá outras providências.
- [Lei n. 9.677, de 2.7.98](#) - Altera dispositivos do capítulo III, do título VIII do Código Penal, incluindo na classificação dos delitos considerados hediondos crimes contra a saúde pública e dá outras providências.
- [Lei n. 9.695, de 20.8.98](#) - Acrescenta incisos ao art. 1º da Lei n. 8.072, de 25.7.90, que dispõe sobre os crimes hediondos e altera os arts. 2º, 5º e 10 da Lei 6.437, de 20.8.77, e dá outras providências.
- [Lei n. 10.028, de 19.10.2000](#) - Altera o Decreto-Lei n. 2.848, de 7.12.40, a Lei n. 1.079, de 10.4.50 e o Decreto-Lei 201, de 27.2.67 - (crimes contra as finanças públicas).
- [MP n. 2.225, de 5.9.2001](#) - altera a Lei n. 8.429, de 2.6.92 e dá outras providências.
- [Decreto n. 978, de 11.11.93](#) - Regulamenta o art. 13 da Lei n. 8.429/92.
- [Decreto n. 983, de 12.11.93](#) - Dispõe sobre a colaboração dos órgãos e entidades da administração pública federal com o Ministério Público Federal na repressão a todas as formas de improbidade administrativa.

Jurisprudência

- Competência. Crime de peculato. Desvio de verbas da União e dos Estados destinada ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrido em repartição estadual. Declinação de competência para o recebimento e processamento da denúncia ao Eg. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. A competência para apreciar e julgar o crime de peculato resultante do desvio em proveito próprio ou alheio (art. 312/CP) de verbas destinadas ao SUS pela União e pelos Estados, ainda que praticado por servidores deste, pertence à Justiça Federal (arts. 71, 109 IV e 198, § único, da Constituição Federal e 4º, 31, 32, § 2º, 33 e § 4º, da Lei Federal 8080/90). Precedente: RExt. 196.982-2, Rel. Min. Néri da Silveira. Plenário. j. em 20.02.97). ([TJPR – DC 151495/1999 – Rel. Des. Fleury Fernandes](#)).
- Recurso extraordinário. 2. Ação penal. Crime de peculato, em face de desvio, no âmbito estadual, de dotações provenientes do orçamento da União Federal, mediante convênio, e destinadas ao Sistema Único de Saúde - SUS. 3. A competência originária para o processo e julgamento de crime resultante de desvio, em Repartição estadual, de recursos oriundos do Sistema Único de Saúde - SUS, é da Justiça Federal, a teor do art. 109, IV, da Constituição. 4. Além do interesse inequívoco da União Federal, na espécie, em se cogitando de recursos repassados ao Estado, os

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

crimes, no caso, são também em detrimento de serviços federais, pois a estes incumbe não só a distribuição dos recursos, mas ainda a supervisão de sua regular aplicação, inclusive com auditorias no plano dos Estados. 5. Constituição Federal de 1988, arts. 198, parágrafo único, e 71, e Lei Federal nº 8.080, de 19.09.1990, arts. 4º, 31, 32, § 2º, 33 e § 4º. 6. Recurso extraordinário conhecido e provido, para reconhecer a competência de Tribunal Regional Federal da 4ª Região, pelo envolvimento de ex-Secretário estadual de Saúde. ([STF – RE 196.982-2.PR/1997- Rel. Min. Néri da Silveira](#)).

- Habeas Corpus. 2. Paciente denunciado, juntamente com outros réus, como incurso nas penas dos arts. 288 e 312, c/c os arts. 69 e 71, do Código Penal, visando apurar desvio de recursos dos cofres estaduais, além de dotações provenientes do orçamento da União, destinados ao Sistema União de Saúde - SUS. 3. Alegação de incompetência da Justiça Estadual para processar e julgar o feito, tendo em vista prevalecer a competência da Justiça Federal. 4. A Segunda Turma, julgando o HC 74.887, em que paciente outro réu, deferiu o habeas corpus para anular o processo, desde a denúncia inclusive, afirmando-se a competência do Tribunal Regional Federal da 2ª Região. 5. Pedido incidente visando desconstituir medidas restritivas a baixa na distribuição e registro de bens. 6. Habeas corpus que se julga prejudicado, em razão de decisão da 2ª Turma, no HC nº 74.887, e não se conhece do pedido incidental, por não dizer respeito à liberdade de ir e vir do paciente. ([STF - HC 75.215-2/130. RJ/2000 – Rel. Min. Néri da Silveira](#)).

- Competência. Crime de peculato. Desvio de verbas da União e dos Estados destinada ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrido em repartição estadual. declinação de competência para o recebimento e processamento da denúncia ao Eg. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. A competência para apreciar e julgar o crime de peculato resultante do desvio em proveito próprio ou alheio (art. 312/CP) de verbas destinadas ao SUS pela União e pelos Estados, ainda que praticado por servidores deste, pertence à Justiça Federal (arts. 71, 109 IV e 198, § único, da Constituição Federal e 4º, 31, 32, § 2º, 33 e § 4º, da Lei Federal 8080/90). Precedente: RExt. 196.982-2, Rel. Min. Néri da Silveira. Plenário. j. em 20.02.97). ([TJPR – DC 15149-5/1999-Rel.Des.FleuryFernandes](#)).

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo²⁸⁹, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

1º. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo²⁹⁰.

²⁸⁹ **Legislação:**

- [Resolução CNS n. 33, de 23.12.92](#) – Aprova recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde.

Comentários: Esta Resolução sempre foi polêmica, uma vez que o modelo proposto nem sempre coaduna com a realidade dos municípios e estados e, muitas vezes, esses entes políticos entendem que não se trata de simples recomendação, mas sim de uma determinação. O CNS está revendo esta Resolução, sem deixar, contudo, de fixar parâmetros detalhados para a constituição e estruturação de conselhos.

²⁹⁰ **Legislação:**

- Ver art. 198, III; art. 7º, VIII.

3º . O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

4º. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

5º. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º. Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito

- [Decreto n. 99.438, de 7.8.90](#) – Dispõe sobre a organização do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

- [Decreto s/n de 12.11.91](#) – Delega competência ao Ministro da Saúde para homologar as decisões do Conselho Nacional de Saúde.

- [Decreto n. 1.448, de 6.4.95](#) – Dá nova redação ao art. 2º, do Decreto n. 99.438, de 7.8.90 que dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde.

- [Decreto n. 1.974, de 5.8.96](#) – Dá nova redação ao art. 2º do Decreto n. 99.438, de 7.8.90.

- [Decreto n. 2.979, de 2.3.99](#) – Dá nova redação ao art. 2º do Decreto n. 99.438, de 7.8.90.

Estadual

PR

- [Lei n. 10.913, de 4.10.94](#) - Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde e as Conferências Estaduais de Saúde.

- [Lei n. 11.188, de 9.11.95](#) - Altera a Lei n. 10.913/94.

Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990²⁹¹.

§ 1º. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo²⁹².

²⁹¹ **Legislação:**

Ver art. 8º, art. 16, XV, 16, III, art. 27, art. 33, § 1º, art. 36, da LOS.

- [Decreto n. 1.232, de 30.8.94](#) - Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático dos recursos do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.
- [Portaria MS n. 272, de 1.3.95](#) – Estabelece o limite máximo de internações hospitalares a serem distribuídas mensalmente a cada estado.
- [Portaria MS n. 1.692, de 14.9.95](#) – Institue o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E – com recursos federais aos hospitais habilitados.
- [Portaria SAS/MS n. 50, de 11.4.97](#) - Estabelece critérios mínimos de cadastramento para tratamento da epilepsia I e II, prevendo o pagamento do procedimento.
- [Portaria MS n. 1.882, de 18.12.97](#) - Estabelece o piso da atenção básica - PAB e sua composição e torna sem efeito os itens que menciona da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n. 1, de 1996, aprovada pela Portaria MS n. 2.203, de 5.11.96.
- [Portaria MS n. 1.886, de 18.12.97](#) - Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- [Portaria MS n. 985, de 5.8.99](#) - Cria o Centro de Parto Normal-CPN, que deverá estar inserido no sistema de saúde local.
- [Portaria MS n. 157, de 19.2.98](#) - Estabelece critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao programa de agente comunitário de saúde e programa de saúde da família.
- [Portaria MS n. 3.409, de 5.8.1998](#) – Instituiu a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade.
- [Portaria MS n. 3.925, de 13.11.98](#) - Aprova o manual para a organização da atenção básica no SUS e seu financiamento.
- [Portaria MS n. 176, de 8.3.99](#) - Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. (O valor fixado no art. 2º foi alterado pela Portaria MS n. 653, de 20.5.99).
- [Portaria MS n. 1.091, de 25.8.99](#) - Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no âmbito do SUS, nas esferas de governo estadual e municipal.
- [Portaria MS n. 1.125, de 31.8.99](#) - Dispõe sobre o repasse de recursos do Ministério da Saúde para o custeio de serviços ambulatoriais e hospitalares executados pelo estado, em estabelecimentos próprios.
- [Portaria MS n. 1.181, de 17.9.99](#) – Altera dispositivos das Portarias ns. 653/99 e 176/99.
- [Portaria MS n. 1.329, de 12.11.99](#) – Estabelece critérios para o cálculo do incentivo financeiro do Programa Saúde da Família, no Piso de Atenção Básica, PAB.
- [Portaria MS n. 1.479, de 28.12.1999](#) – Dispõe sobre a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade.
- [Portaria MS n. 1.444, de 28.12.2000](#) - Regulamenta a Atenção à Saúde Bucal, vinculada ao Programa de Saúde da Família.
- [Portaria MS n.1.350, de 24.7.2002](#) – Institui o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências.
- [Portaria MS n. 1.348, de 18.11.99](#) – Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projeto para o Programa de Saúde da Família.
- [Portaria MS n. 1.399, de 15.12.99](#) - Regulamenta a NOB 1/96 quanto à competência da União, estados, Distrito Federal e municípios na área da epidemiologia e define a forma de financiamento dessas ações e serviços.
- [Portaria MS n. 1.481, de 28.12.99](#) - Estabelece regras sobre o financiamento de medicamentos excepcionais.
- [Portaria SAS/MS n. 9, de 13.1.2000](#) – Dispõe sobre a tabela SIA/SUS no tocante aos procedimentos da atenção básica.

-
- [Portaria MS n. 569, de 1.6.2000](#) - Dispõe sobre o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento.
 - [Portaria MS n. 570, de 1.6.2000](#) - Dispõe sobre a instituição do componente I do Programa de Humanização no pré-natal - incentivo financeiro à assistência pré-natal.
 - [Portaria MS n. 572, de 1.6.2000](#) - Institui nova sistemática de pagamento à assistência ao parto.
 - [Portaria MS/SPS n. 9, de 5.7.2000](#) - Estabelece que o processo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento está condicionado ao preenchimento do Termo de Adesão, com as informações pertinentes ao sistema municipal de atendimento à gestante.
 - [Portaria MS n. 1.444, de 28.12.2.000](#) - Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família.
 - [Portaria MS n. 144, de 31.1.2001](#) - Dispõe sobre o repasse de recursos fundo a fundo para estados, DF e municípios.
 - [Portaria MS n. 145, de 31.1.2.001](#) - Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, distrito federal e municípios.
 - [Portaria MS n. 267, de 6.3.2001](#) - Dispõe sobre a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.
 - [Portaria MS n. 343, de 21.3.2001](#) - Cria incentivo à assistência farmacêutica básica.
 - [Portaria MS n. 544, de 11.4.2001](#) - Aprova recomendações para orientar os convênios de investimentos ao processo de regionalização da assistência à saúde.
 - [Portaria Conjunta ANVS/MS n. 151, de 24.9.2001](#) - Dispõe sobre a transferência de recursos fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, DF e municípios na área da vigilância sanitária.
 - [Portaria MS n. 975, de 3.7.2001](#) - Define valores da Baixa/Média Complexidade.
 - [Portaria MS n. 2.309, de 19.12.2001](#) - Institui a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/SNRAC no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS.
 - [Portaria MS n. 2.034, de 7.11.2001](#) - Define valores do PAB.
 - [Portaria SAS/MS n. 589, de 27.12.2001](#) - Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade-CNRAC.
 - [Portaria MS n. 1, de 3.1.2002](#) - Regulamenta a transferência fundo a fundo para o financiamento de ações da vigilância sanitária de média e alta complexidade executadas pelos estados, DF e municípios.
 - [Portaria SAS/MS n. 4, de 10.1.2002](#) - Dispõe sobre a Câmara de Nacional de Alta Complexidade.
 - [Portaria MS n. 371, de 4.3.2002](#) - Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
 - [Portaria MS n. 382, de 1.3.2002](#) - Ratifica o conteúdo das normas de financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênio com o Ministério da Saúde ou a Funasa.
 - [Portaria MS n. 535, de 14.3.2002](#) - Aprova o Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de DST/AIDS.
 - [Portaria MS n. 536, de 14.3.2002](#) - Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de DST/AIDS.
 - [Portaria MS n. 816, de 30.4.2002](#) - Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Alcool e outras Drogas.
 - [Portaria FUNASA n. 1.147, de 20.6.2002 \(pdf\)](#) - Altera a Portaria FUNASA n. 1.399, de 14.12.99.
 - [Portaria MS n. 1.474, de 19.8.2002](#) - Reformula o pagamento de procedimento relativo ao atendimento de portadores de tuberculose - Incentivo para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica de Saúde
 - [Resolução ANVS/RDC n. 200, de 12.7.2002](#) - Estabelece normas sobre aplicação e controle dos recursos transferidos fundo a fundo para estados, DF e municípios para ações de vigilância sanitária de média e alta complexidade.
 - [Portaria MS n. 1.839, de 9.10.2002](#) - Exclui a partir de nov/2002 do recebimento do Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E - instituído pela Port. n. 1.692/95 com recursos federais os hospitais até então habilitados, que não cumprirem os requisitos estabelecidos nesta portaria.

Comentários:

1. A Portaria MS n. 176 exige contrapartida dos estados, municípios e Distrito Federal para a transferência de recursos para o financiamento da farmácia básica. Essa exigência é descabida, uma vez que a EC 29/2000 vinculou percentuais das receitas dos estados, municípios e o Distrito Federal para a saúde, não cabendo ao Ministério da Saúde exigir outros valores a título de contrapartida financeira. Também o disposto no art. 195, § 10 da CF, que exigia a contrapartida dos estados, municípios e DF, foi parcialmente revogado pelo disposto no art. 198, § 3º, II (EC

§ 2º. Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º. Os Municípios poderão estabelecer consórcio²⁹³ para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º. Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

n. 29/2000), apenas no tocante à saúde (uma vez que se refere, também, à assistência social). A contrapartida mencionada no art. 4º, V, da Lei n. 8.142/90, após a EC n. 29/2000, deve ser entendida como a aplicação dos percentuais definidos na EC 29.

2. Somente lei poderá fixar os critérios de rateio dos recursos a serem transferidos pela União para as demais esferas gestoras do SUS e esses critérios já estão estabelecidos no art. 35 da Lei n. 8.080/90 e no art. 3º, da Lei n. 8.142/90;

3. A Portaria MS n. 544/2001 está fundada na NOAS/2001 que foi revogada pela NOAS/2002. Não obstante ela continua a ser aplicada no repasse de convênio para financiar o processo de regionalização.

4. Existem várias Portarias (MS n. 3.409/98, 1.479/99, 2.309/2001, 589/2001 e SAS n. 4/2002) que tratam da alta complexidade e do sistema de compensação financeira pelo atendimento interestadual, com previsão pontual de recursos. Não obstante, diversos Estados e Municípios reclamam que nunca receberam esses recursos que deveriam ser repassados automaticamente, mediante cruzamento e informação do DATASUS.

Jurisprudência

- Ação Ordinária de Cobrança. Repasses de verba destinada a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Contrato firmado com a Prefeitura Municipal. Obrigatoriedade de atendimento a todos credenciados. Ilegalidade de discriminação por parte do Município. Ônus probatório. Art. 333, inciso II, do C.P.C.. Intervenção do Ministério Público. Desnecessidade. Sentença mantida. Recursos desprovidos. ([TJPR – APC E Reex. Nec. 87.390-1/2000 – Rel. Des. Regina Afonso Portes](#)).

²⁹²Ver nota do art. 35 da LOS.

