



INFORMATIVO

EDIÇÃO 2.2018 - MARÇO/ABRIL

1. JURISPRUDÊNCIA

1.1. STJ - Ministério Público tem legitimidade para pleitear remédios e tratamentos para beneficiários individualizados

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL SOB A SISTEMÁTICA DOS REPETITIVOS. DEMANDAS DE SAÚDE COM BENEFICIÁRIOS INDIVIDUALIZADOS INTERPOSTAS CONTRA ENTES FEDERATIVOS. **LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO.** SUPOSTA AFRONTA AOS DISPOSITIVOS DOS ARTS. 1º, V, E 21 DA LEI N. 7.347/1985, BEM COMO AO ART. 6º DO CPC/1973. NÃO OCORRÊNCIA. DIREITO À SAÚDE. DIREITO INDIVIDUAL INDISPONÍVEL. ART. 1º DA LEI N. 8.625/1993 (LEI ORGÂNICA NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO). APLICABILIDADE. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO E NÃO PROVIDO. RECURSO JULGADO SOB A SISTEMÁTICA DO ART. 1.036 E SEGUINTE DO CPC/2015, C/C O ART. 256-N E SEGUINTE DO REGIMENTO INTERNO DO STJ. 1. Os dispositivos legais, cuja aplicação é questionada nos dois recursos especiais e a tramitação se dá pela sistemática dos repetitivos (REsp 1.681.690/SP e REsp 1.682.836/SP), terão sua resolução efetivada em conjunto, consoante determina a regra processual. 2. A discussão, neste feito, passa ao largo de qualquer consideração acerca da legitimidade ministerial para propor demandas, quando se tratar de direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos, até porque inexistente qualquer dúvida da sua legitimidade, nesse particular, seja por

parte da legislação aplicável à espécie, seja por parte da jurisprudência. De outra parte, a discussão também não se refere à legitimidade de o Ministério Público postular em favor de interesses de menores, incapazes e de idosos em situação de vulnerabilidade. É que, em tais hipóteses, a legitimidade do órgão ministerial decorre da lei, em especial dos seguintes estatutos jurídicos: art. 201, VIII, da Lei n. 8.069/1990, e art. 74, II e III, da Lei 10.741/2003. 3. A fronteira para se discernir a legitimidade do órgão ministerial diz respeito à disponibilidade, ou não, dos direitos individuais vindicados. É que, referindo-se a direitos individuais disponíveis e uma vez não Documento: 1705877 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 03/05/2018 Página 1 de 14 Superior Tribunal de Justiça havendo uma lei específica autorizando, de forma excepcional, a atuação do Ministério Público (como no caso da Lei n. 8.560/1992), não se pode falar em legitimidade de sua atuação. Todavia, se se tratar de direitos ou interesses indisponíveis, a legitimidade ministerial já decorreria da redação do próprio art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público). 4. Com efeito, a disciplina do direito à saúde encontra na jurisprudência pátria a correspondência com o próprio direito à vida, de forma que a característica da indisponibilidade do direito já

decorreria dessa premissa firmada. 5. Assim, inexistente violação dos dispositivos do art. 1º, V, e art. 21, da Lei n. 7.347/1985, bem como do art. 6º do CPC/1973, já que a atuação do Ministério Público, em demandas de saúde, assim como nas relativas à dignidade da pessoa humana, tem assento na indisponibilidade do direito individual, com fundamento no art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público). 6. Tese jurídica firmada: **O Ministério Público é parte legítima para pleitear tratamento médico ou entrega de medicamentos nas demandas de saúde propostas contra os entes federativos, mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados, porque se trata de direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público)**. 7. No caso, o aresto prolatado pelo eg. Tribunal de origem está conforme o posicionamento desta Corte Superior, ao considerar a atuação do Ministério Público,

por versar sobre direitos individuais indisponíveis. 8. Recurso especial conhecido e não provido. 9. Recurso julgado sob a sistemática do art. 1.036 e seguintes do CPC/2015 e art. 256-N e seguintes do Regimento Interno deste STJ. **ACÓRDÃO:** Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, conhecer do recurso especial e negar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Benedito Gonçalves, Assusete Magalhães, Sérgio Kukina, Regina Helena Costa, Gurgel de Faria, Francisco Falcão, Herman Benjamin e Napoleão Nunes Maia Filho votaram com o Sr. Ministro Relator. Brasília, 25 de abril de 2018(Data do Julgamento) Ministro Og Fernandes Relator

1.2. STJ - Critérios para fornecimento de remédios não contemplados pelo SUS

ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. TEMA 106. JULGAMENTO SOB O RITO DO ART. 1.036 DO CPC/2015. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. POSSIBILIDADE. CARÁTER EXCEPCIONAL. REQUISITOS CUMULATIVOS PARA O FORNECIMENTO. 1. Caso dos autos: A ora recorrida, conforme consta do receituário e do laudo médico (fls. 14-15, e-STJ), é portadora de glaucoma crônico bilateral (CID 440.1), necessitando fazer uso contínuo de medicamentos (colírios: azorga 5 ml, glaub 5 ml e optive 15 ml), na forma prescrita por médico em atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A Corte de origem entendeu que foi devidamente demonstrada a necessidade da ora recorrida em receber a medicação pleiteada, bem como a ausência de condições financeiras para aquisição dos medicamentos. 2. Alegações da recorrente: Destacou-se que a assistência farmacêutica estatal apenas pode ser prestada por intermédio da entrega de medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o

fornecimento de medicamentos constantes em listas editadas pelos entes públicos. Subsidiariamente, pede que seja reconhecida a possibilidade de substituição do medicamento pleiteado por outros já padronizados e disponibilizados. 3. Tese afetada: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (Tema 106). Trata-se, portanto, exclusivamente do fornecimento de medicamento, previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, não se analisando os casos de outras alternativas terapêuticas. 4. **TESE PARA FINS DO ART. 1.036 DO CPC/2015 A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; Documento: 82869018 - EMENTA / ACORDÃO - Site certificado - DJe: 04/05/2018 Página 1 de 2**

