

CAODS



CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DE DEFESA DA SAÚDE

INFORMATIVO

EDIÇÃO 3.2018 - MAIO/JUNHO

1. JURISPRUDÊNCIA

1.1. STJ: Erro médico – condenação solidária do hospital

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. APELAÇÃO CÍVEL. DESERÇÃO. SÚMULA 280/STF. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, OBSCURIDADE OU CONTRADIÇÃO. INEXISTÊNCIA. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO PROFISSIONAL LIBERAL. **ERRO MÉDICO. CONDENAÇÃO SOLIDÁRIA DO HOSPITAL.** VÍNCULO DECORRENTE DE ATUAÇÃO EM PLANTÃO MÉDICO-HOSPITALAR. ARBITRAMENTO DO VALOR DO DANO MORAL. SÚMULA 7/STJ. QUANTIA EXORBITANTE. NÃO CONFIGURADA. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. COTEJO ANALÍTICO E SIMILITUDE FÁTICA. AUSÊNCIA. 1. Ação ajuizada em 05/02/10. Recursos especiais atribuídos ao gabinete da Relatora em 25/08/16. Julgamento: CPC/73. 2. Ação de indenização por danos materiais e compensação por danos morais, ajuizada por genitora e recém-nascido, devido a conduta negligente de médico plantonista que não adotou os procedimentos indispensáveis à realização adequada do parto, ocasionando sequelas neurológicas irreversíveis e prognóstico de vida reduzido no bebê. 3. O propósito recursal consiste em definir: i) se houve negativa de prestação jurisdicional; ii) se deve prevalecer o não conhecimento por deserção da apelação Documento: 82469578 -

EMENTA / ACORDÃO - Site certificado - DJe: 18/05/2018 Página 1 de 2 Superior Tribunal de Justiça cível interposta para o Tribunal de origem; iii) se está configurada a responsabilidade solidária do médico e do hospital na hipótese dos autos; iv) se o valor arbitrado a título de compensação por danos morais deve ser reduzido. 4. O recurso especial não se destina a reexaminar aplicação de norma de direito local, que disciplina o recolhimento de custas judiciais no âmbito do Tribunal de origem (Súmula 280/STF). 5. Os embargos de declaração são recurso de fundamentação vinculada às hipóteses de omissão, obscuridade ou contradição. Por esta razão, não se destinam a revisão de conteúdo contrário aos interesses de uma das partes, apenas porque as conclusões do órgão julgador não coincidem com o viés por elas pretendido. **6. O reconhecimento da responsabilidade solidária do hospital não transforma a obrigação de meio do médico, em obrigação de resultado, pois a responsabilidade do hospital somente se configura quando comprovada a culpa do médico integrante de seu corpo plantonista, conforme a teoria de responsabilidade subjetiva dos profissionais liberais abrangida pelo Código de Defesa do Consumidor. Precedentes. 7. Em relação ao valor arbitrado pelo Tribunal de origem a título de compensação por danos morais, a jurisprudência desta Corte orienta que apenas em hipóteses excepcionais, em que configurado flagrante**

exagero ou irrisoriedade da quantia, o recurso especial seria a via adequada para nova fixação excepcional. Circunstâncias não verificas na hipótese concreta. 8. O dissídio jurisprudencial deve ser comprovado mediante o cotejo analítico entre acórdãos que versem sobre situações fáticas idênticas. 9.

Recursos especiais parcialmente conhecidos e, nessa extensão, não providos. Brasília (DF), 08 de maio de 2018 (Data do Julgamento). Relatora MINISTRA NANCY ANDRIGHI. Documento: 82469578 - EMENTA / ACORDÃO - Site certificado - DJe: 18/05/2018.

1.2. STJ: Internação involuntária – necessidade de perícia por médico psiquiatra

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚM. 284/STF. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 211/STJ. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA POR TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO. PROVA PERICIAL. ESPECIALIDADE DO PERITO. NEUROCIRURGIÃO. NECESSIDADE DE PERÍCIA COMPLEMENTAR POR MÉDICO PSIQUIATRA. JULGAMENTO: CPC/73. 1. Ação de compensação por dano moral ajuizada em 2012, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 09/12/2013 e atribuído ao gabinete em 25/08/2016. 2. O propósito recursal é decidir sobre a necessidade de substituição do perito, médico neurocirurgião, por outro da área de psiquiatria, ou de realização de nova perícia, a fim de que se possa aferir a regularidade da internação involuntária da recorrente em virtude de transtorno psiquiátrico. 3. A ausência de fundamentação ou a sua deficiência importa no não conhecimento do recurso quanto ao tema. 4. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados, não obstante a oposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial. 5. O STJ flexibilizou as regras contidas no art. 145 do CPC/73 para decidir que a formação do perito – seu grau de instrução e/ou sua especialidade – deve ser compatível com a natureza e a complexidade da perícia. 6. A neurologia – e a neurocirurgia, por sua vez – é ramo da