²⁹³Ver art. 10 da LOS.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º. É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

ÍNDICE CRONOLÓGICO E REMISSIVO DA LEGISLAÇÃO REFERENCIADA NA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

(Os artigos mencionados após os números das normas referem-se à Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90)

Acesso Deficientes Físicos

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Acompanhantes de Doentes

Ver:

Direitos - Paciente

Acumulação de Cargos - Saúde

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Acupuntura

Ver:

Terapias Alternativas

Ação Judicial

Lei	9.882	03/12/1999	Art. 2º
Lei	10.173	09/01/2001	Art. 2º, § 1º

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Lei	9.961	28/01/2000	Art. 1º
Decreto	3.327	05/01/2000	Art. 1º
Resolução CSS	1	22/05/2000	Art. 1º
Lei	9.986	19/07/2000	Art. 1º
MP	2.177-44	24/08/2001	Art. 1º (Ag.Nac.Saúde Supl.)
Decreto	4.044	06/12/2001	Art. 1º (ANSS)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ver:

Vigilância Sanitária

Agente Comunitário de Saúde

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Agrotóxicos

Ver:

Meio Ambiente

Água para Consumo Humano

Lei	6.050	24/05/1974	Art. 6º, VIII (Fluor)
Lei	3.194	15/03/1999	Art. 17, IV b
Portaria MS	1.469	29/12/2000	Art. 6º, VIII
Decreto	76.872	22/12/1975	Art. 6º, VIII (Fluor)
Decreto	78.171	02/08/1976	Art. 6º, VIII (Água Mineral)

Aidéticos

Ver:

AIDS

AIDS

Lei	7.670	08/09/1988	Art. 2º, § 1º (Planos de Saúde - AIDS)
Portaria Interm. MS/MEC	796	29/05/1992	Art. 7º, II (AIDS)
Portaria Interm. MS/MEC	869	11/08/1992	Art. 7º, IV (Aids)
Resolução CFM	1.359	11/11/1992	Art. 15, XVII (Atendimento Portadores HIV)
Resolução Cons. Dir.	2	17/12/1992	Art. 2º, §º (FGTS-AIDS)
Portaria MS	347	25/03/1993	Art. 36
Lei	2.136	14/07/1993	Art. 5º, III

Portaria SVS/MS	30	06/04/1994	Art. 7º, II (Preservativos-Motéis)
Lei	9.313	13/11/1996	Art. 6º, I d
Portaria MS	2.415	12/12/1996	Art. 7º, II (Aleitamento)
Portaria ANVS	488	17/06/1998	Art.16, XVI (Sangue)
Portaria MS	3.717	08/10/1998	Art. 5º, III (AIDS)
Resolução CNPCP/MJ	6	26/07/1999	Art. 7º, IV (Presos)
Portaria SAS	567	08/10/1999	Art. 7º, V (Aids)
Portaria MS	486	16/05/2000	Art. 16, III c (AIDS)
Lei	3.568	25/05/2001	Art. 7º, III
Lei	10.237	11/06/2001	Art. 7º, II
Portaria MS	918	21/06/2001	Art. 15 XIX (Aids)
MP		2.164 24/08/2001	Art. 2º § 1º (FGTS)
Portaria MS	262	05/02/2002	Art. 16, XVI (Teste - Sangue)
Portaria MS	536	14/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (AIDS)
Portaria MS	535	14/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (AIDS)

Aleitamento Materno

Ver:

Mulher - Saúde

Alimentação Parenteral

Ver:

Alimentos

Alimentos

Lei	6.150	03/12/1974	Art. 6º, VIII (Sal)
Decreto-Lei	986	21/10/1969	Art. 6º, VIII
Lei	7.889	23/11/1989	Art. 6º, I a
Portaria MS	1.156	31/08/1990	Art. 15, IV (SISVAN)
Lei	8.543	23/12/1992	Art. 7º, II (Glúten)
Resolução COFEN	162	14/05/1993	Art. 15, XVII (Nutrição Parenteral)
Portaria MS	1.428	26/11/1993	Art. 6º, VIII
Lei	8.918	14/07/1994	Art. 6º, VIII (Bebidas)
Lei	8.936	24/11/1994	Art. 6º, VIII (Bebidas)
Lei	9.005	16/03/1995	Art. 6º, VIII (Sal)
Resolução CFF	292	24/05/1996	Art. 15, XVII (Nutrição Parenteral/Farmacêutico)
Instrução Normativa	6	06/03/1997	Art. 6º, V
Decreto	2.314	04/09/1997	Art. 6º, VIII (Bebidas)
Portaria SVS	500	09/10/1997	Art. 6º, VIII (Enteral e Parenteral)
Portaria MS	1.549	17/10/1997	Art. 6º, VIII (Alimentos)
Portaria MS	29	13/01/1998	Art. 16, I (Alimentos)
Lei	9.782	26/01/1999	Art. 6º, I a e VIII
Portaria MS	218	24/03/1999	Art. 6º, VIII (Sal)
Decreto	3.029	16/04/1999	Art. 6º, I a (Agência Nacional)
Decreto	3.510	16/06/2000	Art. 6º, VIII
Resolução ANVS/DC	116	08/06/2001	Art. 6, VIII (CTA)
Decreto	3.871	18/07/2001	Art. 6º, VIII
Lei	13.881	19/07/2001	Art. 17, IV b (Vegetais)
MP	2.190	24/08/2001	art. 6º, I a e VIII (Sal)
Lei	10.273	05/09/2001	Art. 6º, VIII (Bromato de Potássio)
Decreto	4.072	04/01/2002	Art. 6º, VIII (Alimentos)
Resolução ANVS/RDC	40	08/02/2002	Art. 15, V (Glúten)

Alta Complexidade

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Anabolizantes Esteróides

Ver:

Produtos Danosos à Saúde

Anemia Falciforme

Ver:

Saúde - Prevenção

Apoio Financeiro a Municípios

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Ar Condicionado

Portaria MS	3.523	28/08/1998	Art. 6, V (Ar Condicionado)
Resolução ANVS/DC	176	24/10/2000	Art. 6º, V (Ar Condicionado)

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

Ver:

Ação Judicial

Assistência Farmacêutica

Resolução CFF	261	16/09/1994	Art. 15, XVII (Farmácias)
Resolução CFF	292	24/05/1996	Art. 15, XVII (Nutrição Parenteral/Farmacêutico)
Resolução CFF	300	30/01/1997	Art. 15, XVII (Farmácias)
Resolução CFF	308	02/05/1997	Art. 15, XVII (Farmácias)
Portaria MS	176	08/03/1999	Art. 6º, I d e 3º Lei 8142 (Assistência)
Resolução ANVS	328	22/07/1999	Art. 6º, VI
Resolução CFF	349	20/01/2000	Art. 15, XVII (Genéricos/Farmácias)
Resolução CFF	353	23/08/2000	Art. 15, XVII (Acupuntura/Farmacêutico)
Portaria MS	956	25/08/2000	Art. 6º, I d
Resolução CFF	354	20/09/2000	Art. 15, XVII (Farmacêutico-Atendimento)
Portaria MS	343	21/03/2001	Art.3º Lei 8.142 (Incentivos)
Resolução CFF	364	02/10/2001	Art. 15, XVII (Farmácias)
Portaria MS	2.050	08/11/2001	Art. 6º, I d
Portaria MS	371	04/03/2002	Art. 3º Lei 8.142

Assistência Religiosa - Hospitais - Presídios

Ver:

Direitos - Paciente

Assistência Social

Lei	6.639	08/05/1979	Art. 15
Lei	8.213	24/07/1991	Art. 25
Lei	8.742	07/12/1993	Art. 2º, § 1º e 25 (LOAS)
Decreto	1.744	08/12/1995	Art. 2º, § 1º
Resolução INSS	435	18/03/1997	Art. 2º, § 1º(Prestação Continuada)
Portaria SAS	113	04/09/1997	Art.15, V (Internação Hospitalar)
Lei	9.604	05/02/1998	Art. 33 § 4º
Lei	9.637	15/05/1998	Art. 8º (ONGs)
Lei	9.711	20/11/1998	Art. 2º, § 1º
Lei	9.720	30/11/1998	Art. 2º, § 1º
Lei	9.790	23/03/1999	Art. 24 § único (Parceria)
Lei	10.216	06/04/2001	Art. 7º, II
MP	2.187	24/08/2001	Art. 2º, § 1º
Decreto	4.360	05/09/2002	Art. 2º § 1º
Decreto	4.381	17/09/2002	Art. 25

Atendimento de Urgência e Emergência

Ver:

Hospitais

Atendimento - Deficientes

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Atestado de Óbito

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Atestado Médico

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Ato Médico - Responsabilidade

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Atos Lesivos à Saúde

Ver:

Sanções

Audiometria - Responsabilidade

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Auditoria - SUS

Decreto	1.651	28/09/1995	Art. 16, XIX
Decreto	1.473	12/05/1997	Art. 17, XI
Portaria MS	1.069	19/08/1999	Art. 16, XIX
Portaria Conjunta	1.112	29/09/2000	Art. 16, XIX (GAR)
Portaria MS	2.167	21/11/2001	Art. 33 § 4º (Transferência de Recursos – Suspensão)
Portaria MS	2.266	12/12/2001	Art. 16, XIX

Autorização de Internação Hospitalar - AIH

Ver:

Hospitais

Avaliação - Saúde

Portaria MS	1.069	19/08/1999	Art. 16, XIX
Portaria SAS/MS	399	27/09/2001	Art. 16, XVII
Portaria SAS	423	09/07/2002	Art. 16, XIX (SUS)
Portaria SAS/MS	729	14/10/2002	Art. 16, XIX

Banco de Dados de Preços na Área Hospitalar

Ver:

Hospitais

Banco de Leite Humano

Ver:

Protocolos Clínicos

Banco de Olhos, Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, Tecidos

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Banco do Brasil - Liberação de Recursos Saúde

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Bebidas

Ver:

Alimentos

Benefício de Prestação Continuada

Ver:

Assistência Social

Benefícios a Portadores de HIV

Ver:

AIDS

Bens - Pesquisa Científica e Tecnológica

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Biomédicos

Resolução CFBM	44	16/12/1999	Art. 15, XVII
----------------	----	------------	---------------

Biossegurança

Lei	8.974	05/01/1995	Art. 6º, IV
Decreto	1.752	20/12/1995	Art. 6º, V (Biossegurança)
Resolução CNS	196	10/10/1996	Art. 15, XIX (Seres Humanos)
Instrução Normativa	4	20/12/1996	Art. 6º, V e IX
Resolução CNS	292	08/07/1999	Art. 15, XIX (Seres Humanos)
Instrução Normativa	19	19/04/2000	Art. 6º, V (Biossegurança)
Portaria MS	470	06/04/2001	Art. 15, XIX (Genoma)
MP	2.191	24/08/2001	Art. 6º, V
Lei	10.332	19/12/2001	Art. 6º, X (Financiamento)
Portaria MS	343	19/02/2002	Art. 6º, V

Resolução ANVS/RDC 57 26/02/2002 Art. 6º, VI (Agrotóxicos Modificados)

Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos

Ver:

Medicamentos

Bolsa - Alimentação

Ver:

Fome e Pobreza

Bolsa - Escola

Ver:

Fome e Pobreza

Bolsas de Sangue

Portaria SVS/MS 950

26/11/1998 Art. 16, XVI

Resolução ANVS 9

21/10/1999 Art. 16, XVI (Bolsa de Sangue)

Bombeiros - Serviços de Saúde

Ver:

Serviço Voluntário

Bula de Medicamentos

Ver:

Medicamentos e/ou Idosos

Cadastro de Unidades Hospitalares

Ver:

Hospitais

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Ver:

Informação - Saúde

Cadastro Nacional de Usuários do SUS

Ver:

Informação - Saúde

Cadáveres - Utilização em Pesquisa

Ver:

Pesquisa - Saúde

Calamidade Pública

Decreto 1.080

08/03/1994 Art. 15, XVIII

Decreto-Lei 950

13/10/1969 Art. 16, XVI (FUNCAP)

Câmara de Medicamentos

Ver:

Medicamentos

Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Câmara Técnica de Alimentos - CTA

Ver:

Alimentos

Câmara Técnica de Medicamentos - CATEME

Ver:

Medicamentos

Câncer - Portadores de

Lei 7.713

22/12/1988 Art. 2º, § 1º (Câncer - IR)

Lei 8.541

23/12/1992 Art. 2º, § 1º (Moléstia - IR)

Lei 8.922

25/04/1994 Art. 2º, § 1º (FGTS)

Resolução CFM 1.483

11/09/1997 Art. 15, XVII (Mastectomia Parcial)

Resolução CNS 285

06/08/1998 Art. 37 (Câncer Uterino)

Portaria MS 3.535

02/09/1998 Art. 16, III a (Oncologia)

Portaria MS 3.536

02/09/1998 Art. 16, III a (Oncologia)

Portaria SAS/MS 113

31/03/1999 Art. 16, III a

Lei	9.797	06/05/1999	Art. 7º, II (Cirurgia Plástica)
Portaria MS	1.217	13/10/1999	Art. 16, III a
Portaria MS	1.478	28/12/1999	Art. 16, III a (Oncologia)
Lei	10.223	15/05/2001	Art. 1º (Cirurgia Plástica)
MP	2.164	24/08/2001	Art. 2º § 1º (FGTS)
Lei	10.289	20/09/2001	Art. 7º, II (Câncer-Próstata)
Portaria SAS/MS	431	03/10/2001	Art. 15, V (Leucemia)
Portaria MS	1.289	16/07/2002	Art. 16, III a (Oncologia)

Cartão SUS - Instituição

Portaria MS	1.560	29/08/2002	Art. 1º
-------------	-------	------------	---------

Carteira Nacional de Saúde da Mulher

Ver:

Mulher - Saúde

Catéter Intravascular Arterial e Venoso Profundo

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Centro de Atendimento em Oncologia

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Centro de Parto Normal - CPN

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Centros de Atenção Psicossocial

Ver:

Sistema de Saúde Mental

Cirurgia de Transgenitalização

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Cirurgia Plástica Reparadora

Ver:

Câncer - Portadores de e/ou Sistema Único de Saúde

Código de Ética Profissional

Resolução CFO	179	19/12/1991	Art. 15, XVII (Dentista)
Resolução CFAS	273	13/03/1993	Art. 15, XVII (Assistentes Sociais)
Resolução CFF	138	21/12/1995	Art. 15, XVII (Fonoaudiólogo)
Resolução CFF	290	26/04/1996	Art. 15, XVII (Farmacêutico)
Resolução COFEN	240	30/08/2000	Art. 15, XVII (Enfermeiros)
Resolução CFB	2	05/03/2002	Art. 15, XVII (Biólogo)

Código de Proteção e Defesa do Consumidor

Lei	8.078	11/09/1990	Art. 2º, § 1º
Lei	8.656	21/05/1993	Art. 2º, § 1º
Lei	8.703	06/09/1993	Art. 1º
Lei	9.008	21/03/1995	Art. 1º
Lei	9.298	01/08/1996	Art. 1º

Código de Saúde

Lei Complementar	791	09/03/1995	Art. 17 (SP)
Lei Complementar	395	24/04/1997	Art. 18 (Porto Alegre)
Lei	13.317	24/09/1999	Art. 17, IV b (M.G)

Lei	6.066	Dez/99	Art. 17, IV b (ES)
Lei	13.331	23/11/2001	(Art. 17 (Paraná))
Decreto	5.711	23/05/2002	Art. 17 (Paraná)

Código Nacional de Trânsito Brasileiro (art. 77 a 79)

Ver:

Vigilância Epidemiológica

Código Sanitário

Decreto	23.430	24/10/1974	Art. 17, IV b (RS)
Lei	10.083	23/09/1998	Art. 17 IV b (SP)
Decreto	39.544	26/05/1999	Art. 17, IV b (RS)

Comissão de Biossegurança

Ver:

Biossegurança

Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher

Ver:

Mulher - Saúde

Comissão Nacional de Mortalidade Materna

Ver:

Mulher - Saúde

Comissão Permanente de Saúde Ambiental

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Comissão Técnica Nacional de Biossegurança

Ver:

Biossegurança

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Comitê Nacional de Pesquisa em DST/HIV/AIDS

Ver:

Pesquisa - Saúde

Comunidade Solidária - Conselho

Ver:

Fome e Pobreza

Conselho de Auditores do Sistema Nacional de Auditoria

Ver:

Auditoria - SUS

Conselho Empresarial Nacional para Prevenção do HIV

Ver:

AIDS

Conselho Nacional de Promoção do Direito de Alimentação

Ver:

Fome e Pobreza

Conselho Nacional de Saúde Suplementar

Ver:

Conselhos de Saúde

Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI

Ver:

Idosos

Conselhos de Saúde

Decreto	99.438	07/08/1990	Art. 1º § 2º Lei 8.142 (Nacional)
Decreto	s/nº	12/11/1991	Art. 1º § 2º Lei 8.142 (Nacional)
Resolução CNS	33	23/12/1992	Art. 1º Lei 8.142 (Est/Mun)
Lei	10.913	04/10/1994	Art. 1º, § 2º Lei 8.142 (Estadual)
Decreto	1.448	06/04/1995	Art. 1º § 2º Lei 8.142 (Nacional)
Lei	11.188	09/11/1995	Art. 1º, § 2º Lei 8.142 (Estadual)
Decreto	1.974	05/08/1996	Art. 1º § 2º Lei 8.142 (Nacional)

Lei	10.382	15/04/1997	Art. 17, X (Estadual)
Decreto	2.979	02/03/1999	Art. 1º, § 2º Lei 8.142 (Nacional)
Decreto	4.044	06/12/2001	Art. 1º (ANSS)

Contrato por Tempo Determinado - Saúde

Ver:

Recursos Humanos – Saúde

Convenção Interamericana - Deficientes Físicos

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Cooperação Técnica e de Pesquisa - Área de Saúde

Ver:

Parceria - Saúde

Coordenadoria para Integração do Deficiente - CORDE

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Criança e Adolescente - Saúde

Lei	8.069	13/07/1990	Art. 7º, II
Lei	8.242	12/10/1991	Art. 7º, II
Portaria MS	2.163	29/12/1994	Art. 16, I (SINAN)
Resolução CONANDA	41	13/10/1995	Art. 7º, II (Criança Hospitalizada)
Portaria SPS/MS	23	04/08/1999	Art. 16, XI (Aleitamento Materno)
Lei	9.975	23/06/2000	Art. 7º, II
Lei	9.455	24/06/2000	Art. 7º, II
Resolução CONADE	8	20/06/2001	Art. 2º, § 1º
Portaria MS	1.968	25/10/2001	Art. 7º, II

Crimes contra a Saúde Pública

Ver:

Sanções

Crimes Hediondos

Ver:

Sanções

Crimes-Tutela-Corde

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Danos Nucleares - Responsabilidade Civil e Criminal.