Superior Tribunal de Justiça (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. 5. Recurso especial do Estado do Rio de Janeiro não provido. Acórdão submetido à sistemática do art. 1.036 do CPC/2015. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça prosseguindo no julgamento, por unanimidade, negar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro

Relator. A Sra. Ministra Assusete Magalhães (voto-vista) e os Srs. Ministros Sérgio Kukina, Regina Helena Costa, Gurgel de Faria, Herman Benjamin, Napoleão Nunes Maia Filho e Og Fernandes votaram com o Sr. Ministro Relator. Ausente, ocasionalmente, o Sr. Ministro Francisco Falcão. Brasília (DF), 25 de abril de 2018(Data do Julgamento) Brasília (DF),
MINISTRO BENEDITO GONÇALVES
Relator.

1.3. STJ – Regulamentação Planos de Saúde

Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

2. NOTÍCIAS

2.1. Decisão judicial restabelece status de comunidades terapêuticas

Desembargadora diverge do Ministério Público Federal (MPF) ao firmar entendimento de que CTs não atendem à definição de equipamento de saúde sujeito ao regime do SUS.

Brasília, 17/4/18 – As comunidades terapêuticas (CTs) voltam a ser reconhecidas como instituições de apoio à recuperação de usuários de drogas. A decisão foi proferida pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3) e indica que o serviço prestado pelas CTs deve ser definido como acolhimento e não como internação (prática própria do serviço de saúde).

Decisão anterior tomada no âmbito da ação pública de autoria do Ministério Público Federal de São Paulo, tinha suspenso, por meio de liminar de 19 de agosto de 2016, a aplicação da Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) - marco regulatório das CTs como parte integrante do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad).

Para o MPF, em sua alegação inicial, “as comunidades terapêuticas se enquadram como equipamentos de saúde e não como apoio” (como definido pela resolução Conad). Na condição de estabelecimento de saúde, argumentou o MPF, as CTs deveriam atender ao regime jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Entretanto, a decisão da desembargadora federal Consuelo Yoshida, anunciada no último dia 20 de março, tem outro entendimento. “As CTs não se enquadram adequadamente em estabelecimentos de saúde voltados para a internação de pacientes portadores de transtornos da saúde física e mental, na medida em que elas buscam promover a saúde psicossocial das pessoas acolhidas”, pondera Yoshida.

Para o secretário nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, Humberto Viana, não se pode definir uma política única no Brasil para tratar do acolhido ou do dependente químico. “É possível trabalhar tanto com a redução de danos quanto com a abstinência”, afirma ele, ao avaliar que o que determinará isso é a experiência de cada situação. “Não há afirmação no sentido de privilegiar esse ou aquele tratamento. Há sim uma vontade de atender a população”, contextualiza o secretário.

Uma nova audiência sobre o processo relatado pela desembargadora está marcada para o dia 19 de junho. A ideia da magistrada é que os ministérios da Justiça (MJ), da Saúde (MS), do Trabalho (MT) e do Desenvolvimento Social (MDS) apresentem, na audiência, uma proposta conjunta de aperfeiçoamento normativo da referida resolução.

Portaria Interministerial

A decisão da desembargadora Consuelo Yoshida cita ainda a Portaria Interministerial nº 2 (de 21/12/2017), que promoveu a implantação de um comitê para atuação conjunta dos ministérios da Justiça (MJ), Desenvolvimento Social (MDS), Saúde (MS) e Trabalho (MT), como forma de trabalhar a intersectorialidade e interdependência das ações governamentais nessa temática.

O Comitê Gestor é composto por oito representantes dos referidos ministérios, com o objetivo de criar um espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações da política sobre drogas. O Comitê promoverá, prioritariamente, melhorias nos processos de acolhimento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

2.2. Suspensa lei de SC que impunha condições ao exercício da profissão de condutor de ambulância

O ministro Alexandre de Moraes, do Supremo Tribunal Federal (STF), deferiu liminar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5876 para suspender os efeitos de lei do Estado de Santa Catarina que reconhece a profissão de condutor de ambulância e estabelece condições para seu exercício. Em análise preliminar do caso, o ministro entendeu que a norma invade matéria de competência legislativa privativa da União.

A Lei estadual 17.115/2017, além de reconhecer a profissão, estabelece condições específicas para seu exercício, como a proibição do transporte de pacientes sem a presença de um médico, de um assistente de enfermagem ou de um enfermeiro. O texto foi integralmente vetado pelo Executivo, mas o veto foi derrubado pela Assembleia Legislativa. Em seguida, o governador do estado, Raimundo Colombo, ajuizou a ação no Supremo.