medicina que cuida das doenças que afetam o sistema nervoso; trata do corpo físico, portanto. A psiquiatria, noutro ângulo, é ramo da medicina que cuida das doenças emocionais e comportamentais, que até podem alterar o corpo físico, mas residem em uma dimensão imaterial. Documento: 1717033 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 28/05/2018 Página 1 de 9 Superior Tribunal de Justiça **7. É extremamente delicada, complexa e singular a tarefa de analisar o que se passa na mente humana, sobretudo porque as enfermidades a ela relacionadas nem sempre se manifestam por sinais e sintomas no corpo físico.** **8. Ante a gravidade das circunstâncias descritas nos autos, que culminaram com a privação da liberdade da recorrente, é recomendável que à perícia do neurocirurgião se agregue o exame sob o enfoque emocional, mental e comportamental, por médico psiquiatra, complementando, assim, o estudo quanto ao estado de saúde psicofísico da pericianda.** 9. A perícia psiquiátrica complementar visa a aferir, com maior segurança, se a recorrente sofria realmente de transtornos psiquiátricos de tamanha gravidade, aptos a justificar a adoção de medida tão drástica como a sua internação involuntária. 10. Recurso especial conhecido em parte, e, nessa extensão, provido. Brasília (DF), 22 de maio de 2018 (Data do Julgamento). Relatora MINISTRA NANCY ANDRIGHI. Documento: 1717033 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 28/05/2018.

1.3. STJ: Responsabilidade objetiva de hospital – plantão médico não presencial

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO FORNECEDOR DE SERVIÇOS. HOSPITAL

QUE DISPONIBILIZA MÉDICO ANESTESISTA EM REGIME DE PLANTÃO À DISTÂNCIA. HEMORRAGIA PÓS PARTO. IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DE

CIRURGIA POR AUSÊNCIA IMEDIATA DO ANESTESISTA. FRUSTRAÇÃO DA EXPECTATIVA LEGÍTIMA DE ATENDIMENTO POR EQUIPE MÉDICA COMPLETA. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. CONFIGURADO.

1. Ação ajuizada em 02/07/01. Recurso especial interposto em 22/11/16 e concluso ao gabinete da Relatora em 22/11/16. Julgamento: CPC/73.

2. Ação de indenização por danos materiais e compensação por danos morais, cuja causa de pedir se funda na prestação de serviços médico-hospitalares que deram causa aos danos à parturiente com hemorragia, seguida de parada cardio-respiratória e falta de oxigenação cerebral, com produção de sequelas irreversíveis, internação em unidade de tratamento intensivo e estado vegetativo.

3. O propósito recursal consiste em definir se há defeito na prestação de serviço hospitalar de urgência e emergência decorrente do regime

de plantão à distância de médico anestesista, quando paciente sofre de hemorragia durante o parto necessitando de seu atendimento imediato.

4. A opção do hospital em contratar profissional em regime de sobreaviso (plantão não presencial) trouxe inegavelmente o agravamento do risco de não fornecer em tempo e modo adequados os serviços de atenção à saúde que disponibilizou para o mercado de consumo. Esta conduta exemplifica situação de vício de qualidade por inadequação do serviço, pois o torna carente de idoneidade para realização do fim a que é destinado.

5. Recurso especial conhecido e provido, para reconhecer a responsabilidade objetiva do hospital, decorrente do defeito na prestação do serviço de urgência para a parturiente vítima de hemorragia pós parto.

(REsp 1736039/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 05/06/2018, DJe 07/06/2018)

1.4. TJRS: Transporte Sanitário

APELAÇÃO CÍVEL. ECA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NECESSIDADE DE TRANSPORTE INTERMUNICIPAL PARA CONSULTAS MÉDICAS. EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE. DEVER DO ESTADO E DIREITO DE TODOS. DIREITO SOCIAL E FUNDAMENTAL GARANTIDO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. SENTENÇA MANTIDA. **O direito à saúde é uma garantia constitucional e de responsabilidade solidária dos entes públicos. Havendo provas de que a criança necessita se deslocar de seu município até**

Porto Alegre, a fim de realizar consultas periódicas no Instituto de Cardiologia, em decorrência da patologia que lhe acomete, e, considerando que sua família não tem condições de arcar com o custo, é de ser reconhecido o pedido. Porto Alegre, 10 de maio de 2018. Relator DR. ALEXANDRE KREUTZ. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. APELAÇÃO CÍVEL OITAVA CÂMARA CÍVEL - RÉGIME DE EXCEÇÃO Nº 70076380435 (Nº CNJ: 0003255-29.2018.8.21.7000) COMARCA DE SÃO SEPÉ.