Ver:

Sanções

Denúncia - Usuários SUS

Portaria MS	1.137	06/10/2000	Art. 16, XVII, XIX
-------------	-------	------------	--------------------

Diabetes

Ver:

Saúde - Prevenção

Diplomas Estrangeiros - Regulamentação

Ver:

Estrangeiros

Direito à Informação

Ver:

Informação - Saúde

Direitos - Paciente

Resolução CFM	1.331	21/09/1989	Art. 15, XVII (Prontuário)
Resolução CFM	1.359	11/11/1992	Art. 15, XVII (Atendimento Portadores HIV)
Portaria SAS	74	04/05/1994	Art. 7º, V
Resolução CFM	1.408	08/06/1994	Art. 15, XVII (Transtornos Mentais)
Resolução CFM	1.407	08/06/1994	Art. 15, XVII (Transtornos Mentais)
Portaria SPS/MS	124	19/11/1994	Art. 7º, V (Riscos - Indicação Terapêutica)
Resolução CONANDA	41	13/10/1995	Art. 7º, II (Criança Hospitalizada)
Portaria SAS	113	04/09/1997	Art. 15, V (Internação Hospitalar)

Resolução CFM	1.483	11/09/1997	Art. 15, XVII (Mastectomia Parcial)
Resolução CFM	1.484	11/09/1997	Art. 15 XVII (Atestado Médico)
Resolução CFM	1.493	15/08/1998	Art. 15, XVII (Médico Assistente)
Lei	10.241	17/03/1999	Art. 7º, V
Portaria MS	280	07/04/1999	Art. 7º, II (Acompanhantes Hospitais)
Portaria MC	712	10/06/1999	Art. 15, V (Doentes Renais)
Portaria SAS	567	08/10/1999	Art. 7º, V (Aids)
Portaria MS	569	01/06/2000	Art. 15, V e (Pré-Natal)
Lei	9.982	14/07/2000	Art. 7º, III (Assistência Religiosa)
Resolução CFM	1.598	09/08/2000	Art. 15, XVII (Pacientes Psiquiátricos)
Resolução CFM	1.605	15/09/2000	Art. 15, XVII (Sigilo Médico - Prontuário)
Portaria MS	2.009	30/10/2001	Art. 7º, VIII
Lei	14.122	24/04/2002	Art. 6º, VI (Receituário/Genéricos)
Lei	14.123	24/04/2002	Art. 7º, II (Emissões Otoacústicas)
Lei	3.892	16/07/2002	Art. 15, XXI (Urgência e Emergência)
Direitos - Saúde			
Lei	7.670	08/09/1988	Art. 2º, § 1º (Planos de Saúde - AIDS)
Lei	7.713	22/12/1988	Art. 2º, § 1º (Câncer - IR)
Lei	7.853	24/10/1989	Art. 2º, § 1º (Corde-Tutela)
Lei	8.028	13/04/1990	Art. 2º, § 1º (Corde-Tutela)
Lei	8.160	08/01/1991	Art. 2º, § 1º (Símbolos)
Portaria Interm. MS/MEC	869	11/08/1992	Art. 7º, IV (Aids)
Resolução CFM	1.359	11/11/1992	Art. 15, XVII (Atendimento Portadores HIV)
Resolução Cons. Dir.	2	17/12/1992	Art. 2º, §º (FGTS-AIDS)
Portaria MS	118	29/01/1993	Art. 39 § 8º
Lei	8.686	20/07/1993	Art. 2º, § 1º (Talidomida)
Resolução CFM	1.408	08/06/1994	Art. 15, XVII (Transtornos Mentais)
Resolução CFM	1.407	08/06/1994	Art. 15 XVII (Transtornos Mentais)
Lei	11.802	18/01/1995	Art. 17 (Hospitais Psiquiátricos)
Lei	9.010	29/03/1995	Art. 7º, III (Hanseníase)
Lei	9.029	13/04/1995	Art. 7º, IV (Atestados gravidez)
Lei	9.051	18/05/1995	Art. 7º, V (Informação)
Portaria MS	1.107	14/06/1995	Art. 15, V
Resolução CONANDA	41	13/10/1995	Art. 7º, II (Criança Hospitalizada)
Lei	9.263	12/01/1996	Art. 2º, § 1º (Esterilização)
Lei	9.313	13/11/1996	Art. 6º, I d
Resolução CFM	1.483	11/09/1997	Art. 15, XVII (Mastectomia Parcial)
Lei	2.802	01/10/1997	Art. 7º, V (Estupro/aborto)
Resolução CFM	1.493	15/08/1998	Art. 15, XVII (Médico Assistente)
Lei	3.161	30/12/1998	Art. 7º, II (Anemia)
Lei	10.241	17/03/1999	Art. 7º, V
Lei	9.797	06/05/1999	Art. 7º, II (Cirurgia Plástica)
Portaria MC	712	10/06/1999	Art. 15, V (Doentes Renais)
Resolução CNPCP/MJ	6	26/07/1999	Art. 7º, IV (Presos)
Portaria MS	569	01/06/2000	Art. 15, V e (Pré-Natal)
Portaria MS/SPS	9	05/07/2000	Art. 36 (Humanização - Pré-natal)
Portaria MS	693	05/07/2000	Art. 15, XVI (Método Canguru)
Resolução	2	05/12/2000	Art. 2º
Lei	10.216	06/04/2001	Art. 7º, II
Portaria Interm. MT/MJ/MS	3	10/04/2001	Art. 2º, § 1º
Lei	10.223	15/05/2001	Art. 1º (Cirurgia Plástica)
Lei	10.226	15/05/2001	Art. 2º, § 1º (Votação - Acesso)
Lei	3.568	25/05/2001	Art. 7º, III
Portaria SE/SPS	23	25/05/2001	Art. 15, IV (SISPRENATAL)
MP	2.164	24/08/2001	Art. 2º § 1º (FGTS)
Portaria MS	2.009 a	30/10/2001	Art. 7º, VIII
Lei	10.317	06/12/2001	Art. 2º, § 1º (DNA)
Lei	14.117	16/04/2002	Art. 7º, IV
Lei	14.123	24/04/2002	Art. 7º, II (Emissões Otoacústicas)
Portaria MS	867	09/05/2002	Art. 16, III a (Glaucoma)
Lei	3.885	26/06/2002	Art. 7º, II (Diabetes)

Direitos Humanos

Portaria MS	570	01/06/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Pré-Natal)
Portaria MS	569	01/06/2000	Art. 15, V e (Pré-Natal)
Portaria MS/SPS	9	05/07/2000	Art. 36 (Humanização - Pré-natal)
Decreto	3.637	20/10/2000	Art. 2º § 1º
Portaria SE/SPS	23	25/05/2001	Art. 15, IV (SISPRENATAL)
Portaria MS	881	19/06/2001	Art. 15, V (PNHAH)
Portaria SAS/MS	202	19/06/2001	Art. 15, V
Decreto	4.229	13/05/2002	Art. 2º, § 1º
Decreto	4.228	13/05/2002	Art. 2º, § 1º
Discriminação - Proibição			
Portaria Interm. MS/MEC	869	11/08/1992	Art. 7º, IV (Aids)
Lei	9.029	13/04/1995	Art. 7º, IV (Atestados gravidez)
Lei	3.568	25/05/2001	Art. 7º, III
Lei	14.117	16/04/2002	Art. 7º, IV
Distritos Sanitários Indígenas			
Ver:			
Índios			
DNA - Exame			
Lei	10.317	06/12/2001	Art. 2º, § 1º (DNA)
Enfermeiros			
Resolução COFEN	146	01/06/1992	Art. 15, XVII (Enfermeiros)
Resolução COFEN	162	14/05/1993	Art. 15, XVII (Nutrição Parenteral)
Resolução COFEN	197	19/03/1997	Art. 15, XVII
Resolução COFEN	214	10/11/1998	Art. 15, XVII (Enfermeiros)
Ensino - Saúde			
Decreto	3.860	09/07/2001	Art. 27, I
Portaria Interm. MS/MEC	925	17/06/1992	Art. 13, I
Entidades Assistenciais e Filantrópicas			
Lei	6.639	08/05/1979	Art. 15
Portaria MS	1.695	23/09/1994	Art. 25
Decreto	2.536	06/04/1998	Art. 25
Portaria MS	662	21/05/1999	Art. 25
Decreto	3.504	13/06/2000	Art. 25
Resolução CNAS	177	10/08/2000	Art. 25
Portaria MS	1.413	30/08/2000	Art. 25
Resolução CNAS	2	04/01/2001	Art. 25
Portaria MS	604	24/04/2001	Art. 25 (INTEGRASUS)
Decreto	4.327	08/08/2002	Art. 25 (CEAS)
Decreto	4.381	17/09/2002	Art. 25
Equipamentos - Saúde			
Portaria MS	2.663	22/12/1995	Art. 15, V (Eletromédicos)
Portaria MS	155	27/02/1997	Art. 15, V
Lei	10.191	14/02/2001	Art. 6º, VI e 9º, I
Estoques Públicos de Alimentos			
Ver:			
Fome e Pobreza			
Estrangeiros			
Decreto	87	15/04/1991	Art. 6º I a (Estrangeiros)
Resolução	2	05/12/2000	Art. 2º
Resolução CFM	1.615	07/02/2001	Art. 15, XVII (Médicos Estrangeiros)
Resolução ANVS	3	10/06/2002	Art. 6º, I a (Febre Amarela)
Estrutura Administrativa Federal			
Lei	8.101	06/12/1990	Art. 9º, I (FUNASA)
Lei	8.246	22/10/1991	Art. 41 (Pioneiras Sociais)
Lei	8.689	27/07/1993	Art. 39 § 5º (INAMPS)
Portaria MS	772	07/04/1994	Art. 7º, VIII (Ouvidoria)
Decreto	2.283	24/07/1997	Art. 9º, I (INAN-Extinção)
Lei	9.637	15/05/1998	Art. 8º (ONGs)
Lei	9.649	27/05/1998	Art. 9º, I

Portaria MS	99	05/02/1999	Art. 2º § 1º (FUNASA)
Portaria Conjunta	1.163	11/10/2000	Art. 7º, VIII
Lei	10.213	27/03/2001	Art. 6º, VI
MP	2.216	31/08/2001	Art. 2º, § 1º, 9º I e 24 § único
MP	2.230	06/09/2001	Art. 6º, VI (Câmara de Medic./ - Criação)
Decreto	4.118	07/02/2002	Art. 9º, I
Decreto	4.183	04/04/2002	Art. 9º, I
Decreto	4.194	11/04/2002	Art. 9º, I
MP	37	08/05/2002	Art. 24, § único
Lei	10.539	23/09/2002	Art. 24, § único

Estupro

Ver:

Mulher - Saúde

Exame Auditivo em Recém-Nascidos

Ver:

Saúde - Prevenção

Exame DNA - Assistência Judiciária Gratuita

Ver:

DNA - Exame

Exame Pericial - Corpo de Delito

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Família - Saúde

Portaria MS	1.886	18/12/1997	Art. 3º Lei 8.142 (Programa Agente Comunitário)
Portaria MS	1.329	12/11/1999	Art. 3º Lei 8.142 (PAB)
Portaria MS	1.348	18/11/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Família-Saúde)
Portaria MS	1.444	28/12/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Saúde Bucal)
Portaria MS	1.350	24/07/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Incentivo Financeiro)

Farmácias

Ver:

Assistência Farmacêutica

Fator de Incentivo ao Desenvolvimento da Pesquisa-FIDEPS

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Febre Amarela - Certificado Internacional

Ver:

Saúde - Prevenção

Fenilcetonúria

Ver:

Saúde - Prevenção

FGTS - Conta Vinculada -Movimentação

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde-FCES

Ver:

Informação - Saúde

Filho necessitado - Deficiente Físico

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Flúor

Ver:

Água para Consumo Humano

Fome e Pobreza

Portaria MS	799	20/07/1993	Art. 16, I (Hipovitaminose A/Anemia)
Portaria MS	1.131	20/09/1993	Art. 16, I (Hipovitaminose A/Anemia)
Portaria MS	2.163	29/12/1994	Art. 16, I (SINAN)
Lei	9.077	10/07/1995	Art. 2º, § 1º (Estoques Públicos)

Portaria MS	1.317	15/09/1997	Art. 16, I (Gestante-Risco Nutricional)
Decreto	2.999	25/03/1999	Art. 2º, § 1º
Portaria MS	710	10/06/1999	Art. 16, I
Emenda Constitucional	31	14/12/2000	Art. 2º, § 1º (Fundo de Combate...)
Portaria Interm. MT/MJ/MS	3	10/04/2001	Art. 2º, § 1º
Lei Complementar	111	06/07/2001	Art. 2º, § 1º
MP	2.206	06/09/2001	Art. 2º, § 1º (Bolsa-Alimentação)
Portaria MS	1.770	20/09/2001	Art. 16, I (Bolsa-Alimentação)
Decreto	3.934	21/09/2001	Art. 2º, § 1º
Decreto	3.997	05/11/2001	Art. 2º, § 1º (Fundo de Combate...)
Lei	10.317	06/12/2001	Art. 2º, § 1º (DNA)
Decreto	4.226	13/05/2002	Art. 2º, § 1º (CNPDA)
Decreto	4.313	24/07/2002	Art. 2º § 1º (Bolsa-Escola)

Fonoaudiólogo

Ver:

Código de Ética Profissional

Fundações de Apoio - Saúde

Portaria Inter.MEC/MCT 2.089 05/11/1997 Art. 8º

Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza

Ver:

Fome e Pobreza

Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Fundo Especial para Calamidades Públicas

Ver:

Calamidade Pública

Fundo Nacional de Saúde

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Gás Óxido de Etileno

Ver:

Saúde - Prevenção

Genéricos

Ver:

Medicamentos

Genoma - Financiamento

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Glaucoma - Programa

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Greve - Saúde

Decreto 1.480 03/05/1995 Art. 15, XVII

Grupo de Acompanhamento e Responsabilização - GAR

Ver:

Auditoria - SUS

Guia de Boas Práticas de Fabricação para Indústria Farmacêutica

Ver:

Medicamentos

Habitação

Ver:

Saúde - Prevenção

Hanseníase

Lei	9.010	29/03/1995 Art. 7º, III
Portaria MS	816	26/07/2000 Art. 16, III c
Portaria MS	814	26/07/2000 Art. 16, XIII
Portaria MS	1.838	09/10/2002 Art. 5º, I

Hospitais

Resolução CFM	1.331	21/09/1989 Art. 15, XVII (Prontuário)
Portaria SAS	74	04/05/1994 Art. 7º, V
Lei	11.802	18/01/1995 Art. 17 (Hospitais Psiquiátricos)
Portaria MS	272	01/03/1995 Art. 3º Lei 8.142 (Internação Hospitalar)
Resolução CFM	1.451	10/03/1995 Art. 15, XVII (Urgência /Emergência)
Portaria MS	1.692	14/09/1995 Art. 3º Lei 8.142 (IVH-E)
Resolução CONANDA	41	13/10/1995 Art. 7º, II (Criança Hospitalizada)
Lei	9.431	06/01/1997 Art. 7º, II (Infecção Hospitalar)
Portaria SAS	113	04/09/1997 Art.15, V (Internação Hospitalar)
Portaria MS	1.890	18/12/1997 Art. 15, IV (Diagnose)
Portaria MS	1.892	18/12/1997 Art. 19-I (Internação Hospitalar)
Portaria MS	2.616	12/05/1998 Art. 7º, II (Infecção Hospitalar)
Portaria MS	2.929	09/06/1998 Art. 16, III a (Credenciamento)
Resolução CFM	1.493	15/08/1998 Art. 15, XVII (Médico Assistente)
Portaria MS	74	29/01/1999 Art. 15, V (BPPH)
Portaria MS	221	24/03/1999 Art. 1º (Internações Hospitalares)
Portaria MS	280	07/04/1999 Art. 7º, II (Acompanhantes Hospitais)
Portaria MS	1.127	31/08/1999 Art. 45 (Universitários)
Portaria MS	1.125	31/08/1999 Art. 3º Lei 8.142 (Repasse de Recursos)
Portaria MS	1.480	28/12/1999 Art. 45 (FIDEPS)
Resolução RDC	48	02/06/2000 Art. 15, V (Infecção Hospitalar)
Lei	9.982	14/07/2000 Art. 7º, III (Assistência Religiosa)
Portaria GM/MS	44	10/01/2001 Art. 7º, II (Hospital - Dia)
Portaria MS	538	17/04/2001 Art. 15, V (Acreditação)
Portaria SAS/MS	202	19/06/2001 Art. 15, V
Portaria MS	881	19/06/2001 Art. 15, V (PNHAH)
Portaria MS	1.006	04/07/2001 Art. 16, XIII (Estratégico)
Portaria MS	1.969	25/10/2001 Art. 16, V (AIH)
Portaria MS	1.970	25/10/2001 Art. 15, VI (Acreditação Hospitalar)
Resolução ANVS/RDC	50	21/02/2002 Art. 15, V
Lei	14.117	16/04/2002 Art. 7º, IV
Lei	14.123	24/04/2002 Art. 7º, II (Emissões Otoacústicas)
Lei	3.892	16/07/2002 Art. 15, XXI (Urgência e Emergência)
Portaria MS	1.839	09/10/2002 Art. 3º Lei 8.142 (IVH-E)