O ministro destacou que lei estadual, ao determinar que o condutor de ambulância só poderá remover acidentados ou pacientes se acompanhado de um profissional da área médica e que técnicos e auxiliares de enfermagem só poderão exercer suas atividades sob supervisão direta de um enfermeiro, viola o artigo 22, incisos I e XVI, da Constituição Federal, que estabelecem a competência privativa da União para legislar sobre condições para o exercício de profissões.

O relator verificou também que a lei, de iniciativa parlamentar, ao determinar ao Poder Público a alocação de profissionais específicos nas

Caberá ainda ao comitê apoiar a formação de multiplicadores das redes de grupos de mútua ajuda e de apoio, assim como seu fortalecimento e ampliação. Além disso, irá estabelecer estratégias de cooperação com estados, Distrito Federal e municípios e fomentar a colaboração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com o Sisnad.

Fonte: <http://www.justica.gov.br/news/decisao-judicial-restabelece-status-de-comunidades-terapeuticas>

Decisão na íntegra: <http://web.trf3.jus.br/base-textual/Home/ListaColecao/1?np=0>

ambulâncias, disciplinou atribuições da Secretaria Estadual de Saúde sem observância da regra de iniciativa privativa do chefe do Poder Executivo, aplicável por simetria aos estados (artigo 61, parágrafo 1º, inciso II, alíneas ‘c’ e ‘e’).

Na decisão, Moraes destacou também o perigo da demora, pois, enquanto a lei estiver em vigor, as atividades desempenhadas por esses profissionais sofrerão restrições que onerarão a organização da administração pública e das empresas privadas estabelecidas no Estado de Santa Catarina, na prestação do serviço de remoção de acidentados ou de deslocamento de pacientes para atendimento em unidades hospitalares ou ambulatoriais. Ressaltou ainda que as limitações previstas na norma não constam do Código de Trânsito Brasileiro, que disciplinou, nos artigos 145 e 145-A, a profissão do condutor de ambulância. “A lei hostilizada restringe o funcionamento dos serviços de salvamento, socorro e traslado de pessoas acidentadas ou enfermas, havendo potencial risco de que elas mesmas sejam prejudicadas com as limitações estabelecidas”, concluiu o relator.

A decisão liminar será submetida a referendo do Plenário do STF.

Fonte:

<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=371199>

3. ARTIGOS

3.1. Decisão do STJ sobre medicamento de alto custo deforma conceito do direito à saúde

Por Lenir Santos

1. A polêmica decisão do STJ

Lamentavelmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido abalos em sua gestão, seja por propostas não condizentes com seus regramentos constitucionais e legais, seja pelo subfinanciamento, sua difícil gestão e tentativas de sua desconstrução. E muitas vezes os que pretendem protegê-lo e zelar pela sua efetividade cometem falhas perturbadoras, mesmo imbuídos das melhores intenções.

Recentemente, em 25 de abril, a 1ª Seção do STJ concluiu julgamento de que constitui obrigação do poder público a garantia de medicamentos indispensáveis, mesmo quando não integrantes da Relação Nacional de Medicamentos do SUS (Rename), modulando seus efeitos para somente ter validade para ações judiciais distribuídas a partir dessa decisão. A obrigação pública somente será devida quando presentes, de modo cumulativo, os seguintes elementos:

- a) comprovação pelo autor da ação, mediante laudo fundamentado pelo médico que o assiste, quanto à imprescindibilidade do medicamento em comparação aos garantidos pelo SUS;
- b) demonstração da incapacidade financeira do demandante de arcar com os custos do medicamento; e
- c) registro do medicamento na Anvisa.

Por mais que a decisão possa parecer meritória e humanitária, ela fere relevante princípio do direito à saúde, que é o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Tal decisão não fere tão somente o princípio do acesso universal e igualitário, como também outras diretrizes do SUS, devendo ser analisada sob os seguintes ângulos:

- a) o sistema de seguridade social;
- b) o princípio do acesso universal e igualitário que rege o direito à saúde;
- c) o demandante ser usuário do SUS, de modo integral;
- d) o que são e não são ações e serviços de saúde para efeito da aplicação dos valores mínimos em saúde; e

e) os aspectos que envolvem a exclusão, alteração e incorporação de tecnologias no SUS (medicamentos, produtos e procedimentos).

2. O sistema de seguridade social

A seguridade social compreende a saúde, a previdência e a assistência social, nos termos do artigo 194 da Constituição, a qual deve ser financiada (artigo 195) por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais.

A Constituição, ao definir as suas três áreas, seus princípios e diretrizes, determinou que cada área deve gerir os seus recursos de acordo com suas características, conceito, princípios e diretrizes estatuídas nos seus artigos 196, 201 e 203.

3. A saúde

A saúde é definida no artigo 196 como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que evitem o risco do agravo à saúde e também mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Seus princípios são a segurança sanitária (evitar riscos de agravos), o acesso universal (todo cidadão tem direito) e acesso igualitário (sem distinção de nenhuma ordem), os quais devem pautar suas políticas.

Claro está, pois, que o acesso às ações e serviços de saúde realizados pelo SUS, nos termos do artigo 198, deve observar os princípios da universalidade e o da igualdade. A Constituição, tampouco a Lei 8.080, de 1990, impuseram condicionantes para o exercício do direito ao acesso às ações e serviços de saúde como: classe social, pobreza, pagamento direto ou copagamento, idade e outros.