2. NOTÍCIAS

2.1. Saúde lança plano para eliminar hepatite C

Um plano pactuado entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, pretende eliminar a hepatite C no Brasil até 2030. A ideia é simplificar o diagnóstico, ampliar a testagem e fortalecer o atendimento às hepatites virais. Atualmente, a hepatite C tem o maior número de notificações dentre todas as hepatites. Em 2017, a taxa de incidência foi de 11,9 casos por cada 100 mil habitantes. São mais de um milhão de pessoas que tiveram contato com o

vírus do tipo C, o que representa 0,71% da população brasileira. Lançado nesta quarta-feira (04), o plano irá definir as populações prioritárias para tratamento, além de avaliar a incorporação de novas tecnologias.

A diretora do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Adele Benzaken, explica que o maior desafio do Plano é realizar a busca das pessoas que, ainda que diagnosticadas não estão em

tratamento e daquelas que ainda não foram diagnosticadas. “A hepatite C é uma doença silenciosa. Muitas pessoas estão com o vírus da hepatite C e não apresentam nenhum sintoma, então diagnosticar e tratar essas pessoas da forma mais rápida possível é essencial para a qualidade de vida dessas pessoas e também para a saúde pública”, enfatizou a diretora.

Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2018

O tratamento, atualmente disponível no SUS, possibilita em mais de 90% de chance de cura e é oferecido a todos os pacientes com hepatite, independente do grau de lesão do fígado. Desde 2015, 76,5 mil pacientes foram tratados. Para atender as metas do novo plano, o Ministério da Saúde está em processo de aquisição de 50 mil novos tratamentos.

O plano de eliminação está alinhado com as metas da **Organização Mundial de Saúde (OMS)**, a meta é tratar 19 mil pessoas este ano, e a partir de 2019, 50 mil pacientes por ano até 2024. A partir de 2025, esse número passa a ser de 32 mil novos tratamentos ao ano. Assim, espera-se reduzir em 65% a mortalidade por hepatite C até 2030.

Na área do diagnóstico foram notificadas 24,4 mil pessoas com hepatite C em 2017. Até 2030, a meta é ampliar o diagnóstico e tratamento para reduzir em 90% o número de novos casos. Para 2018, a meta é diagnosticar 30 mil pessoas em 2018 e, a partir de 2019, 40 mil ao ano até 2030. Para aumentar o diagnóstico, o Ministério da Saúde distribuiu 12 milhões de testes em 2017; destes, 9 milhões foram para hepatite C. A meta é testar para hepatite C 100% do público prioritário até 2030.

O Secretário da Vigilância em Saúde, Osnei Okumoto, reforçou que, além da assistência, o Ministério da Saúde está investindo também em comunicação para redes sociais. “A partir de hoje estamos lançando nas redes sociais um vídeo com o chefe de cozinha Henrique Fogaça, que esclarece dúvidas de prevenção sobre as hepatites de uma forma geral. Assim, estaremos atingindo esse público jovem”.

2.2. Prevenção ao suicídio conta com ligação gratuita em todo o país

Discando 188 é possível conseguir apoio para superar momentos de crise. Gratuidade é fruto de parceria do CVV e o Ministério da Saúde para prevenir o suicídio

PANORAMA DAS HEPATITES

O Brasil registrou 40,1 mil casos novos de hepatites virais em 2017. A hepatite A é comumente transmitida por água e alimentos contaminados. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde informa que os casos da doença mais que dobraram em homens de 20 a 39 anos. No estado de São Paulo o número saltou de 155 casos, em 2016, para 1.108 em 2017. Surtos recentes têm sido relatados pelas práticas sexuais, com transmissão oral-anal, no estado. O município de São Paulo em 2017 notificou 786 casos dos quais 302 foram atribuídos a transmissão sexual.

A vacina para hepatite A está disponível no SUS, sendo oferecida no **Calendário Nacional de Vacinação** para crianças a partir de 15 meses a 5 anos de idade incompletos. Entretanto, no estado de São Paulo, a vacinação está disponível também para homens que fazem sexo com homens.

Em relação à hepatite B, os últimos 10 anos apresentaram pouca variação. Foram 14,7 mil casos em 2016 e 13,4 mil em 2017. A transmissão se dá por sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes e por transmissão vertical. A vacina para hepatite B está disponível no SUS para todas as pessoas. Na criança, é dada em quatro doses, sendo a primeira ao nascer. Nos adultos, que não se vacinaram na infância, são três doses. Em 2017, foram distribuídas 18 milhões de vacinas para todo o país e atualmente, 31,1 mil pacientes estão em tratamento para a doença.