Hospitais Penitenciários

Ver:

Sistema Penitenciário - Saúde

Idosos

Lei	8.842	04/01/1994 Art. 2º, § 1º
Lei	8.926	09/08/1994 Art. 2º, § 1º e 6º, VI (Bulas)
Portaria MS	1.395	10/12/1999 Art. 2º, § 1º (Pol.Nac.Idoso)
Portaria MS	702	12/04/2002 Art. 2º, § 1º (Política Nacional)
Decreto	1.948	03/07/1996 Art. 2º, § 1º (Política Nac. Idoso)
Decreto	4.227	13/05/2002 Art. 2º, § 1º (CNDI)
Decreto	4.287	27/06/2002 Art. 2º § 1º (CNDI)
Decreto	4.360	05/09/2002 Art. 2º § 1º
Portaria SEAS/MPAS	73	10/05/2001 Art. 2º § 1º
Portaria Interm. MPAS/MS	5.153	07/04/1999 Art. 13, IV
Resolução INSS	435	18/03/1997 Art. 2º, § 1º(Prestação Continuada)
Lei	10.173	09/01/2001 Art. 2º, § 1º
Portaria SAS/MS	249	16/04/2002 Art. 16, III a
Portaria MS	280	07/04/1999 Art. 7º, II (Acompanhantes Hospitais)
Decreto	1.744	08/12/1995 Art. 2º, § 1º

Imposto de Renda

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Imposto de Renda - Deficientes

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Improbidade Administrativa

Ver:

Sanções

Imunização

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Incentivo Financeiro Adicional

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Índice de Valorização Hospitalar e Emergência

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Índios

Lei	6.001	19/12/1973	Art. 19-A
Decreto	1.141	19/05/1994	Art. 19-A
Decreto	3.156	27/08/1999	Art. 19-C
Portaria MS	1.163	14/09/1999	Art. 19-C
Portaria FUNASA	852	30/09/1999	Art. 19-G § 1º (Distritos Sanitários)
Resolução CNS	304	09/09/2000	Art. 15, XIX (Seres Humanos)
Portaria MS	543	12/04/2001	Art. 19-C
Decreto	3.799	19/04/2001	Art. 19-A

Infecção Hospitalar

Ver:

Hospitais

Informação - Saúde

Portaria Interm. MS/MEC	796	29/05/1992	Art. 7º, II (AIDS)
Portaria MS	118	29/01/1993	Art. 39 § 8º
Portaria SAS/MS	97	28/07/1993	Art. 15, XI
Portaria SPS/MS	124	19/11/1994	Art. 7º, V (Riscos - Indicação Terapêutica)
Portaria MS	2.163	29/12/1994	Art. 16, I (SINAN)
Lei	9.051	18/05/1995	Art. 7º, V (Informação)
Portaria MS	115	25/01/1996	Art. 15, IV
Portaria MS	820	25/06/1997	Art. 15, IV (RIPSA)
Resolução CFM	1.484	11/09/1997	Art. 15 XVII (Atestado Médico)
Lei	2.802	01/10/1997	Art. 7º, V (Estupro/aborto)
Portaria MS	3.947	25/11/1998	Art. 15, IV
Portaria MS	74	29/01/1999	Art. 15, V (BPPH)
Portaria SAS	35	04/02/1999	Art. 15, IV (SIA/SUS)
Portaria MS	221	24/03/1999	Art. 1º (Internações Hospitalares)
Portaria MS	398	12/04/2000	Art. 15, IV (RIPSA)
Portaria MS	443	26/04/2000	Art. 15, IV (RIPSA)
Portaria MS/SPS	9	05/07/2000	Art. 36 (Humanização - Pré-natal)
Portaria FUNASA	475	31/08/2000	Art. 15, IV (SINASC)
Portaria MS	1.137	06/10/2000	Art. 16, XVII, XIX
Portaria SAS	403	20/10/2000	Art. 15, IV
Portaria MS	1.315	30/11/2000	Art. 16, III a (Medula Óssea/REDOME)
Portaria SAS/MS	511	29/12/2000	Art. 1º (FCES)
Portaria MS	17	04/01/2001	Art. 15, IV
Lei	13.789	05/01/2001	Art. 6º, VI (Drogas)
Resolução CM/SE	4	31/01/2001	Art. 6º, VI
Portaria MS/SE	39	19/04/2001	Art. 15, IV
Portaria SE/SPS	23	25/05/2001	Art. 15, IV (SISPRENATAL)
Resolução ANVS/DC	149	14/08/2001	Art. 16, XVI (Sistema Inform. Sangue)
Portaria MS	2.009 a	30/10/2001	Art. 7º, VIII
MP	69	27/09/2002	Art. 5º, III (Sigilo)

Infrações - Multas

Ver:
Sanções

Infrações Sanitárias

Ver:
Vigilância Sanitária

Instituto de Biologia do Exército

Ver:
Laboratórios de Saúde Pública

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição- INAN

Ver:
Estrutura Administrativa Federal

Interiorização -Saúde

Ver:
Recursos Humanos - Saúde

Internação Hospitalar

Ver:
Hospitais

IPI - Isenção - Aparelhos Ortopédicos

Ver:
Políticas Econômicas e Fiscais

IPI - Isenção-Marcapasso

Ver:
Políticas Econômicas e Fiscais

Isenção IPI - Automóveis

Ver:
Pessoas Portadoras de Deficiência

Laboratório de Histocompatibilidade

Ver:
Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Laboratórios de Saúde Pública

Portaria MS	1.919	16/10/2001	Art. 16, III c (Notificação)
Portaria MS	15	03/01/2002	Art. 16, III b
Portaria MS	360	20/02/2002	Art.16, III b
Portaria MS	372	03/09/1996	Art. 16, III b (Instituto de Biologia do Exército)

Lei de Responsabilidade Fiscal

Ver:
Políticas Econômicas e Fiscais

Licitações e Contratos

Ver:
Políticas Econômicas e Fiscais

Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS

Ver:
Pessoas Portadoras de Deficiência

Lixo Hospitalar

Ver:
Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar

Ver:
Hospitais

Manual de Atenção Básica - SUS

Ver:
Sistema Único de Saúde

Maus-tratos - Criança e Adolescente

Ver:
Criança e Adolescente - Saúde

Medicamentos

Decreto	79.094	05/01/1977	Art. 6º, VI
Lei	6.480	01/12/1977	Art. 6º, VI
Decreto	83.239	06/03/1979	Art. 6º, VI (Drogas)
Decreto Legislativo	162	14/06/1991	Art. 6º, VI
Portaria SVS	93	24/08/1993	Art. 6º, VI
Portaria MS	112	19/11/1993	Art. 6º, VI
Portaria SVS/MS	63	04/07/1994	Art. 6º, VI (Talidomida)
Lei	8.926	09/08/1994	Art. 2º, § 1º e 6º, VI (Bulas)
Portaria MS	2.043	12/12/1994	Art. 6º,
Portaria SVS	2	24/01/1995	Art. 6º, VI
Portaria SVS/MS	17	03/03/1995	Art. 6º, VI (Indústria Farmacêutica)
Portaria MS	2.661	20/12/1995	Art. 6º, VI
Portaria MS	95	20/06/1996	Art. 6º, VI (Embalagens)
Portaria MS	2.419	04/10/1996	Art. 16, XVI (PNCQMH)
Lei	9.313	13/11/1996	Art. 6º, I d
Portaria ANVISA	110	10/03/1997	Art. 6º, VI (Bula)
Portaria SVS/MS	354	15/08/1997	Art. 6º, VI (Talidomida)
Resolução ANVS/DC	280	07/05/1998	Art. 6º, VI
Portaria MS	344	12/05/1998	Art. 6º, VI (Medicamentos Especiais)
Portaria MS	2.814	29/05/1998	Art. 6º, VI
Portaria SVS	801	07/10/1998	Art. 6º, VI (Cadastramento)
Portaria SVS	802	08/10/1998	Art. 6º, VI
Portaria MS	3.765	20/10/1998	Art. 6º, VI
Portaria MS	3.916	30/10/1998	Art. 6º, VI (Polít.Nac.Medicamentos)
Lei	9.787	10/02/1999	Art. 6º, VI (Genéricos)
Portaria MS	254	31/03/1999	Art. 6º, I d (Excepcionais)
Portaria MS	507	23/04/1999	Art. 6º, VI (Essenciais)
Resolução ANVS	328	22/07/1999	Art. 6º, VI
Portaria MS	1.077	24/08/1999	Art. 6º, I d (Essenciais)
Decreto	3.181	23/09/1999	Art. 6º, VI
Portaria MS	1.481	28/12/1999	Art. 6º, I d e 3º Lei 8.142 (Financiamento-Medicam. Excepcionais)
Resolução CFF	349	20/01/2000	Art. 15, XVII (Genéricos/Farmácias)
Resolução ANVS/RDC	33	19/04/2000	Art. 6º, VI
Resolução ANVS/RDC	34	20/04/2000	Art. 6º, VI
Lei	9.965	27/04/2000	Art. 6º, VI (Anabolizantes)
Resolução ANVS/DC	45	15/05/2000	Art. 6º, VI (Genéricos)
Resolução CFM	1.595	18/05/2000	Art. 15, XVII (Amostras Grátis)
Resolução ANVS/RDC	59	27/06/2000	Art. 6º, VI
Portaria MS	818	26/07/2000	Art. 6º, I d (Medicamentos Excepcionais)
Resolução RDC	92	23/10/2000	Art. 6º, VI
Decreto	3.675	28/11/2000	Art. 6º, VI (genéricos)
Resolução ANVS/DC	102	30/11/2000	Art. 5º, III e 6º, VI
Resolução ANVS/DC	10	02/01/2001	Art. 6º, VI (Genéricos)
Decreto	3.718	03/01/2001	Art. 6º, VI (Genéricos)
Lei	13.789	05/01/2001	Art. 6º, VI (Drogas)
Portaria MS	131	31/01/2001	Art. 6º, VI (Essenciais)
Resolução CM/SE	4	31/01/2001	Art. 6º, VI
Lei	14.133	21/02/2001	Art. 6º, VI (Política Est.)
Lei	10.213	27/03/2001	Art. 6º, VI
Resolução ANVS	47	28/03/2001	Art. 6º, VI (Genéricos)
Portaria MS	696	07/05/2001	Art. 6º, VI (Monitorização)
Resolução ANVS/DC	89	08/05/2001	Art. 6º, VI (CATEME)
Decreto	3.841	11/06/2001	Art. 6º, VI (genéricos)
Portaria MS	971	03/07/2001	Art. 6º, I d (Medicamentos Excepcionais)
Resolução ANVS/DC	133	12/07/2001	Art. 6º, VI (Preços)
Resolução ANVS/RDC	134	13/07/2001	Art. 6º, VI
MP	2.230	06/09/2001	Art. 6º., VI (Câmara de Medic/. - Criação)
Resolução CM/SE	9	13/09/2001	Art. 6º, VI
Decreto	3.961	10/10/2001	Art. 6º, VI
Resolução CM/SE	11	19/10/2001	Art. 6º, VI
Lei (SP)	10.938	19/10/2001	Art. 6º, VI (Polit. Medic. Est.)

Decreto	4.045	06/12/2001	Art. 6º, VI (Câmara de Medicamentos)
Resolução ANSS/DC	238	27/12/2001	Art. 6º, VI (Dispensação)
Lei	10.409	11/01/2002	Art. 6º, VI (Drogas)
Portaria Conjunta	25	30/01/2002	Art. 6º, VI (Talidomida)
Portaria MS	535	14/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (AIDS)
Resolução RDC	83	18/03/2002	Art. 5º, III (Ácido Acetilsalicílico)
Decreto	4.204	23/04/2002	Art. 6º, VI (genéricos)
Lei	14.122	24/04/2002	Art. 6º, VI (Receituário/Genéricos)
Portaria SAS/MS	346	15/05/2002	Art. 6º, I d (Dispensação/Excepcionais)
Portaria ANVS	11	12/07/2002	Art. 6º, VI (Genéricos)
Portaria MS	1.587	03/09/2002	Art. 6º, VI (Essenciais)

Medicina Alternativa

Ver:

Terapias Alternativas

Médicos - Responsabilidade

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Medula Óssea - Transplante

Ver:

Transplante

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Lei	5.318	26/09/1967	Art. 32 § 3º (Saneamento)
Lei	6.453	17/10/1977	Art. 6º, IX (Danos Nucleares)
Lei	6.938	31/08/1981	Art. 6º, V
Lei	7.827	29/12/1983	Art. 17, V
Decreto	96.044	18/05/1988	Art. 6º, IX (Transporte Produtos)
Lei	7.802	11/07/1989	Art. 6º, IX (Lixo)
Lei	7.804	18/07/1989	Art. 6º, V
Decreto	98.062	18/08/1989	Art. 6º, IX (Lixo)
Decreto	98.973	21/02/1990	Art. 6º, IX (Transporte Produtos)
Resolução CONAMA	1	08/03/1990	Art. 6º, V (Ruídos)
Resolução CONAMA	2	08/03/1990	Art. 6º, V (Ruídos)
Resolução CONAMA	3	28/06/1990	Art. 6º, V (Qualidade do Ar)
Resolução CONAMA	6	19/09/1991	Art. 6º, V (Queimada)
Lei	5.850	22/10/1991	Art. 17, V (Transporte de Agrotóxicos)
Resolução CONAMA	5	05/08/1993	Art. 6º, V (Lixo)
Decreto	1.141	19/05/1994	Art. 19-A
Resolução CONAMA	20	07/12/1994	Art. 6º, V
Lei	8.974	05/01/1995	Art. 6º, IV
Portaria MS	595	20/04/1995	Art. 16, II a
Lei	9.055	01/06/1995	Art. 6º (Amianto)
Decreto	1.752	20/12/1995	Art. 6º, V (Biossegurança)
Resolução CNEN	10	26/03/1996	Art. 6º, IX
Lei	6.777	25/06/1996	Art. 17, V
Portaria Normativa - Instrução Normativa	84 4	15/11/1996	Art. 6º, IX Art. 6º, V e IX
Lei	9.433	08/01/1997	Art. 6º, VIII
Instrução Normativa	6	06/03/1997	Art. 6º, V
Portaria SVS	168	05/05/1997	Art. 6º, IX
Decreto	2.350	15/10/1997	Art. 6º, V
Lei	9.605	12/02/1998	Art. 6º, V (Infrações-Meio Ambiente)
Portaria SVS/MS	453	01/06/1998	Art. 6º, IX (Raio X)
Portaria MS	3.523	28/08/1998	Art. 6, V (Ar Condicionado)
Lei	12.493	22/01/1999	Art. 17, V (Agrotóxicos)
Portaria Interm. MS/MTb	482	16/04/1999	Art. 13, VI (Gás Óxido de Etileno)
Lei	9.795	27/04/1999	Art. 6º, V
Decreto	3.179	21/09/1999	Art. 6º, V
Decreto	s/n	21/09/1999	Art. 6º, V
Instrução Normativa	19	19/04/2000	Art. 6º, V (Biossegurança)
Lei	9.974	06/06/2000	Art. 6º, IX (Lixo)
Resolução ANVS/DC	176	24/10/2000	Art. 6º, V (Ar Condicionado)

Lei	6.477	08/12/2000	Art. 17, XII (Amianto)
Lei	10.165	27/12/2000	Art. 6º, V
Decreto	3.799	19/04/2001	Art. 19-A
Lei	10.813	24/05/2001	Art. 17, IV d (Importação/Amianto)
Lei	3.579	07/06/2001	Art. 17, V
Resolução CONAMA	283	12/07/2001	Art. 6º, V (Lixo Hospitalar)
MP	2.163	24/08/2001	Art. 6º, V (Danos Ambientais)
MP	2.191	24/08/2001	Art. 6º, V
Portaria MS	2.253	11/12/2001	Art. 6º, V (Comissão Permanente)
Decreto	4.074	04/01/2002	Art. 6º, IX (Lixo)
Decreto	4.097	23/01/2002	Art. 6º, IX (Transportes de Produtos)
Portaria MS	343 (a)	19/02/2002	Art. 6º, V
Resolução ANVS/RDC	57	26/02/2002	Art. 6º, VI (Agrotóxicos Modificados)
Decreto	41.788	13/03/2002	Art. 18, IV e (Amianto)
Decreto	4.281	25/06/2002	Art. 6º, VI
Lei	14.248	29/07/2002	Art. 6º, V (Lixo)
MP	69	27/09/2002	Art. 5º, III (Sigilo)