Desse modo, não se pode impor condicionantes para a satisfação do direito à saúde, lembrando que regramentos administrativos e da técnica-sanitária de organização do sistema, como a definição pelo Decreto 7.508, de 2011 (portas de entrada – artigo 9º e 11); lista única de transplante;

critério cronológico para o atendimento ou o risco à saúde são ordenações do acesso, e não impedimentos ou condicionamentos.

4. A assistência social

A assistência social somente é garantida a quem dela necessitar em razão das insuficiências financeiras, vulnerabilidades, carência das pessoas em relação aos mínimos existenciais, independentemente, por óbvio, de contribuição à seguridade social, seja de forma direta ou indireta (artigo 203). A assistência social provê os mínimos necessários para a garantia da dignidade humana, havendo, assim, condicionantes para o acesso aos seus serviços que é ser carente.

5.A Previdência Social

A Previdência Social, por sua vez, nos termos do artigo 201 da Constituição, deve ser organizada sob a forma de regime geral de caráter contributivo e filiação obrigatória. Somente aqueles que são integrantes do regime geral da Previdência Social podem fazer jus aos seus benefícios e como integrantes ficam obrigados a pagar contribuição direta, na forma da lei, além de o vínculo com a previdência social ser obrigatório para todos os trabalhadores formais, autônomos, empresários e outros.

De modo resumido, temos que: a) a saúde deve se organizar de modo a garantir o acesso universal e igualitário, sem barreira ou condicionante; b) a assistência social somente é garantida a pessoa carente do mínimo existencial; e c) a Previdência Social é garantida mediante contribuição direta, estabelecida em lei.

6. Os princípios do acesso universal e do acesso igualitário

O acesso universal e igualitário se constitui princípios do SUS — o princípio da universalidade de acesso e o princípio da igualdade de atendimento —, dispensando condicionantes e pré-requisitos para a satisfação do direito. A Constituição determina que a saúde pública deve se organizar de modo a garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

A Constituição não estabeleceu critério de elegibilidade para o cidadão fazer jus aos serviços de saúde, assim não poderia a lei nem o seu intérprete impor condicionantes a esse acesso, como ocorre com a decisão do STJ que exige demonstração pelo paciente de sua incapacidade financeira de prover o medicamento, ferindo assim o princípio do acesso universal.

7. Ser usuário do SUS de modo integral

O SUS, para garantir serviços ao cidadão, deve se organizar administrativa e sanitariamente. Essa organização deve se sustentar em seus princípios e diretrizes constitucionais e legais, além das diretrizes insertas nos incisos I a III do artigo 198 da Constituição.

Suas políticas de saúde devem ser em acordo às normas, princípios e diretrizes constitucionais e legais, e sua execução, conforme regramentos legais e infralegais administrativos, técnico-jurídicos e sanitários. Quem não observar seus regramentos não pode exercer seu direito constitucional, como um eleitor que decidisse votar fora das normas impostas, como zona eleitoral, sessão, horário. Por isso, chamamos a atenção para as pessoas que optaram por tratar-se nos serviços de saúde privados. Elas podem acessar o SUS a qualquer momento, desde que respeitem suas normativas quanto ao acesso que requer que o paciente seja examinado e diagnosticado por médico do SUS, responsável pela prescrição de exames ou de terapêutica. O que não se pode admitir é que quem optou pela saúde privada queira adentrar ao SUS não pelas suas portas de entrada, mas, sim, fora de seus regramentos, pretendendo obter de modo complementar ao seu tratamento privado aquilo que o médico privado determinar. Há regras vedando tal procedimento, como o artigo 28 do Decreto 7.508, de 2011. Caso o cidadão queira tratar-se no SUS, deverá fazê-lo em acordo às suas portas de entrada.

O atendimento integral é via de mão dupla: tanto o SUS deve ver a pessoa de modo integral em suas necessidades como a pessoa deve adentrar o SUS de modo integral, não podendo escolher um médico particular e pretender que o médico do SUS adote a mesma conduta diagnóstica e terapêutica, caso tenha outra conduta médica.

8. Definição do que são e não são ações e serviços de saúde para efeito da aplicação dos valores mínimos em saúde. A Lei Complementar 141, de 2012, estabelece discriminação positiva e negativa em relação às ações e serviços de saúde. O artigo 3º discrimina positivamente o que são considerados ações e serviços, e o artigo 4º discrimina negativamente, determinando o que

não pode ser considerado como ações e serviços de saúde para fins da aplicação dos percentuais mínimos de recursos, estatuinto, dentre outras, que a assistência à saúde que não atende ao princípio de acesso universal não se constitui como ação e serviço de saúde do SUS, bem como as ações de assistência social.

O STJ, ao determinar que medicamentos de alto custo não previstos na Rename devem ser concedidos ao pleiteante hipossuficiente, está adentrando o campo da assistência social, ferindo o princípio do acesso universal, incidindo na vedação acima mencionada. Romper o princípio da universalidade do acesso implica em não poder utilizar recursos da saúde para o custeio de tal despesa, nos termos da lei complementar. Aqui há dois equívocos, a obrigatoriedade de o SUS garantir medicamento não previsto na Rename e ainda o paciente ter que comprovar a sua hipossuficiência.

9. Competência para excluir, alterar e incorporar tecnologias no SUS (medicamentos, produtos e procedimentos)

Outro elemento essencial para o SUS é a incorporação de tecnologia para compor a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos (Rename). A Lei 12.401, de 2011, que alterou a Lei 8.080, de 1990, para regulamentar a atenção terapêutica integral (integralidade strictu sensu), estatui o que compreende a atenção terapêutica integral: medicamentos, produtos e procedimentos.

Os medicamentos, produtos e procedimentos em suas alterações, inclusões e exclusões devem ser objeto de pedido de terceiro ou das próprias autoridades sanitárias do SUS à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia em Saúde (Conitec), a qual, mediante estudos e análises quanto à eficácia, efetividade, evidências científicas, acurácia e custo-benefício, emitirá parecer fundamentado à autoridade do Ministério da Saúde que o observará ou não, mediante justificativa.

A Rename e a Renases torna público o que o SUS garante ao cidadão. E nem poderia ser de outro modo. Primeiro, porque não há direito absoluto nem serviços públicos sem regras de funcionamento e organização.

É lastimável que o SUS, que padece de subfinanciamento, de problemas em sua gestão, de profusão de inovações, de ataques de todas as

ordens, de intensa judicialização, tenha que incorporar tecnologia, ao largo das normas da lei, louvando-se tão-somente na informação do médico do paciente, sem se cercar das cautelas necessárias para a incorporação, conforme determina a Lei 12.401, de 2011. Cada médico tem suas preferências, correntes técnico-científicas sobre a eficácia de medicamento nesse imenso mercado farmacológico. Basta o número de farmácias existentes em cada cidade e o crescente gasto direto com medicamento pela população brasileira.

Determinar o Poder Judiciário que todos os medicamentos de alto custo não incorporados devem ser concedidos ao usuário do SUS sem condições financeiras de custeá-los, fundado em laudo médico, causará sem dúvida sérios problemas ao SUS, ainda mais quando se sabe como atua esse imenso mercado de farmacológico, além de ferir o princípio da universalidade.

Também preocupa o Poder Judiciário usar da competência das autoridades sanitárias previstas no artigo 9º da Lei 8.080, de 1990, para gerir o SUS no território nacional, e da Conitec também.

Se ao menos o Poder Judiciário decidisse ouvir a Conitec sobre o porquê da não incorporação de determinados medicamentos para então julgar se se trata de pura restrição orçamentária em desrespeito ao direito à saúde ou de medicamento sem evidência científica, ou, ainda, quanto o seu custo-benefício em relação a medicamento existente.

10. Considerações finais
Como vimos acima, decisão do STJ a respeito da garantia de medicamentos de alto custo, com registro na Anvisa, mas não incorporado no SUS, viola princípios do SUS e deforma o conceito do direito à saúde quanto à garantia de acesso universal e igualitário.

Ao introduzir o elemento da hipossuficiência, quebrou a universalidade de acesso por exigir do cidadão a comprovação de sua pobreza para a compra daquele medicamento, fato não existente no SUS por infringir a Constituição e todo o arcabouço jurídico que sustenta o direito à saúde de acesso universal; feriu ainda a Lei 8.080, em seu artigo 9º, que define quem são as autoridades públicas competentes para dirigir o SUS e seus artigos 19-M a 19-U; os artigos 9º, 11 e 28 do Decreto 7.508, de 2011,

que estabelece as portas de entrada do SUS e sua ordem de atendimento; o artigo 3º, inciso II e o artigo 4º, incisos III e VIII da Lei Complementar 141, de 2012, criando embaraço para o gestor da saúde que não poderá incluir no gasto mínimo com saúde os recursos dispendidos com medicamentos que não são de acesso universal, por atender pessoas comprovadamente carentes para a sua aquisição, adentrando o campo da assistência social.

Fere ainda a racionalidade, a razoabilidade e o bom senso ao garantir medicamento fora da padronização do SUS. Não há sistema que resista tanta interferência externa em sua organização e funcionamento.

Se não tem sido fácil administrar o SUS com os recursos insuficientes, com uma administração pública que até os dias de hoje não se modernizou para atender aos reclamos sociais de modo ágil e eficiente, mais difícil ainda com medidas liminares definindo o que o SUS deve e não deve fazer, interferindo na competência da Conitec para dispor sobre a incorporação de medicamentos; como o dirigente poderá cumprir o seu planejamento, plano de saúde, programação anual?

Por fim, resta ainda o julgamento da STA 175 (2010) pelo STF (ação com reconhecida repercussão geral da matéria – RE-RG 566.471 e 657.718), que poderá concluir ou não pela admissão do critério da hipossuficiência, mencionada no voto do ministro Marco Aurélio quanto à concessão de medicamento não incorporado no SUS e também os para doenças raras não registrados na Anvisa.

O Poder Judiciário poderia tentar colocar as coisas em seus devidos lugares ao determinar que medicamento sem registro na Anvisa não pode ser comercializado no Brasil por ferir o princípio da segurança sanitária e expressamente o artigo 12 da Lei 6.360, de 1976. Talvez poderia permitir ao particular a importação de medicamento sem registro para uso individual, as suas custas, e, quando se tratar de medicamento com registro fora da Renave, consultar a Conitec sobre seus requisitos de cunho técnico-sanitário, quando necessário.