Morte Encefálica

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Mulher - Saúde

Resolução CFM	1.358	11/11/1992	Art. 15, XVII (Reprodução-Ética)
Resolução CNS	39	04/02/1993	Art. 12
Portaria MS	799	20/07/1993	Art. 16, I (Hipovitaminose A/Anemia)
Portaria MS	1.131	20/09/1993	Art. 16, I (Hipovitaminose A/Anemia)
Portaria MS	663	22/03/1994	Art. 5º, I (Mortalidade)
Lei	9.263	12/01/1996	Art. 2º, § 1º (Esterilização)
Lei	2.566	05/06/1996	Art. 15, XIX
Resolução CFM	1.483	11/09/1997	Art. 15, XVII (Mastectomia Parcial)
Portaria MS	1.317	15/09/1997	Art. 16, I (Gestante-Risco Nutricional)
Lei	2.802	01/10/1997	Art. 7º, V (Estupro/Aborto)
Portaria SVS/MS	453	01/06/1998	Art. 6º, IX (Raio X)
Resolução CNS	285	06/08/1998	Art. 37 (Câncer Uterino)
Portaria MS	3.907	30/10/1998	Art. 15, XXI
Portaria SPS/MS	23	04/08/1999	Art. 16, XI (Aleitamento Materno)
Portaria MS	985	05/08/1999	Art. 3º Lei 8.142 (CPN)
Portaria MC	1.091	25/08/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Neonatal-SUS)
Portaria MS	569	01/06/2000	Art. 15, V e (Pré-Natal)
Portaria MS	572	01/06/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Parto)
Portaria MS	570	01/06/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Pré-Natal)
Portaria MS	466	14/06/2000	Art. 37 (Limite Cesarianas)
Portaria MS/SPS	9	05/07/2000	Art. 36 (Humanização - Pré-natal)
Portaria MS	693	05/07/2000	Art. 15, XVI (Método Canguru)
Resolução CNS	303	06/07/2000	Art. 15, XIX
Portaria SE/SPS	23	25/05/2001	Art. 15, IV (SISPRENATAL)
Portaria MS	2.080	13/11/2001	Art. 37 (cesariana)
Lei	10.516	11/07/2002	Art. 15, IV (Carteira de Saúde)

Norma Operacional Básica - NOB/SUS

Ver:

Norma Operacional de Assistência à Saúde

Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS

Portaria MS	545	20/05/1993	Art. 8º (NOB/93)
Portaria MS	2.203	05/11/1996	Art. 8º (NOB 1/96)
Portaria MS	1.399	15/12/1999	Art. 8º 16 III c, 3º/8142 (NOB)
Portaria MS	975	03/07/2001	Art. 3º Lei 8.142 (NOAS/SUS)
Portaria MS	2.215	05/12/2001	Art. 8º (NOAS-SUS 01/2001)
Portaria MS	373	27/02/2002	Art. 8º (NOAS/2001)
Portaria MS	1.666	19/09/2002	Art. 8º

Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST

Ver:

Trabalhador - Saúde

Nutrição Parenteral e Enteral

Ver:

Alimentos

Oftalmologia

Portaria MS	866	09/05/2002	Art. 16, III a (Oftalmologia)
Portaria MS	867	09/05/2002	Art. 16, III a (Glaucoma)
Portaria SAS/MS	339	05/07/2002	Art. 16, III a (Centros de Referência em

Organismos Geneticamente Modificados

Ver:

Biossegurança

Organização Nacional de Acreditação Hospitalar

Ver:

Hospitais

Órgãos de Utilidade Pública

Lei	91	28/08/1935	Art. 25 (Declaração)
Decreto	50.517	02/05/1961	Art. 25
Decreto	60.931	04/07/1967	Art. 25

Órgãos Humanos

Lei	8.501	30/11/1992	Art. 15, XIX (Cadáveres)
Portaria SAS/MS	27	12/02/1996	Art. 16, III a (Transplantes)
Lei	9.434	04/02/1997	Art. 16, III a , XVI (Transplante)
Decreto	2.268	30/06/1997	Art. 16, III a
Portaria MS	3.407	05/08/1998	Art. 15, V e 16 III a (Transplante)
Portaria MS	3.761	20/10/1998	Art. 15, V e 16 III a
Portaria SAS	263	31/03/1999	Art. 15, XIX
Portaria MS	333	24/03/2000	Art. 16, III a (Banco de Válvulas Cardíacas)
Portaria MS	901	16/08/2000	Art. 16, III a (Transplante)
Portaria MS	902	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco de Olhos)
Portaria MS	904	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco - Tecidos)
Portaria MS	903	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco - Cordão Umbilical)
Portaria MS	1.183	25/10/2000	Art. 16, III a (Doadores)
Portaria MS	1.316	30/11/2000	Art. 15, V e 16, III a (Medula Óssea)
Portaria MS	1.315	30/11/2000	Art. 16, III a (Medula Óssea/REDOME)
Lei	10.211	23/03/2001	Art. 16, III a
Resolução CFM	1.623	11/07/2001	Art. 15, XVII (Transplante-Tecidos)
Portaria MS	1.559	06/09/2001	Art. 16, III a (Banco de Olhos)
Portaria ANVS	187	01/04/2002	Art. 16, XVI (Anvisa)

Ouvidoria Geral da Saúde

Portaria MS	772	07/04/1994	Art. 7º, VIII (Ouvidoria)
-------------	-----	------------	---------------------------

Parceria - Saúde

Lei	8.142	28/12/1990	Anexa a LOS
Lei	8.958	20/12/1994	Art. 8º
Lei	9.790	23/03/1999	Art. 24 § único (Parceria)
Decreto	3.100	30/06/1999	Art. 24 § único
Portaria MS	1.413	30/08/2000	Art. 25
MP	2.216	31/08/2001	Art. 2º, § 1º, 9º I e 24 § único

Passo Livre - Deficientes Físicos - Carentes - Pobres

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Pensão - Portadores de Talidomida

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Pesquisa - Saúde

Lei	8.501	30/11/1992	Art. 15, XIX (Cadáveres)
Lei	8.958	20/12/1994	Art. 8º
Lei	2.566	05/06/1996	Art. 15, XIX
Resolução CNS	196	10/10/1996	Art. 15, XIX (Seres Humanos)
Resolução CNS	251	07/08/1997	Art. 15, XIX (Seres Humanos)

Resolução CFM	1.482	10/09/1997	Art. 15, XVII (Transgenitalização)
Resolução CFP	11	20/10/1997	Art. 15, XVII
Portaria SVS/MS	331	06/05/1998	Art. 15, XIX (Importação/pesquisa)
Portaria SAS	263	31/03/1999	Art. 15, XIX
Resolução CNS	292	08/07/1999	Art. 15, XIX (Seres Humanos)
Portaria MS	1.480	28/12/1999	Art. 45 (FIDEPS)
Resolução CNS	304	09/09/2000	Art. 15, XIX (Seres Humanos)
Resolução CFP	16	20/12/2000	Art. 15, XVII
Portaria MS	765	16/05/2001	Art. 45 (FIDEPS)
Portaria MS	918	21/06/2001	Art. 15 XIX (Aids)
Lei	10.332	19/12/2001	Art. 6º, X (Financiamento)
Decreto	4.143	25/02/2002	Art. 6º, X (Financiamento)
Resolução ANVS/RDC	57	26/02/2002	Art. 6º, VI (Agrotóxicos Modificados)
Decreto	4.154	07/03/2002	Art. 6º, X (Financiamento)

Pessoas Portadoras de Deficiência

Lei	7.405	12/11/1985	Art. 2º, § 1º (Acesso - Símbolo)
Lei	7.853	24/10/1989	Art. 2º, § 1º (Corde-Tutela)
Lei	8.000	13/03/1990	Art. 2º, § 1º (IPI - Automóveis)
Lei	8.028	13/04/1990	Art. 2º, § 1º (Corde-Tutela)
Lei	8.160	08/01/1991	Art. 2º, § 1º (Símbolos)
Decreto	129	22/05/1991	Art. 2º, § 1º
Lei	8.686	20/07/1993	Art. 2º, § 1º (Talidomida)
Lei	8.687	20/07/1993	Art. 2º, § 1º (IR - Deficiência mental)
Lei	8.899	29/06/1994	Art. 2º, § 1º (Transporte)
Lei	6.565	28/11/1994	Art. 2º, § 1º (Filho Excepcional)
Lei	8.989	24/02/1995	Art. 2º, § 1º (IPI - Automóvel)
Lei	9.144	08/12/1995	Art. 2º, § 1º
Decreto	1.744	08/12/1995	Art. 2º, § 1º
Resolução INSS	435	18/03/1997	Art. 2º, § 1º (Prestação Continuada)
Lei	9.867	10/11/1999	Art. 2º, § 1º
Decreto	3.298	20/12/1999	Art. 2º, § 1º (Corde-Tutela)
Lei	10.048	08/11/2000	Art. 2º, § 1º (Atendimento - Prioridade)
Lei	10.050	14/11/2000	Art. 2º, § 1º (Filho Necessitado)
Lei	10.098	19/12/2000	Art. 2º, § 1º (Acesso)
Decreto	3.691	19/12/2000	Art. 2º, § 1º
Lei	10.182	14/02/2001	Art. 2º, § 1º (Isenção IPI)
Portaria Interm. MT/MJ/MS 3		10/04/2001	Art. 2º, § 1º
Portaria MC	246	10/05/2001	Art. 2º, § 1º (Acesso)
Lei	10.226	15/05/2001	Art. 2º, § 1º (Votação - Acesso)
Decreto Legislativo	198	13/06/2001	Art. 2º, § 1º
Resolução CONADE	8	20/06/2001	Art. 2º, § 1º
MP	2.216	31/08/2001	Art. 2º, § 1º, 9º I e 24 § único
Decreto	3.956	08/10/2001	Art. 2º, § 1º
Lei	10.436	24/04/2002	Art. 2º, § 1º (LIBRAS)
Portaria MC	1.060	05/06/2002	Art. 2º, § 1º
Decreto	4.360	05/09/2002	Art. 2º, § 1º

PIS/PASEP

Ver:

Direitos - Saúde

Piso de Atenção Básica

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Placas Informativas - Remédios / Dispensação / Manipulação - Remédios

Ver:

Medicamentos

Planejamento Familiar

Ver:

Mulher - Saúde

Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal - PIACM

Ver:

Saúde - Prevenção

Plano Plurianual 2000 - 2003

Lei 9.989 21/07/2000 Art. 31

Planos de Saúde

Lei	7.670	08/09/1988	Art. 2º, § 1º (Planos de Saúde - AIDS)
Lei	9.656	03/06/1998	Art. 1º
Lei	10.185	12/02/2001	Art. 1º
Lei	10.223	15/05/2001	Art. 1º (Cirurgia Plástica)
MP	2.177-44	24/08/2001	Art. 1º (Ag.Nac.Saúde Supl.)
Decreto	4.044	06/12/2001	Art. 1º (ANSS)
Portaria MS	1.101	12/06/2002	Art. 15, V (Parâmetros)

Planos Privados de Assistência à Saúde.**Ver:**

Planos de Saúde

Políticas Econômicas e Fiscais

Decreto-Lei	1.119	11/08/1970	Art. 2º, § 1º(Marcapasso Cardíaco)
Lei	2.603	15/09/1985	Art. 2º, § 1º
Lei	7.713	22/12/1988	Art. 2º, § 1º (Câncer - IR)
Lei	8.000	13/03/1990	Art. 2º, § 1º (IPI - Automóveis)
Lei	8.010	29/03/1990	Art. 6º, X (Importação)
Lei	8.142	28/12/1990	Anexa a LOS
Lei	8.441	13/07/1992	Art. 32 (DPVAT)
Resolução Cons. Dir.	2	17/12/1992	Art. 2º, §º (FGTS-AIDS)
Lei	8.541	23/12/1992	Art. 2º, § 1º (Moléstia - IR)
Lei	8.666	21/06/1993	Art. 24 § único (Licitações e Contratos)
Lei	8.687	20/07/1993	Art. 2º, § 1º (IR - Deficiência mental)
Portaria MS	1.286	26/10/1993	Art. 24 § Único (Contratos Prestação de serviços – Estado/DF/Município)
Lei	8.922	25/04/1994	Art. 2º, § 1º (FGTS)
Decreto	1.232	30/08/1994	Art. 33 § 1º e 3º da Lei 8.142 (FNS)
Lei	8.989	24/02/1995	Art. 2º, § 1º (IPI - Automóvel)
Portaria MS	272	01/03/1995	Art. 3º Lei 8.142 (Internação Hospitalar)
Lei	9.023	05/04/1995	Art. 38
Portaria MS	1.692	14/09/1995	Art. 3º Lei 8.142 (IVH-E)
Lei	9.144	08/12/1995	Art. 2º § 1º
Portaria SAS/MS	27	12/02/1996	Art. 16, III a (Transplantes)
Lei	9.311	24/10/1996	Art. 33 § 1º (CPMF)
Portaria MA/GM	46	22/01/1997	Art. 2º
Lei (SP)	9.452	20/03/1997	Art. 16, XIX
Portaria SAS	50	11/04/1997	Art. 3º Lei 8.142 (Epilepsia)
Lei	9.533	10/12/1997	Art. 2º § 1º (Apoio Financeiro)
Portaria MS	1.882	18/12/1997	Art. 3º Lei 8.142 (PAB)
Portaria MS	1.886	18/12/1997	Art. 3º Lei 8.142 (Programa Agente Comunitário)
Lei	9.604	05/02/1998	Art. 33 § 4º
Portaria MS	157	10/02/1998	Art. 3º Lei 8.142 (Incentivo)
Emenda Constitucional	20	15/02/1998	Art. 33 § 1º
Portaria SVS/MS	331	06/05/1998	Art. 15, XIX (Importação/pesquisa)
Portaria MS	3.409	05/08/1998	Art. 3º Lei 8.142
Portaria MS	3.925	13/11/1998	Art. 3º Lei 8.142 (Financiamento)
Portaria Interm. MS/MF/MJ	4.044	29/12/1998	Art. 32 (DPVAT)
Portaria MS	176	08/03/1999	Art. 6º, I d e 3º Lei 8142 (Assistência Farmacêutica)
Emenda Constitucional	21	19/03/1999	Art. 33 § 1º (CPMF)
Lei	9.790	23/03/1999	Art. 24 § único (Parceria)
Portaria MS	707	08/06/1999	Art. 24 § único (Créditos-Transferência)
Portaria MS	832	28/06/1999	Art. 16, XVII (PAB)
Decreto	3.100	30/06/1999	Art. 24 § único
Portaria MS	985	05/08/1999	Art. 3º Lei 8.142 (CPN)
Portaria MC	1.091	25/08/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Neonatal-SUS)
Portaria MS	1.125	31/08/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Repasse de Recursos)

Portaria MS	1.181	17/09/1999	Art. 3º Lei 8.142
Portaria MS	1.329	12/11/1999	Art. 3º Lei 8.142 (PAB)
Portaria MS	1.349	18/11/1999	Art. 9º, III
Portaria MS	1.348	18/11/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Família-Saúde)
Portaria MS	1.399	15/12/1999	Art. 8º, 16 III c, 3º Lei 8142 (NOB)
Portaria MS	1.481	28/12/1999	Art. 6º, I d e 3º Lei 8.142
Portaria GM/MS	1.479	28/12/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Câmara de Compensação-Alta)
Lei	101	04/05/2000	Art. 33
Lei Complementar	101	04/05/2000	Art. 9º (Gestão Fiscal)
Portaria MS	570	01/06/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Pré-Natal)
Portaria MS	572	01/06/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Parto)
Portaria MS	818	26/07/2000	Art. 6º, I d (Medicamentos Excepcionais)
Lei	9.998	17/08/2000	Art. 2º § 1º
Emenda Constitucional	29	13/09/2000	Art 33 § 1º
Portaria MS	1.444	28/12/2000	Art. 3º Lei 8.142 (Saúde Bucal)
Portaria MS	145	31/01/2001	Art. 3º Lei 8.142 (Transferências Fundo a Fundo)
Portaria MS	144	31/01/2001	Art. 3º Lei 8.142 (Recursos Fundo a Fundo)
Lei	10.182	14/02/2001	Art. 2º, § 1º (Isenção IPI)
Lei	10.191	14/02/2001	Art. 6º, VI e 9º, I
Portaria MS	267	06/03/2001	Art. 3º Lei 8.142 (Saúde Bucal)
Portaria MS	343	21/03/2001	Art.3º Lei 8.142 (Incentivos)
Portaria MS	483	06/04/2001	Art. 36 (PPI)
Portaria MS	544	11/04/2001	Art. 3º Lei 8.142 (Convênios-Investimento)
Portaria MS	548	12/04/2001	Art. 36 (Gestão/Metas)
Portaria MS	627	26/04/2001	Art. 35, VII (SIA/SUS)
Portaria MS	765	16/05/2001	Art. 45 (FIDEPS)
Lei	10.813	24/05/2001	Art. 17, IV d (Importação/Amianto)
Portaria MS	975	03/07/2001	Art. 3º Lei 8.142 (NOAS/SUS)
MP	2.216	31/08/2001	Art. 2º, § 1º, 9º I e 24 § único
Portaria Conjunta	151	24/09/2001	Art. 3º Lei 8.142 (Transferência Fundo a Fundo)
Decreto	3.964	10/10/2001	Art. 33 § 1º (FNS)
Portaria MS	2.034	07/11/2001	Art. 3º Lei 8.142 (PAB)
Portaria MS	2.167	21/11/2001	Art. 33 § 4º (Transferência de Recursos -
Lei	10.332	19/12/2001	Art. 6º, X (Financiamento)
Portaria MS	2.309	19/12/2001	Art. 35, VII e 3º Lei 8.142 (CNRAC)
Portaria SAS	589	27/12/2001	Art. 3º Lei 8.142 (CNRAC)
Portaria MS	1	03/01/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Transferência Fundo)
Portaria SAS/MS	4	10/01/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Repasse de Recursos)
Decreto	4.143	25/02/2002	Art. 6º, X (Financiamento)
Portaria MS	382	01/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (FUNASA)
Portaria MS	382	01/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Repasse Recursos)
Decreto	4.154	07/03/2002	Art. 6º, X (Financiamento)
Portaria MS	535	14/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (AIDS)
Portaria MS	536	14/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (AIDS)
Resolução CNS	316	04/04/2002	Art. 36 (EC-29/2000)
Portaria GM/MS	816	30/04/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Drogas)
Portaria MS	863	07/05/2002	Art. 4º (Financiamento-Presídios)
Portaria SAS/MS	346	15/05/2002	Art. 6º, I d (Dispensação/Excepcionais)
Portaria MS	1.147	20/06/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Repasse de Recursos)
Resolução RDC	200	12/07/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Transferência Fundo a Fundo)
Portaria MS	1.350	24/07/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Incentivo Financeiro)
Portaria MS	1.474	19/08/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Tuberculose)
Portaria MS	1.839	09/10/2002	Art. 3º Lei 8.142 (IVH-E)

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Ver:

Fome e Pobreza

Política Nacional do Idoso

Ver:

Idosos

Políticas de Alimentação e Nutrição

Ver:

Fome e Pobreza

Poluição Radioativa - Trabalhador

Ver:

Trabalhador - Saúde

Poluição Sonora

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Portadores - HIV

Ver:

AIDS

Preconceitos - Igualdade em Saúde.