Manter o SUS vivo, qualitativo, com bom nível de satisfação coletivo, requer das pessoas nele envolvidos conhecimento sobre sua organização e funcionamento e serenidade frente as demandas por se tratar de um sistema para mais de 200 milhões de pessoas, desconfiança em relação às inúmeras inovações tecnológicas que na maioria das vezes não são de fato, visando mais os altíssimos lucros para seus acionistas do que o bem-estar das pessoas, severidade quanto às emoções.

O SUS depende de todos; não sobreviverá se for considerado uma porta aberta à incorporação de medicamentos, produtos e procedimentos e demais desejos de consumo de saúde, sem as necessárias cautelas.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-mai-05/lenir-santos-decisao-stj-medicamento-alto-custo>

4. ATUALIZAÇÃO LEGISLATIVA

4.1. PORTARIA GM N. 1.169, DE 26 DE ABRIL DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, nos termos da Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e altera as

Leis nºs 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.429, de 2 de junho de 1992; e

Considerando a necessidade de regulamentar os critérios estabelecidos na referida lei para concessão e renovação da certificação, resolve: Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 152-A. Na hipótese de comprovada prestação de serviços pela entidade de saúde, sem a observância do disposto no inciso I do artigo 4º da Lei nº 12.101/2009, que dê causa ao indeferimento ou cancelamento da certificação, o Ministério da Saúde, por meio

do Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social – DCEBAS/SAS/MS, deverá informar aos órgãos de controle os indícios da irregularidade praticada pelo gestor do SUS.” (NR)

“Art. 223-A. Nos processos de concessão e renovação da certificação com requerimentos protocolados até 31 de dezembro de 2018 e com exercício de análise até 2017, nos termos do caput do art. 3º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, será considerada como instrumento congênere declaração do gestor local do Sistema Único de Saúde – SUS que ateste a existência de relação de prestação de serviços de saúde.

§ 1º A declaração de que trata o caput deverá ser expedida pelo Gestor de Saúde e atestar que a entidade prestou regularmente seus serviços ao SUS, bem como o período dessa prestação.

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se também aos processos de concessão e renovação de certificação pendentes de decisão na data de publicação da Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018;

§ 3º A declaração de que trata o caput não será aceita nos processos de concessão e renovação de certificação cujos requerimentos sejam protocolados a partir de 1º de janeiro de 2019 e com exercício de análise a partir de 2018, nos termos do caput do art. 3º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

§ 4º A declaração de que trata o caput aplica-se ao disposto nos arts. 7º-A, 8º-A e 8º-B da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.” (NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GILBERTO OCCHI

4.2. MEDIDA PROVISÓRIA N. 827, DE 19 DE ABRIL DE 2018

Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, quanto a direitos dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º
.....
.....

•1º É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.

.....
.....” (NR)

“Art. 5º
.....
.....

.....
.....

•2º A cada dois anos os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias frequentarão cursos de aperfeiçoamento.

•2º-A. Os cursos de que trata o § 2º serão organizados e financiados, de modo tripartite, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

.....
.....” (NR)

“Art. 9º-A
.....
.....

.....
.....

•2º A jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei será integralmente dedicada às ações e aos serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias em prol das famílias e das comunidades assistidas, no âmbito dos respectivos territórios de atuação, e assegurará aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias participação nas atividades de planejamento e avaliação de ações, de detalhamento das atividades, de registro de dados e de reuniões de equipe.

.....
.....” (NR)

“Art. 9º-H Compete ao ente federativo ao qual o Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias esteja vinculado fornecer ou custear a locomoção necessária para o exercício das atividades, conforme regulamento do ente federativo.” (NR)

Art. 2º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 19 de abril de 2018; 197º da
Independência e 130º da República.
MICHEL TEMER

Gilberto Magalhães Occhi
Esteves Pedro Colnago Junior

4.3. LEI Nº. 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018

*Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006,
para dispor sobre a reformulação das
atribuições, a jornada e as condições de
trabalho, o grau de formação profissional, os
cursos de formação técnica e continuada e a
indenização de transporte dos profissionais
Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de
Combate às Endemias*

O PRESIDENTE DA DA REPÚBLICA Faço
saber que o Congresso Nacional decreta e eu
promulgo, nos termos do parágrafo 5o do art. 66
da Constituição Federal, as seguintes partes
vetadas da Lei no 13.595, de 5 de janeiro de
2018:

“Art. 1o O art. 2o da Lei no 11.350, de 5 de
outubro de 2006, passa a vigorar acrescido dos
seguintes §§ 1o e 2o:

‘Art. 2o
.....
.....”

•1o É essencial e obrigatória a presença de
Agentes Comunitários de Saúde na estrutura de
atenção básica de saúde e de Agentes de Combate
às Endemias na estrutura de vigilância
epidemiológica e ambiental.

.....
.....”

“Art. 2o O art. 3o da Lei no 11.350, de 5 de
outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte
redação:

‘Art. 3o
.....
.....
.....”