Ver:

Discriminação - Proibição

Prescrição de Medicamentos - Vinculação - Vantagens Econômicas -

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Previdência Social

Lei	8.213	24/07/1991	Art. 25
Lei	9.732	11/12/1998	Art. 25
Lei	8.689	27/07/1993	Art. 39 § 5º (INAMPS)

Processos Judiciais - Idosos

Ver:

Ação Judicial

Produtos Danosos à Saúde

Decreto-Lei	891	25/11/1938	Art. 6º, VI
Lei	6.360	23/09/1976	Art. 6º, VI
Lei	6.368	21/11/1976	Art. 6º, VI
Decreto	78.992	21/12/1976	Art. 6º, VI
Decreto	79.094	05/01/1977	Art. 6º, VI
Lei	6.480	01/12/1977	Art. 6º, VI
Decreto	83.239	06/03/1979	Art. 6º, VI (Drogas)
Decreto Legislativo	162	14/06/1991	Art. 6º, VI
Portaria MS	2.169	29/12/1994	Art. 5º, III
Portaria Interm.	477	24/03/1995	Art. 5º, III (Fumo)
Lei	9.294	15/07/1996	Art. 5º, III
Decreto	2.018	01/10/1996	Art. 5º, III (Fumo)
Resolução CONTRAN	81	19/11/1998	Art. 6º b
Lei	9.787	10/02/1999	Art. 6º, VI (Genéricos)
Decreto	3.157	27/08/1999	Art. 5º, III (Fumo)
Decreto	3.181	23/09/1999	Art. 6º, VI
Lei	9.965	27/04/2000	Art. 6º, VI (Anabolizantes)
Lei	10.167	27/12/2000	Art. 5º, III (Bebida, Fumo etc)
Lei	13.789	05/01/2001	Art. 6º, VI (Drogas)
Resolução ANVS/DC	104	31/05/2001	Art. 5º, III (Fumo)
Decreto	3.961	10/10/2001	Art. 6º, VI
Lei	10.409	11/01/2002	Art. 6º, VI (Drogas)
Decreto	4.097	23/01/2002	Art. 6º, IX (Transportes de Produtos)
Portaria GM/MS	816	30/04/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Drogas)
Portaria SAS/MS	305	03/05/2002	Art. 16, III a (Atenção Psicossocial)

Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS

Ver:

Sistema Único de Saúde

Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde

Portaria MS	1.107	14/06/1995	Art. 15, V
-------------	-------	------------	------------

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Ver:

Mulher - Saúde

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Programa de Promoção Atividade Física.

Ver:

Saúde - Prevenção

Programa Nacional de Ações Afirmativas

Ver:

Direitos Humanos

Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outros

Ver:

Produtos Danosos à Saúde

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

Ver:

Avaliação - Saúde

Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia

Ver:

Sangue e Hemoderivados

Programa Nacional de Controle dos Medicamentos Hemoderivados de Uso Humano

Ver:

Medicamentos

Programa Nacional de Cuidadores de Idosos

Ver:

Idosos

Programa Nacional de Direitos Humanos

Ver:

Direitos Humanos

Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar

Ver:

Direitos Humanos

Programação Pactuada e Integrada-PPI

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Pronto Socorro

Resolução CFM	1.451	10/03/1995	Art. 15, XVII (Urgência /Emergência)
Resolução CFM	1.529	28/08/1998	Art. 15, XVII (Atendimento Pré-Hospitalar)
Portaria MS	814	01/06/2001	Art. 15, XXI
Lei	3.892	16/07/2002	Art. 15, XXI (Urgência e Emergência)

Prontuário Médico

Resolução CFM	1.472	07/02/1997	Art. 15, XVII (Laudos Médicos)
Resolução CFM	1.605	15/09/2000	Art. 15, XVII (Sigilo Médico - Prontuário)

Propaganda e Publicidade - Risco à Saúde; Bebidas Alcoólicas; Cigarros; Defensivos

Ver:

Produtos Danosos à Saúde

Protocolos Clínicos

Portaria MS	721	09/08/1989	Art. 16, XVI (Transfusão)
Portaria MS	1.400	14/08/1991	Art. 15, V (Fogo Selvagem)
Portaria MS	1.376	19/11/1993	Art. 16, XVI (Transfusão)
Portaria MS	2.135	22/12/1994	Art. 16, XVI (Transfusão)
Portaria MS	35	11/05/1995	Art. 15, XVI (Marcapasso cardíaco - SUS)
Portaria MC	2.009	04/10/1996	Art. 16, XVI (Transfusão)

Portaria SAS	50	11/04/1997	Art. 3º Lei 8.142 (Epilepsia)
Portaria MS	29	13/01/1998	Art. 16, I (Alimentos)
Portaria MS	344	12/05/1998	Art. 6º, VI (Medicamentos Especiais)
Portaria ANVS	488	17/06/1998	Art.16, XVI (Sangue)
Portaria MS	3.407	05/08/1998	Art. 15, V e 16 III a (Transplante)
Portaria MS	3.761	20/10/1998	Art. 15, V e 16 III a
Portaria MS	715	10/06/1999	Art. 15, V (Diálise)
Portaria MC	712	10/06/1999	Art. 15, V (Doentes Renais)
Portaria MS	1.135	08/09/1999	Art. 16, XVI (Medicina Transfusional)
Portaria MS	1.278	20/10/1999	Art. 16, III a (Implante Coclear)
Portaria MS	82	03/01/2000	Art. 15, V (Diálise)
Resolução ANVS/DC	46	18/05/2000	Art. 16, XVI (Hemoderivados)
Portaria MS	639	21/06/2000	Art. 15, V (Hepatite)
Portaria MS	693	05/07/2000	Art. 15, XVI (Método Canguru)
Portaria MS	816	26/07/2000	Art. 16, III c (Hanseníase)
Portaria MS	1.073	26/09/2000	Art. 15, V (Hanseníase)
Portaria MS	1.316	30/11/2000	Art. 15, V e 16, III a (Medula Óssea)
Resolução CFM	1.609	13/12/2000	Art. 15, XVII (Protocolos Clínicos)
Lei	10.205	21/03/2001	Art. 16, XVI (Coleta de Sangue)
Portaria SAS	97	22/03/2001	Art. 15, V (Esclerose Múltipla)
Portaria SAS/MS	263	18/07/2001	Art. 15, V (Fibrose Cística)
Portaria ANVS/DC	151	21/08/2001	Art. 16, XVI (Sangue)
Portaria SAS/MS	389	19/09/2001	Art. 15, V (Acne)
Portaria SAS/MS	431	03/10/2001	Art. 15, V (Leucemia)
Decreto	3.990	30/10/2001	Art. 16, XVI (Sangue)
Portaria MS	2.305	19/12/2001	Art. 15, V (Osteogeneses Imperfecta)
Portaria Conjunta	25	30/01/2002	Art. 6º, VI (Talidomida)
Portaria SAS/MS	221	02/04/2002	Art. 15, V (Transplantes)
Portaria MS	698	09/04/2002	Art. 16, I (BLH)
Portaria SAS	449	08/07/2002	Art. 15, V (Doença de Gaucher)
Portaria MS	471	23/07/2002	Art. 15, V (Acromegalia)

Psicólogos

Resolução CFP	10	20/10/1997	Art. 15, XVII
Resolução CFP	11	20/10/1997	Art. 15, XVII
Resolução CFP	16	20/12/2000	Art. 15, XVII

Qualidade do Ar

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Queimados - Assistência

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Recursos Humanos - Saúde

Lei	6.494	07/12/1977	Art. 27
Decreto	87.497	18/08/1982	Art. 27 (Estágio - Estudantes)
Lei	8.112	11/12/1990	Art. 45 § 1º
Lei	8.745	09/12/1993	Art. 27(Contrato Temporário)
Lei	6.565	28/11/1994	Art. 2º § 1º (Filho Excepcional)
Decreto	1.480	03/05/1995	Art. 15, XVII
Portaria FUNASA	99	14/02/1996	Art. 16, XV (FNS)
Lei (SP)	9.436	05/02/1997	Art. 27 (Jornada)
Decreto	2.383	12/11/1997	Art. 45 § 1º
Portaria MS	1.886	18/12/1997	Art. 3º Lei 8.142 (Programa Agente)
Resolução CNS	287	08/10/1998	Art. 27 (Atuação no Conselho)
Portaria MS/SPS	26	21/09/1999	Art. 27 (ROREHS)
Decreto	3.189	04/10/1999	Art. 27 (ACS)
Lei	9.849	26/10/1999	Art. 27(Contrato Temporário)
Portaria MS	1.298	28/11/2000	Art. 27 (Centros Formadores)
Decreto	3.745	05/02/2001	Art. 27 (Interiorização)
Portaria MS	227	16/02/2001	Art. 27
MP	10	13/11/2001	Art. 27 (Contrato Temporário)
Decreto	4.050	12/12/2001	Art. 16, XV

Emenda Constitucional	34	13/12/2001	Art. 28 § 1º (Cargos-Acumulação)
Lei	6.439	14/01/2002	Art. 45 § 1º
Portaria Interm. MS/MEC	610	26/03/2002	Art. 27
Decreto	4.194	11/04/2002	Art. 9º, I
Lei	10.429	24/04/2002	Art. 27, I (PROFAE)
Decreto	4.232	14/05/2002	Art. 9º, I e 27
Portaria MS	1.695 a	24/05/2002	Art. 27
Lei	10.507	10/07/2002	Art. 27 (Agente Comunitário)
Portaria FUNASA	3	17/07/2002	Art. 16, XV (Cessão - Servidores)
Portaria MS	1.350	24/07/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Incentivo Financeiro)
Lei	10.539	23/09/2002	Art. 24, § único

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Portaria SNAS/MS	81	05/07/1991	Art. 16, III a
Portaria SAS/MS	27	12/02/1996	Art. 16, III a (Transplantes)
Portaria SVS	113	06/08/1996	Art. 16, XVI
Lei	9.434	04/02/1997	Art. 16, III a , XVI (Transplante)
Decreto	2.268	30/06/1997	Art. 16, III a
Portaria MS	2.929	09/06/1998	Art. 16, III a (Credenciamento)
Portaria MS	3.409	05/08/1998	Art. 3º Lei 8.142
Portaria MS	3.407	05/08/1998	Art. 15, V e 16 III a (Transplante)
Portaria MS	3.432	12/08/1998	Art. 16, III a (UTI)
Portaria MS	3.536	02/09/1998	Art. 16, III a (Oncologia)
Portaria MS	3.535	02/09/1998	Art. 16, III a (Oncologia)
Portaria MS	3.761	20/10/1998	Art. 15, V e 16 III a
Portaria SAS/MS	113	31/03/1999	Art. 16, III a
Portaria SAS/MS	494	26/08/1999	Art. 16, III a (Alto Custo)
Portaria SAS/MS	296	15/09/1999	Art. 16, III a (APAC)
Portaria MS	1.217	13/10/1999	Art. 16, III a
Portaria MS	1.278	20/10/1999	Art. 16, III a (Implante Coclear)
Portaria MS	1.478	28/12/1999	Art. 16, III a (Oncologia)
Portaria GM/MS	1.479	28/12/1999	Art. 3º Lei 8.142 (Câmara de Compensação-Alta Complexidade)
Portaria MS	332	24/03/2000	Art. 16, III a (UTI-Neonatal)
Portaria MS	333	24/03/2000	Art. 16, III a (Banco de Válvulas Cardíacas)
Portaria MS	903	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco - Cordão Umbilical)
Portaria MS	902	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco de Olhos)
Portaria MS	901	16/08/2000	Art. 16, III a (Transplante)
Portaria MS	904	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco - Tecidos)
Portaria MS	1.183	25/10/2000	Art. 16, III a (Doadores)
Portaria MS	1.273	21/11/2000	Art. 16, III a (Queimados)
Portaria MS	1.312	30/11/2000	Art. 16, III a
Portaria MS	1.316	30/11/2000	Art. 15, V e 16, III a (Medula Óssea)
Portaria MS	1.315	30/11/2000	Art. 16, III a (Medula Óssea/REDOME)
Lei	10.211	23/03/2001	Art. 16, III a
Portaria MS	627	26/04/2001	Art. 35, VII (SIA/SUS)
Portaria MS	1.559	06/09/2001	Art. 16, III a (Banco de Olhos)
Portaria MS	2.309	19/12/2001	Art. 35, VII e 3º Lei 8.142 (CNRAC)
Portaria SAS	589	27/12/2001	Art. 3º Lei 8.142 (CNRAC)
Portaria SAS/MS	4	10/01/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Repasse de Recursos)
Portaria SAS/MS	249	16/04/2002	Art. 16, III a
Portaria SAS/MS	305	03/05/2002	Art. 16, III a (Atenção Psicossocial)
Portaria MS	867	09/05/2002	Art. 16, III a (Glaucoma)
Portaria MS	866	09/05/2002	Art. 16, III a (Oftalmologia)
Portaria SAS/MS	339	05/07/2002	Art. 16, III a (Centros de Referência em Oftalmologia)
Portaria SAS/MS	450	12/07/2002	Art. 16, III a (Cirurgia Endovascular)
Portaria MS	1.289	16/07/2002	Art. 16, III a (Oncologia)
Portaria MS	1.319	23/07/2002	Art. 16, III a (Dor Crônica)

Rede Intergerencial de Informações em Saúde - RIPSA

Ver:

Informação - Saúde

Rede Nacional de Direitos Humanos

Ver:

Direitos Humanos

Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Remuneração de Serviços - Critério/Valor - Competência

Portaria MS 1.606 11/09/2001 Art. 26

Repasse de Recursos - Custeio de Serviços Ambulatoriais

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Reprodução Assistida

Resolução CFM 1.358 11/11/1992 Art. 15, XVII (Reprodução-Ética)