“§ 2o No modelo de atenção em saúde
fundamentado na assistência multiprofissional em
saúde da família, é considerada atividade
precípua do Agente Comunitário de Saúde, em
sua área geográfica de atuação, a realização de
visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a
busca de pessoas com sinais ou sintomas de
doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de
eventos de importância para a saúde pública e
consequente encaminhamento para a unidade de
saúde de referência.3o No modelo de atenção em
saúde fundamentado na assistência

multiprofissional em saúde da família, são
consideradas atividades típicas do Agente
Comunitário de Saúde, em sua área geográfica
de atuação:

I – a utilização de instrumentos para
diagnóstico demográfico e sociocultural;
II – o detalhamento das visitas domiciliares,
com coleta e registro de dados relativos a suas
atribuições, para fim exclusivo de controle e
planejamento das ações de saúde;

III – a mobilização da comunidade e o
estímulo à participação nas políticas públicas
voltadas para as áreas de saúde e
socioeducacional;

IV – a realização de visitas domiciliares
regulares e periódicas para acolhimento e
acompanhamento:

1.a) da gestante, no pré-natal, no parto e no
puerpério;

2.b) da lactante, nos seis meses seguintes ao
parto;

3.c) da criança, verificando seu estado vacinal
e a evolução de seu peso e de sua altura;

4.d) do adolescente, identificando suas
necessidades e motivando sua participação em
ações de educação em saúde, em
conformidade com o previsto na Lei no 8.069,
de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e
do Adolescente);

5.e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de
promoção de saúde e de prevenção de quedas e
acidentes domésticos e motivando sua
participação em atividades físicas e coletivas;

6.f) da pessoa em sofrimento psíquico;

7.g) da pessoa com dependência química de
álcool, de tabaco ou de outras drogas;

8.h) da pessoa com sinais ou sintomas de
alteração na cavidade bucal;

9.i) dos grupos homossexuais e transexuais,
desenvolvendo ações de educação para
promover a saúde e prevenir doenças;

10.j) da mulher e do homem, desenvolvendo
ações de educação para promover a saúde e
prevenir doenças;

V – realização de visitas domiciliares regulares
e periódicas para identificação e
acompanhamento:

1.a) de situações de risco à família;
2.b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;

3.c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;

VI – o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras).

•4o No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades do Agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe:

I – a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

II – a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

III – a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;

IV – a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;

V – a verificação antropométrica.

•5o No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde compartilhadas com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação:

I – a participação no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico;

II – a consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares;

III – a realização de ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;

IV – a participação na elaboração, na implementação, na avaliação e na reprogramação

permanente dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença;

V – a orientação de indivíduos e de grupos sociais quanto a fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica em saúde;

VI – o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações em saúde;

VII – o estímulo à participação da população no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de ações locais em saúde.’ (NR)”

“Art. 3o O art. 4o da Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1o, 2o e 3o:

‘Art. 4o

.....
.....

•1o São consideradas atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação:

I – desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

II – realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;

III – identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável;

IV – divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;

V – realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;

VI – cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

VII – execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

VIII – execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas

metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;

IX – registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;

X – identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;

XI – mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

•2o É considerada atividade dos Agentes de Combate às Endemias assistida por profissional de nível superior e condicionada à estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental e de atenção básica a participação:

I – no planejamento, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como na notificação e na investigação de eventos adversos temporalmente associados a essas vacinações;

II – na coleta de animais e no recebimento, no acondicionamento, na conservação e no transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais, para seu encaminhamento aos laboratórios responsáveis pela identificação ou diagnóstico de zoonoses de relevância para a saúde pública no Município;

III – na necropsia de animais com diagnóstico suspeito de zoonoses de relevância para a saúde pública, auxiliando na coleta e no encaminhamento de amostras laboratoriais, ou por meio de outros procedimentos pertinentes;

IV – na investigação diagnóstica laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública;

V – na realização do planejamento, desenvolvimento e execução de ações de controle da população de animais, com vistas ao combate à propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública, em caráter excepcional, e sob supervisão da coordenação da área de vigilância em saúde.

•3o O Agente de Combate às Endemias poderá participar, mediante treinamento adequado, da execução, da coordenação ou da supervisão das ações de vigilância epidemiológica e ambiental.’ (NR)“Art. 4o A Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4o-A:

‘Art. 4o-A. O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias realizarão atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente nas seguintes situações:

I – na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;

II – no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;

III – (VETADO);

IV – na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;

V – na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.”

“Art. 6o O art. 5o da Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

‘Art. 5o
.....
.....

•1o Os cursos a que se refere o caput deste artigo utilizarão os referenciais da Educação Popular em Saúde e serão oferecidos ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias nas modalidades presencial ou semipresencial durante a jornada de trabalho.

•2o O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento.

.....
.....” “Art. 7o O art. 6o da Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 6o
.....
.....

.....
.....
•2o É vedada a atuação do Agente Comunitário de Saúde fora da área geográfica a que se refere o inciso I do caput deste artigo.”

.....
.....
•5o Caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será excepcionado o disposto no inciso I do caput deste artigo e mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida.’ (NR)”

“Art. 10. O art. 9o-A da Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 9o-A.

.....
.....
•2o A jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, e será distribuída em:

I – trinta horas semanais, para atividades externas de visita domiciliar, execução de ações de campo, coleta de dados, orientação e mobilização da comunidade, entre outras;

II – dez horas semanais, para atividades de planejamento e avaliação de ações, detalhamento das atividades, registro de dados e formação e aprimoramento técnico.

.....
.....”

“Art. 12. A Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 9o-H:

‘Art. 9o-H. Será concedida indenização de transporte ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias que realizar despesas com locomoção para o exercício de suas atividades, conforme disposto em regulamento.’”

“Art. 13. O art. 14 da Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

‘Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela admissão dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as determinações desta Lei e as especificidades locais.’ (NR)”

Brasília, 17 de abril de 2018; 197o da Independência e 130o da República.

MICHEL TEMER

4.4. PORTARIA GM N. 740, DE 27 DE MARÇO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da construção de Ponto de Apoio para Atendimento

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Anexo XXII à Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Política Nacional de Atenção Básica; e

Considerando o Capítulo II do Título VII da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da construção e

ampliação das Unidades Básicas de Saúde, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 706-A. Poderá ser financiada a construção de Ponto de Apoio para Atendimento, de que trata o item 3.1 do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB) à Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

§ 1º O Ponto de Apoio para Atendimento deve estar vinculado a uma UBS e contemplar, no mínimo, 36 m2 de área física, não podendo ultrapassar a área física mínima prevista para uma UBS Porte I.

§ 2º À construção de Pontos de Apoio para Atendimento aplicam-se, no que couber, as

normas e procedimentos existentes para construção de UBS.

§ 3º Serão disponibilizadas, no portal do Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo – SISMOB, orientações complementares sobre o

financiamento da construção de Pontos de Atendimento.” (NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

RICARDO BARROS

4.5. RESOLUÇÃO CIT N. 37, DE 22 DE MARÇO DE 2018

Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, , no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Resolução CIT nº 01, de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; e

revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993;

Considerando os arts. 94 à 101, da Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, que estabelecem diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução CIT nº 03, de 16 de agosto de 2016 (com prazo prorrogado pela Resolução CIT nº 14, de 30 de março de 2017), que constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de elaborar proposta de revisão do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.091/GM/MS, de 27 de abril de 2017, que institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 22 de março de 2018, resolve:

Art. 1º Dispor sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

Art. 2º O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado

pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações:

I – O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II – A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

III – O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional, conforme disposto na LC nº 141/2012, e deve expressar:

- a.A identificação do espaço regional ampliado;
- b.A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c.As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d.As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e.A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f.A programação geral das ações e serviços de saúde;
- g.A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

IV – A institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº. 141/2012, observando as

prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado.

V – O espaço regional ampliado será referência para a alocação dos recursos financeiros dos entes federados, nas ASPS de interesse regional.

§ 1º A CIB deverá pactuar as diretrizes que orientarão o processo de planejamento regional integrado, bem como o monitoramento do Plano Regional.

§ 2º O Plano Regional resultante do PRI deverá ser pactuado na CIB que terá a responsabilidade de monitorar a sua execução a partir das informações fornecidas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) já organizadas nas regiões de saúde.

§ 3º A consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde.

Art. 3º O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:

I. Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;

II. Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

Parágrafo Único. Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer.

Art. 4º Fica definido o prazo de 90 dias para os estados informarem o cronograma do processo de planejamento regional integrado e a

definição das macrorregiões de saúde, pactuados na CIB.

Art. 5º O Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR, conforme a Resolução CIT nº 23/2017.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

5. PRODUTIVIDADE DO CAODS

5.1. Produtividade CAODS – março/2018

Ministério Público do Estado do Piauí
IMAGEM DO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO

2018

CIDADE	ÓRGÃO	MES 3 (01/03 a 31/03)
TERESINA	CAO DE DEFESA DA CIDADANIA E DA SAÚDE	
MEMBRO	NATUREZA	
KARLA DANIELA FURTADO MAIA CARVALHO	Titular	
Observação:		

AREA	GRUPO	ITEM	QUANTIDADE
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.1 Solicitações de apoio pelos órgãos de execução (1º e 2º graus)	44
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.3 Elaboração de ACP, denúncia, proposta de transação penal ou susp. cond do proc.	11
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.4 Elaboração de compromisso de ajustamento de conduta	4
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.5 Elaboração de recomendação	2
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.6 Elaboração de outros atos	7
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	16
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.2 Relatórios de auditorias, inspeções, autos de infração e outros	1
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	3
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	38
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	31
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	9
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.4 Participações em seminários, congressos, palestras e outros eventos externos	5
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.5 Realizações de seminários, reuniões de trabalho ou encontros jurídicos	8
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	5 OUTROS - 5.2 Elaboração e remessa ao PGJ de planos de ação	1

5.2. Produtividade CAODS – abril/2018

Ministério Público do Estado do Piauí IMAGEM DO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO

2018

CIDADE	ÓRGÃO	
TERESINA	CAO DE DEFESA DA CIDADANIA E DA SAÚDE	MES 4 (01/04 a 30/04)
MEMBRO	NATUREZA	
KARLA DANIELA FURTADO MAIA CARVALHO	Titular	
Observação:		

AREA	GRUPO	ITEM	QUANTIDADE
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.1 Solicitações de apoio pelos órgãos de execução (1º e 2º graus)	69
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.4 Elaboração de compromisso de ajustamento de conduta	2
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.5 Elaboração de recomendação	3
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.6 Elaboração de outros atos	31
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	47
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.2 Relatórios de auditorias, inspeções, autos de infração e outros	2
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	6
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	74
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	75
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	16
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.4 Participações em seminários, congressos, palestras e outros eventos externos	5
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.5 Realizações de seminários, reuniões de trabalho ou encontros jurídicos	1
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	5 OUTROS - 5.2 Elaboração e remessa ao PGJ de planos de ação	1