Resolução CNS 303 06/07/2000 Art. 15, XIX

Resíduos Sólidos – Tratamento e Destino Final

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Responsabilidade - Saúde

Resolução CFM	1.342	08/03/1991	Art. 15, XVII (Médicos/Diretor Clínico)
Resolução COFEN	146	01/06/1992	Art. 15, XVII (Enfermeiros)
Resolução CFM	1.359	11/11/1992	Art. 15, XVII (Atendimento Portadores HIV)
Resolução CFM	1.358	11/11/1992	Art. 15, XVII (Reprodução-Ética)
Resolução COFEN	162	14/05/1993	Art. 15, XVII (Nutrição Parenteral)
Lei	8.853	04/02/1994	Art. 33 § 1º (FNS)
Resolução CFM	1.407	08/06/1994	Art. 15, XVII (Transtornos Mentais)
Resolução CFF	261	16/09/1994	Art. 15, XVII (Farmácias)
Resolução CFM	1.451	10/03/1995	Art. 15, XVII (Urgência /Emergência)
Resolução CFM	1.455	11/08/1995	Art. 15, XVII (Acupuntura)
Resolução CFF	279	26/01/1996	Art. 15, XVII (Centros Hemoterápicos)
Resolução CFF	292	24/05/1996	Art. 15, XVII (Nutrição Parenteral/Farmacêutico)
Resolução CFF	300	30/01/1997	Art. 15, XVII (Farmácias)
Resolução CFM	1.472	07/02/1997	Art. 15, XVII (Laudos Médicos)
Resolução CFF	308	02/05/1997	Art. 15, XVII (Farmácias)
Resolução CFM	1.475	11/06/1997	Art. 15, XVII (Audiometria)
Resolução CFM	1.480	08/08/1997	Art. 15, XVII (Morte Encefálica)
Resolução CFM	1.482	10/09/1997	Art. 15, XVII (Transgenitalização)
Resolução CFM	1.484	11/09/1997	Art. 15, XVII (Atestado Médico)
Resolução CFP	11	20/10/1997	Art. 15, XVII (Psicólogos)
Resolução CFP	10	20/10/1997	Art. 15, XVII (Psicólogos)
Resolução CFM	1.495	19/06/1998	Art. 15, XVII (Sigilo Médico)
Resolução CFM	1.497	08/07/1998	Art. 15, XVII (Médico Perito)
Resolução CFM	1.493	15/08/1998	Art. 15, XVII (Médico Assistente)
Resolução CFBM	1.500	26/08/1998	Art. 15, XVII (Ortomolecular, Biomolecular..)
Resolução CFM	1.529	28/08/1998	Art. 15, XVII (Atendimento Pré-Hospitalar)
Resolução COFEN	214	10/11/1998	Art. 15, XVII (Enfermeiros)
Portaria MS	99	05/02/1999	Art. 2º § 1º (FUNASA)
Resolução CFM	1.582	30/09/1999	Art. 15, XVII (Catéter Intravascular)
Resolução CFBM	44	16/12/1999	Art. 15, XVII (Biomédicos – Radioterapia)
Resolução CFF	349	20/01/2000	Art. 15, XVII (Genéricos/Farmácias)
Resolução CFM	1.595	18/05/2000	Art. 15, XVII (Amostras Grátis)

Resolução CFM	1.601	09/08/2000	Art. 15, XVII (Atestado de Óbito)
Resolução CFM	1.598	09/08/2000	Art. 15, XVII (Pacientes Psiquiátricos)
Resolução CFF	353	23/08/2000	Art. 15, XVII (Acupuntura/Farmacêutico)
Resolução CFM	1.605	15/09/2000	Art. 15, XVII (Sigilo Médico - Prontuário)
Resolução CFF	354	20/09/2000	Art. 15, XVII (Farmacêutico-Atendimento)
Resolução CFM	1.609	13/12/2000	Art. 15, XVII (Protocolos Clínicos)
Resolução CFP	16	20/12/2000	Art. 15, XVII (Psicólogos)
Resolução CFM	1.623	11/07/2001	Art. 15, XVII (Transplante-Tecidos)
Resolução CFF	364	02/10/2001	Art. 15, XVII (Farmácias)
Resolução CFM	1.627	23/10/2001	Art. 15, XVII (Ato Médico)
Resolução CFF	372	14/01/2002	Art. 15, XVII (Farmacêutico)
Resolução CFM	1.635	09/05/2002	Art. 15, XVII (Exame Pericial)
Resolução CFM	1.641	12/07/2002	Art. 15, XVII (Atestado de Óbito)

Ressarcimento SUS

Ver:

Sistema Único de Saúde

Sal - Iodação

Ver:

Alimentos

Sanções

Lei	6.437	20/08/1977	Art. 6º, I a e 16 XVI (Multas)
Lei	6.453	17/10/1977	Art. 6º, IX (Danos Nucleares)
Lei	8.429	02/06/1992	Art. 52
Decreto	978	11/11/1993	Art. 52
Decreto	983	12/11/1993	Art. 52 (Improbidade Administrativa)
Lei	9.366	18/12/1996	Art. 52
Lei	9.605	12/02/1998	Art. 6º, V (Infrações - Meio Ambiente)
Lei	9.677	02/07/1998	Art. 52 (Crimes Hediondos)
Lei	9.695	20/08/1998	Art. 16, XVI e 52 (Crimes Hediondos)
Decreto	3.179	21/09/1999	Art. 6º, V
Resolução CSS	1	22/05/2000	Art. 1º
Portaria Conjunta	1.112	29/09/2000	Art. 16, XIX (GAR)
Lei	10.028	19/10/2000	Art. 52 (Crime contra Saúde Pública)
MP	2.163	24/08/2001	Art. 6º, V (Danos Ambientais)
MP	2.225	05/09/2001	Art. 52

Saneamento

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Sangue e Hemoderivados

Lei	7.649	25/01/1988	Art. 16, XVI (Sangue)
Decreto	95.721	11/12/1988	Art. 16, XVI (Sangue)
Portaria MS	721	09/08/1989	Art. 16, XVI (Transfusão)
Portaria MS	1.376	19/11/1993	Art. 16, XVI (Transfusão)
Portaria MS	2.135	22/12/1994	Art. 16, XVI (Transfusão)
Portaria SVS	127	08/12/1995	Art. 16, XVI (PNIUH)
Resolução CFF	279	26/01/1996	Art. 15, XVII (Centros Hemoterápicos)
Portaria SVS	113	06/08/1996	Art. 16, XVI (Relatório mensal sorológico)
Portaria MS	1.840	13/09/1996	Art. 16, XVI (PNCQES)
Portaria MS	2.419	04/10/1996	Art. 16, XVI (PNCQMH)
Portaria MC	2.009	04/10/1996	Art. 16, XVI (Transfusão)
Lei	10.382	15/04/1997	Art. 17, X (Estadual)
Portaria MS	1.544	15/10/1997	Art. 16, XVI
Portaria ANVS	488	17/06/1998	Art. 16, XVI (Sangue)
Portaria SVS/MS	950	26/11/1998	Art. 16, XVI
Portaria MS	1.135	08/09/1999	Art. 16, XVI (Medicina Transfusional)
Resolução ANVS	9	21/10/1999	Art. 16, XVI (Bolsa de Sangue)
Portaria MS	1.334	17/11/1999	Art. 16, XVI
Resolução ANVS/DC	46	18/05/2000	Art. 16, XVI (Hemoderivados)
Lei	10.205	21/03/2001	Art. 16, XVI (Coleta de Sangue)
Resolução ANVS/DC	149	14/08/2001	Art. 16, XVI (Sistema Inform. Sangue)

Portaria ANVS/DC	151	21/08/2001	Art. 16, XVI (Sangue)
Lei (SP)	10.936	19/10/2001	Art. 17, X
Decreto	3.990	30/10/2001	Art. 16, XVI (Sangue)
Resolução CFF	372	14/01/2002	Art. 15, XVII (Farmacêutico)
Portaria MS	263	05/02/2002	Art. 16, XVI (Hepatite)
Portaria MS	262	05/02/2002	Art. 16, XVI (Teste - Sangue)
Portaria ANVS	187	01/04/2002	Art. 16, XVI (Anvisa)
Portaria MS	790	22/04/2002	Art. 16, XVI

Saúde - Preservação

Decreto	12.342	27/09/1978	Art. 17, IV b
Lei	7.110	10/02/1999	Art. 17

Saúde da Família

Ver:

Família - Saúde

Saúde do Trabalhador

Ver:

Trabalhador - Saúde

Saúde - Prevenção

Lei	7.649	25/01/1988	Art. 16, XVI
Decreto	95.721	11/12/1988	Art. 16, XVI (Sangue)
Portaria MS	1.156	31/08/1990	Art. 15, IV (SISVAN)
Decreto Legislativo	162	14/06/1991	Art. 6º, VI
Portaria Interm. MS/MEC	796	29/05/1992	Art. 7º, II (AIDS)
Portaria Interm. MS/MEC	925	17/06/1992	Art. 13, I
Lei	8.543	23/12/1992	Art. 7º, II (Glúten)
Lei	2.136	14/07/1993	Art. 5º, III
Portaria SVS/MS	30	06/04/1994	Art. 7º, II (Preservativos-Motéis)
Portaria MS	1.749	11/10/1994	Art. 16, III c (Poliovírus Selvagem)
Resolução CNS	146	15/12/1994	Art. 7º, II (Fenilcetonúria)
Lei	9.273	03/05/1996	Art. 7º, II (Seringas)
Portaria MS	2.415	12/12/1996	Art. 7º, II (Aleitamento)
Lei	9.431	06/01/1997	Art. 7º, II (Infecção Hospitalar)
Portaria Interm. MS/MEC	1.094	05/09/1997	Art. 13, I
Portaria MS	2.616	12/05/1998	Art. 7º, II (Infecção Hospitalar)
Portaria SVS/MS	453	01/06/1998	Art. 6º, IX (Raio X)
Resolução CNS	285	06/08/1998	Art. 37 (Câncer Uterino)
Resolução CNS	284	06/08/1998	Art. 37 (Tuberculose)
Portaria MS	3.523	28/08/1998	Art. 6, V (Ar Condicionado)
Portaria MS	3.717	08/10/1998	Art. 5º, III (AIDS)
Lei	3.161	30/12/1998	Art. 7º, II (Anemia)
Portaria MS	218	24/03/1999	Art. 6º, VIII (Sal)
Portaria Interm. MS/MTb	482	16/04/1999	Art. 13, VI (Gás Óxido de Etileno)
Portaria SAS	567	08/10/1999	Art. 7º, V (Aids)
Portaria MS	486	16/05/2000	Art. 16, III c (AIDS)
Portaria MS	466	14/06/2000	Art. 37 (Limite Cesarianas)
Portaria MS	814	26/07/2000	Art. 16, XIII (Hanseníase)
Portaria MS	816	26/07/2000	Art. 16, III c (Hanseníase)
Portaria MS	1.073	26/09/2000	Art. 15, V (Hanseníase)
Portaria MS	1.359	11/12/2000	Art. 8º
Portaria Interm. MS/MDA	279	08/03/2001	Art. 12 § único
Lei (SP)	10.782	09/03/2001	Art. 7º, II (Diabetes)
Lei	10.813	24/05/2001	Art. 17, IV d (Importação/Amianto)
Lei	10.237	11/06/2001	Art. 7º, II
Lei	10.273	05/09/2001	Art. 6º, VIII (Bromato de Potássio)
Lei	10.289	20/09/2001	Art. 7º, II (Câncer-Próstata)
Portaria MS	1.893	15/10/2001	Art. 7º, II (Atividade Física)
Portaria MS	262	05/02/2002	Art. 16, XVI (Teste - Sangue)
Portaria MS	263	05/02/2002	Art. 16, XVI (Hepatite)
Resolução ANVS/RDC	40	08/02/2002	Art. 15, V (Glúten)
Portaria MS	536	14/03/2002	Art. 3º Lei 8.142 (AIDS)
Lei	14.123	24/04/2002	Art. 7º, II (Emissões Otoacústicas)

Lei	10.449	09/05/2002	Art. 6º, VII (Preservativos)
Resolução ANVS	3	10/06/2002	Art. 6º, I a (Febre Amarela)
Lei	3.885	26/06/2002	Art. 7º, II (Diabetes)
Portaria FUNASA	3	17/07/2002	Art. 16, XV (Cessão - Servidores)
Portaria MS	1.474	19/08/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Tuberculose)
Portaria MS	1.838	09/10/2002	Art. 5º, I (Hanseníase)

Seguridade Social

Lei	8.212	24/07/1991	Art. 32
-----	-------	------------	---------

Seguro Obrigatório de Veículos - Repasse de Parcelas

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Selo Ruído

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Serviço de Atendimento do Cidadão

Ver:

Informação - Saúde

Serviços Contratados de Entidades Privadas

Ver:

Remuneração de Serviços - Critério/Valor - Competência

Serviços de Alto Custo

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Serviços de Atenção ao Idoso

Ver:

Idosos

Serviços Telecomunicações - Acesso - Deficientes

Ver:

Pessoas Portadoras de Deficiência

Serviço Voluntário

Lei	9.608	18/02/1998	Art. 2º, § 2º
Lei	10.029	20/10/2000	Art. 2º, § 2º
Portaria MS	641	27/04/2001	Art. 2º, § 2º

Servidor Público - Assistência à Saúde

Ver:

Recursos Humanos - Saúde

Sigilo Médico

Ver:

Responsabilidade - Saúde

Sistema de Informações Ambulatoriais

Ver:

Informação - Saúde

Sistema de Informações de Agravos e Notificações - SINAN

Ver:

Informação - Saúde

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos.

Ver:

Estrutura Administrativa Federal

Sistema de Saúde Mental

Lei	8.687	20/07/1993	Art. 2º, § 1º (IR – Deficiência Mental)
Resolução CFM	1.408	08/06/1994	Art. 15, XVII (Transtornos Mentais)
Resolução CFM	1.407	08/06/1994	Art. 15 XVII (Transtornos Mentais)
Portaria MS	147	25/08/1994	Art. 7º, II
Lei	11.802	18/01/1995	Art. 17 (Hospitais Psiquiátricos)
Portaria MS	149	07/12/1995	Art. 7º, II
Lei (SP)	9.628	06/05/1997	Art. 7º, II (Polícia)

Portaria MS	1.077	24/08/1999	Art. 6º, I d (Essenciais)
Portaria MS	106	11/02/2000	Art. 19, I
Resolução CFM	1.598	09/08/2000	Art. 15, XVII (Pacientes Psiquiátricos)
Portaria MS	175	07/02/2001	Art. 19, I
Lei	10.216	06/04/2001	Art. 7º, II
Portaria MS	971	03/07/2001	Art. 6º, I d (Medicamentos Excepcionais)
Portaria MS	251	31/01/2002	Art. 15, V
Portaria MS	336	19/02/2002	Art. 15, V
Portaria SAS/MS	305	03/05/2002	Art. 16, III a (Atenção Psicossocial)
Sistema Penitenciário - Saúde			
Resolução CNPCP/MJ	6	26/07/1999	Art. 7º, IV (Presos)
Lei	9.982	14/07/2000	Art. 7º, III (Assistência Religiosa)
Portaria Interm. MS/MJ	628	02/04/2002	Art. 4º
Portaria MS	863	07/05/2002	Art. 4º (Financiamento-Presídios)
Sistema Único de Saúde			
Portaria MS	545	20/05/1993	Art. 8º (NOB/93)
Portaria MS	3.925	13/11/1998	Art. 3º Lei 8.142 (Financiamento)
Portaria SAS	35	04/02/1999	Art. 15, IV (SIA/SUS)
Lei	9.797	06/05/1999	Art. 7º, II (Cirurgia Plástica)
Portaria SAS/MS	9	13/01/2000	Art. 3º Lei 8.142 (SIA/SUS)
Portaria MS	17	04/01/2001	Art. 15, IV
Resolução ANSS/DC	62	20/03/2001	Art. 1º (Ressarcimento)
Resolução ANSS/RE	6	26/03/2001	Art. 1º (Ressarcimento)
Portaria MS	1.353	23/08/2001	Art. 7º, VIII
Portaria MS	1.101	12/06/2002	Art. 15, V (Parâmetros)
Portaria SAS	423	09/07/2002	Art. 16, XIX (SUS)
Sistema de Vigilância Nutricional - SISVAN			
Ver:			
Alimentos			
Sistema Estadual de Auditoria do SUS			
Ver:			
Auditoria - SUS			
Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica			
Ver:			
Vigilância Sanitária			
Sistema Nacional de Auditoria no Âmbito do SUS			
Ver:			
Auditoria - SUS			
Sistema Nacional de Informações de Sangue e Hemoderivados			
Ver:			
Informação - Saúde			
Sistemas Integrados de Alta Complexidade			
Ver:			
Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade			
Sociedades Seguradoras em Planos de Saúde			
Ver:			
Planos de Saúde			
Tabela SIA/SUS			
Ver:			
Sistema Único de Saúde			
Talidomida			
Resolução ANVS/RDC	34	20/04/2000	Art. 6º, VI
Terapias Alternativas			
Resolução CFBM	2	25/03/1995	Art. 15, XVII (Acupuntura)
Resolução CFM	1.455	11/08/1995	Art. 15, XVII (Acupuntura)
Resolução COFEN	197	19/03/1997	Art. 15, XVII
Resolução CFBM	1.500	26/08/1998	Art. 15, XVII (Ortomolecular, Biomolecular..)
Resolução CFF	353	23/08/2000	Art. 15, XVII (Acupuntura/Farmacêutico)

Trabalhador - Saúde

Lei	9.505	11/03/1997	Art. 17, IV d
Portaria SVS/MS	453	01/06/1998	Art. 6º, IX (Raio X)
Portaria MS	3.120	01/07/1998	Art. 16, V
Portaria MS	3.908	30/10/1998	Art. 16, V (NOST)
Portaria MS	1.339	18/11/1999	Art. 16, V
Portaria MS	1.969	25/10/2001	Art. 16, V (AIH)
Lei	6.439	14/01/2002	Art. 45 § 1º
Decreto	41.788	13/03/2002	Art. 18, IV e (Amianto)

Transferência de Créditos - Prestadores Privados de Serviços de Saúde

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Transferência Fundo à Fundo

Ver:

Políticas Econômicas e Fiscais

Transplante

Portaria SAS/MS	27	12/02/1996	Art. 16, III a (Transplantes)
Lei	9.434	04/02/1997	Art. 16, III a , XVI (Transplante)
Decreto	2.268	30/06/1997	Art. 16, III a
Portaria MS	3.407	05/08/1998	Art. 15, V e 16 III a (Transplante)
Portaria MS	3.761	20/10/1998	Art. 15, V e 16 III a
Portaria MS	1.217	13/10/1999	Art. 16, III a
Portaria MS	333	24/03/2000	Art. 16, III a (Banco de Válvulas Cardíacas)
Portaria MS	901	16/08/2000	Art. 16, III a (Transplante)
Portaria MS	902	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco de Olhos)
Portaria MS	904	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco - Tecidos)
Portaria MS	903	16/08/2000	Art. 16, III a (Banco - Cordão Umbilical)
Portaria MS	1.183	25/10/2000	Art. 16, III a (Doadores)
Portaria MS	1.315	30/11/2000	Art. 16, III a (Medula Óssea/REDOME)
Portaria MS	1.316	30/11/2000	Art. 15, V e 16, III a (Medula Óssea)
Lei	10.211	23/03/2001	Art. 16, III a
Resolução CFM	1.623	11/07/2001	Art. 15, XVII (Transplante-Tecidos)
Portaria MS	1.559	06/09/2001	Art. 16, III a (Banco de Olhos)
Portaria ANVS	187	01/04/2002	Art. 16, XVI (Anvisa)
Portaria SAS/MS	221	02/04/2002	Art. 15, V (Transplantes)

Transporte - Organismos geneticamente modificados

Ver:

Biossegurança

Transporte Produtos Perigosos

Ver:

Meio Ambiente - Defesa e Proteção

Tratamento Médico - Exterior

Portaria MS	763	07/04/1994	Art. 2º
Portaria MA/GM	46	22/01/1997	Art. 2º

Unidade de Tratamento Intensivo - U.T.I.

Ver:

Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade

Vegetais geneticamente modificados

Ver:

Alimentos

Vigilância Epidemiológica

Lei	6.259	30/10/1975	Art. 16, III c
Decreto	78.231	12/08/1976	Art. 16, III c
Lei	7.649	25/01/1988	Art. 16, XVI
Decreto	95.721	11/12/1988	Art. 16, XVI (Sangue)
Portaria MS	1.749	11/10/1994	Art. 16, III c (Poliovírus Selvagem)
Portaria SVS	127	08/12/1995	Art. 16, XVI (PNIUH)
Portaria MS	114	25/01/1996	Art. 16, III c (Dengue)
Lei	9.503	23/09/1997	Art. 6º, I b (CNT-Art. 77-79)

Portaria MS	3.120	01/07/1998	Art. 16, V
Resolução CNS	284	06/08/1998	Art. 37 (Tuberculose)
Resolução CNS	285	06/08/1998	Art. 37 (Câncer Uterino)
Resolução CONTRAN	81	19/11/1998	Art. 6º b (CNT-Art. 77-79)
Portaria MS	99	05/02/1999	Art. 2º § 1º (FUNASA)
Portaria FUNASA	223	24/03/1999	Art. 16, XV
Portaria MS	1.399	15/12/1999	Art. 8º, 16 III c, 3º/8142 (NOB)
Portaria MS	486	16/05/2000	Art. 16, III c (AIDS)
Portaria MS	814	26/07/2000	Art. 16, XIII (Hanseníase)
Portaria MS	816	26/07/2000	Art. 16, III c (Hanseníase)
Resolução ANVS/RDC	17	12/01/2001	Art. 16, VII (Portos, Aeroportos...)
Portaria MS	1.919	16/10/2001	Art. 16, III c (Notificação)
Portaria MS	1.943	18/10/2001	Art. 16, III c (Notificação Compulsória)
Portaria MS	2.080	13/11/2001	Art. 37 (cesariana)
Portaria MS	263	05/02/2002	Art. 16, XVI (Hepatite)
Portaria MS	262	05/02/2002	Art. 16, XVI (Teste - Sangue)
Portaria GM/MS	816	30/04/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Drogas)
Portaria MS	1.147	20/06/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Repasse de Recursos)
Portaria FUNASA	3	17/07/2002	Art. 16, XV (Cessão - Servidores)
Decreto	47.171	01/10/2002	Art. 17, IV a
Vigilância Sanitária			
Lei	6.065	Dez/99	Art. 17, IV b (ES)
Decreto-Lei	986	21/10/1969	Art. 6º, VIII
Lei	6.050	24/05/1974	Art. 6º, VIII (Flúor)
Decreto	23.430	24/10/1974	Art. 17, IV b (RS)
Lei	6.150	03/12/1974	Art. 6º, VIII (Sal)
Decreto	76.872	22/12/1975	Art. 6º, VIII (Fluor)
Decreto	77.052	19/01/1976	Art. 6º, I a
Decreto	78.171	02/08/1976	Art. 6º, VIII (Água Mineral)
Lei	6.368	21/11/1976	Art. 6º, VI
Decreto	78.992	21/12/1976	Art. 6º, VI
Decreto	79.094	05/01/1977	Art. 6º, VI
Lei	6.437	20/08/1977	Art. 6º, I a e 16 XVI (Multas)
Lei	6.480	01/12/1977	Art. 6º, VI
Decreto	83.239	06/03/1979	Art. 6º, VI (Drogas)
Lei	7.649	25/01/1988	Art. 16, XVI
Lei	7.804	18/07/1989	Art. 6º, V
Lei	7.889	23/11/1989	Art. 6º, I a
Resolução CONAMA	3	28/06/1990	Art. 6º, V (Qualidade do Ar)
Decreto	87	15/04/1991	Art. 6º I a (Estrangeiros)
Lei	8.543	23/12/1992	Art. 7º, II (Gluten)
Lei	2.136	14/07/1993	Art. 5º, III
Portaria SAS/MS	97	28/07/1993	Art. 15, XI
Portaria MS	1.428	26/11/1993	Art. 6º, VIII
Lei	8.918	14/07/1994	Art. 6º, VIII (Bebidas)
Resolução CFF	261	16/09/1994	Art. 15, XVII (Farmácias)
Lei	8.936	24/11/1994	Art. 6º, VIII (Bebidas)
Portaria MS	2.043	12/12/1994	Art. 6º,
Lei	7.967	26/12/1994	Art. 6º a
Portaria SVS/MS	17	03/03/1995	Art. 6º, VI (Indústria Farmacêutica)
Lei	9.005	16/03/1995	Art. 6º, VIII (Sal)
Portaria Interm.	477	24/03/1995	Art. 5º, III (Fumo)
Lei	9.055	01/06/1995	Art. 6º (Amianto)
Portaria SVS	127	08/12/1995	Art. 16, XVI (PNIUH)
Portaria MS	2.661	20/12/1995	Art. 6º, VI
Lei	9.273	03/05/1996	Art. 7º, II (Seringas)
Portaria MS	95	20/06/1996	Art. 6º, VI (Embalagens)
Lei	9.294	15/07/1996	Art. 5º, III
Decreto	2.018	01/10/1996	Art. 5º, III (Fumo)
Portaria MS	2.419	04/10/1996	Art. 16, XVI (PNCQMH)
Portaria SVS/MS	354	15/08/1997	Art. 6º, VI (Talidomida)
Decreto	2.314	04/09/1997	Art. 6º, VIII (Bebidas)

Decreto	2.350	15/10/1997	Art. 6º, V
Portaria MS	1.549	17/10/1997	Art. 6º, VIII (Alimentos)
Portaria MS	2.814	29/05/1998	Art. 6º, VI
Lei (SP)	10.083	23/09/1998	Art. 17 IV b
Portaria MS	3.765	20/10/1998	Art. 6º, VI
Lei	9.782	26/01/1999	Art. 6º, I a e VIII
Lei	9.787	10/02/1999	Art. 6º, VI (Genéricos)
Lei	3.194	15/03/1999	Art. 17, IV b
Portaria MS	218	24/03/1999	Art. 6º, VIII (Sal)
Decreto	3.029	16/04/1999	Art. 6º, I a (Agência Nacional)
Decreto	39.544	26/05/1999	Art. 17, IV b (RS)
Resolução ANVS	328	22/07/1999	Art. 6º, VI
Decreto	3.157	27/08/1999	Art. 5º, III (Fumo)
Decreto	3.179	21/09/1999	Art. 6º, V
Decreto	3.181	23/09/1999	Art. 6º, VI
Portaria MS	1.334	17/11/1999	Art. 16, XVI
Decreto	4.584-N	19/01/2000	Art. 17, IV b
Portaria Conjunta	174	23/02/2000	Art. 9º, I
Resolução ANVS/RDC	33	19/04/2000	Art. 6º, VI
Lei	9.965	27/04/2000	Art. 6º, VI (Anabolizantes)
Resolução ANVS/DC	45	15/05/2000	Art. 6º, VI (Genéricos)
Decreto	3.510	16/06/2000	Art. 6º, VIII
Resolução ANVS/RDC	59	27/06/2000	Art. 6º, VI
Portaria MS	814	26/07/2000	Art. 16, XIII (Hanseníase)
Decreto	3.571	21/08/2000	Art. 6º, I a (ANVS)
Resolução RDC	92	23/10/2000	Art. 6º, VI
Resolução ANVS/DC	102	30/11/2000	Art. 5º, III e 6º, VI
Lei	6.477	08/12/2000	Art. 17, XII (Amianto)
Lei	10.167	27/12/2000	Art. 5º, III (Bebida, Fumo etc)
Portaria MS	1.469	29/12/2000	Art. 6º, VIII
Resolução ANVS/RDC	17	12/01/2001	Art. 16, VII (Portos, Aeroportos...)
Resolução ANVS	47	28/03/2001	Art. 6º, VI (Genéricos)
Lei	10.813	24/05/2001	Art. 17, IV d (Importação/Amianto)
Resolução ANVS/DC	104	31/05/2001	Art. 5º, III (Fumo)
Resolução ANVS/DC	116	08/06/2001	Art. 6, VIII (CTA)
Resolução ANVS/DC	133	12/07/2001	Art. 6º, VI (Preços)
Resolução ANVS/RDC	134	13/07/2001	Art. 6º, VI
Decreto	3.871	18/07/2001	Art. 6º, VIII
Lei	13.881	19/07/2001	Art. 17, IV b (Vegetais)
MP	2.190	24/08/2001	Art. 6º, I a e VIII (Sal)
MP	2.163	24/08/2001	Art. 6º, V (Danos Ambientais)
Lei	10.273	05/09/2001	Art. 6º, VIII (Bromato de Potássio)
Decreto	3.961	10/10/2001	Art. 6º, VI
Resolução ANSS/DC	238	27/12/2001	Art. 6º, VI (Dispensação)
Portaria MS	1	03/01/2002	Art. 3º Lei 8.142 (Transferência Fundo)
Decreto	4.072	04/01/2002	Art. 6º, VIII (Alimentos)
Lei	10.409	11/01/2002	Art. 6º, VI (Drogas)
Resolução ANVS/RDC	40	08/02/2002	Art. 15, V (Glúten)
Resolução RDC	83	18/03/2002	Art. 5º, III (Ácido Acetilsalicílico)
Decreto	4.220	07/05/2002	Art. 6º, I a (ANVS)
Lei	10.449	09/05/2002	Art. 6º, VII (Preservativos)
Decreto	47.171	01/10/2002	Art. 17, IV a

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACP	Ação Civil Pública
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADIN MC	Ação Direta de Inconstitucionalidade e Medida Cautelar
ADIN ou ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGIM ou Ag In	Agravo de Instrumento
AGRAG	Agravo Regimental em Agravo de Instrumento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AMS	Apelação em Mandato de Segurança
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSS/DC	Agência Nacional de Saúde Suplementar/Diretoria Colegiada
ANSS/RE	Agência Nacional de Saúde Suplementar/ Resolução
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANVS/DC	Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada
ANVS/RDC	Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Resolução da Diretoria Colegiada
AP	Apelação
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatorial de Alta Complexidade
APC	Apelação Cível
APC EM MS	Apelação Cível em Mandado de Segurança
APC em REEX NEC	Apelação em Reexame Necessário
BLH	Banco de Leite Humano
BPPH	Banco de Dados de Preços Praticados na Área Hospitalar
CATEME	Câmara Técnica de Medicamentos
CBRAMAB	Comitê Brasileiro do Programa MAB - "Homem e a Biosfera"
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CE	Conselho de Educação/ Constituição Estadual
CEAS	Conselho Estadual de Assistência Social
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFB	Conselho Federal de Biologia
CFBM	Conselho Federal de Biomedicina
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CM/SE	Câmara de Medicamentos/ Secretaria Executiva
CNAS	Conselho Nacional de Assistência à Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDC	Código Nacional de Defesa do Consumidor
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNIg	Conselho Nacional de Imigração
CNCP/MJ	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/Ministério de Justiça
CNPDA	Conselho Nacional de Promoção do Direito à Alimentação
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CP	Código Penal
CPC	Código de Processo Civil
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPN	Centro de Parto Normal
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
CTA	Câmara Técnica de Alimentos
CTNBio	Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
DAEE	Departamento de Água e Energia Elétrica
DC	Denúncia Crime
DF	Distrito Federal
DJU	Diário da Justiça da União
DNA	Ácido Desoxirribo Nucléico
DOU	Diário Oficial da União
DPVAT	Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
Eg.	Egrégio
EISMU	Estudo de Impacto sobre Saúde da Mulher
ES	Espírito Santo
FCES	Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPR	Fórmula Paramétrica de Reajuste dos Preços de Medicamentos
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GAR	Grupo de Acompanhamento da Responsabilização
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GO	Goiás
HC	Hospital de Clínicas

HC	Habeas Corpus
HCFMUSP	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IN-SRF	Instrução Normativa- Secretaria da Receita Federal
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
INTEGRASUS	Incentivo de Integração ao SUS
ISBN	International Standard Book Number
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MA	Maranhão
MA/GM	Ministério da Agricultura/ Gabinete do Ministro
MC	Ministério das Comunicações
MC	Medida Cautelar
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEC/MCT	Ministério da Educação e Cultura/ Ministério da Ciência e Tecnologia
MG	Minas Gerais
MINTER	Ministério de Estado do Interior
MP	Medida Provisória
MPAS/MS	Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MS	Mandado de Segurança
MS	Mato Grosso do Sul
MS/MDA	Ministério da Saúde/Ministério do Desenvolvimento Agrário
MS/SAS	Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde
MS/SE	Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva
MS/SVS	Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
MS/SPS	Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde
MT	Mato Grosso
MT/MJ/MS	Ministério do Trabalho/Ministério da Justiça/Ministério da Saúde
NAT	Teste para Ácido Nucléico
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OGMs	Organismos Geneticamente Modificados
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OSCIP	Organização das Sociedades Cíveis de Interesse Público
PA	Pará
PAB	Piso de Atenção Básica
PE	Pernambuco
PGR	Procuradoria Geral da República
PIACM	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal
PL	Projeto de Lei

PNCQES	Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo de Sorologia em Unidades Hemoterápicas
PNCQMH	Projeto Nacional de Controle de Qualidade de Medicamentos Hemoderivados de Uso Humano
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNIUH	Projeto Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas
Port.Conj.	Portaria Conjunta
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PR	Paraná
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RHC	Recurso em Habeas Corpus
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Resolução
RE	Recurso Extraordinário
REDOME	Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea
Reex Nec	Reexame Necessário
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REO	Recurso Ordinário
RESP	Recurso Especial
Rext	Recurso Extraordinário
RIPSA	Rede Intergerencial de Informações em Saúde
RISMU	Relatório de Impacto sobre a Saúde da Mulher
RJ	Rio de Janeiro
RO/HC	Recurso Ordinário em Habeas Corpus
ROMS	Recurso Ordinário em Mandado de Segurança
ROREHS	Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
RSE	Recurso em Sentido Estrito
Rss	Resíduos de Serviço de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
SAS/SPS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde/Secretaria de Políticas Sociais/Ministério da Saúde
SC	Santa Catarina
SE/SPS	Secretaria Especial/Secretaria de Políticas Sociais
SEAS/MPAS	Secretaria de Estado de Assistência Social/ Ministério da Previdência e Assistência Social
SIAF	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIA/SUS	Serviço de Informações Ambulatórias/ Sistema Único de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Secretaria Nacional do Trabalho
SP	São Paulo

SPS/MS	Secretaria de Políticas de Saúde/ Ministério da Saúde
SRF	Secretaria da Receita Federal
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-RET-SVS	Sistema Único de Saúde-Rede de Escolas Técnicas
SVS-MS	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde
TACSP	Tribunal de Alçada Cível de São Paulo
TCESP	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TJPR	Tribunal de Justiça do Estado do Paraná
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TJRS	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
TRF	Tribunal Regional Federal
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Esclarecimento: As Secretarias do Ministério da Saúde editam portarias, utilizando-se de suas siglas, como SAS, SPS etc. O Gabinete do Ministro edita portarias utilizando a sigla GM ou MS. Todas as portarias do Gabinete do Ministro da Saúde foram denominadas de “Portaria MS n.”.

EDITORAÇÃO GRÁFICA:

.....
.....
.....
.....
.....

ISBN 85-334-0732-7



9 798533 407328