A hepatite C acomete, principalmente, os adultos acima de 40 anos. Foram notificados, desde o final da década de 90, 331,8 mil pessoas com a doença. Foram 24,4 mil casos registrados em 2017. O tratamento com os antivirais de ação direta, disponível no SUS desde 2015, apresentam taxas de curas superiores a 90%. A doença é transmitida por sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes.

Fonte: <http://www.conass.org.br/saude-lanca-plano-para-eliminar-hepatite-c/>

A partir deste mês, as ligações para o 188, telefone do Centro de Valorização da Vida (CVV), passaram a ser gratuitas em todos os estados do país e no Distrito Federal. Pelo

número, os cidadãos recebem apoio em momentos de crise e ajuda para prevenção ao suicídio. Gratuidade das ligações foi garantida por convênio com o Ministério da Saúde. Foram repassados recursos de R\$ 500 mil para o CVV.

A expansão da chamada sem cobrança no país vem acontecendo desde o ano passado. Os últimos estados que passaram a ter acesso ao CVV pelo número gratuito 188 foram Bahia, Maranhão, Pará e Paraná. Em 2017, o Centro de Valorização da Vida recebeu dois milhões de ligações de cidadãos em busca de ajuda, o dobro do registrado em 2016. Os atendimentos do CVV podem ser feitos também por e-mail, chat e voip 24 horas todos os dias e nos 87 postos de atendimento.

O CVV é uma associação civil sem fins lucrativos que trabalha com prevenção ao suicídio, por meio de 2.400 voluntários. Os voluntários não são necessariamente formados em psicologia, mas recebem uma capacitação de 40h. As chamadas acontecem em total sigilo, em um espaço de escuta acolhedor e seguro e que alivia a ansiedade e o desespero. A parceria com o Centro é uma das ações do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio. “Geralmente procuram o centro pessoas em sofrimento, seja por solidão, ou porque estão em desespero, ou porque não se identificam com o meio em que vivem”, explica o coordenador de Saúde Mental do Ministério, Quirino Cordeiro.

Além do CVV, as pessoas que precisam de ajuda podem recorrer aos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tais como os 2.555 Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, que atendem questões como transtornos psíquicos, dependência de álcool e outras drogas, crianças e adultos e se necessário, os pacientes são encaminhados para leitos de Saúde Mental em hospitais gerais.

DADOS SOBRE SUICÍDIO

Atualmente a média nacional de suicídio no Brasil, em todas as idades é de 5,5 por 100 mil habitantes. São, em média, 11 mil pessoas que tiram a vida por ano no Brasil. Quando verificado por faixa etária, os idosos são os que mais preocupam, pois as taxas sobem para 8,9 mortes por 100 mil, nos últimos seis

anos. Envenenamento e intoxicação são os meios mais utilizados e os homens são os que mais morrem por suicídio e 60% são solteiros. A região Sul concentra 23% dos suicídios e o Sudeste 38%.

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Para atingir meta da Organização Mundial da Saúde (OMS), de reduzir em 10% os óbitos por suicídio até 2020, o Ministério da Saúde lançou no ano passado uma agenda estratégica que inclui ampliação da assistência e ferramentas de comunicação.

Os seis estados com maiores taxas de suicídio no país: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí e Amazonas, receberam um incremento de R\$ 2 milhões. Também será construído, em parceria com as secretarias de saúde estaduais dessas localidades, planos locais de prevenção ao suicídio.

O Ministério da Saúde também lançou uma série de folhetos informativos sobre o suicídio. Para os jornalistas, o foco foram sugestões sobre como abordar o tema na imprensa. Isso porque, suicídio vem sendo divulgado amplamente em diversos veículos e dependendo da forma, pode ampliar até contribuir para aumentar os casos.

Direcionado à população, a Pasta compôs um folder informativo tem foco na identificação de sinais de alerta, como o que fazer e o que não fazer diante de uma pessoa em risco de suicídio. Os profissionais de saúde, contam com um documento que alerta a importância da notificação compulsória da tentativa de suicídio em até 24h e que traz informações técnicas sobre acolhimento na rede do SUS. Todos os documentos estão disponíveis para download no Portal da Saúde (www.saude.gov.br).

Para a população indígena, haverá a implantação das linhas de cuidados de prevenção do suicídio com capacitações em 16 DSEI prioritários e formação de jovens indígenas multiplicadores em estratégias de valorização da vida nas regiões com maior incidência de suicídio.

Fonte: <http://www.conass.org.br/prevencao-ao-suicidio-conta-com-ligacao-gratuita-em-todo-pais/>

3. ATUALIZAÇÕES LEGISLATIVAS

3.1. PORTARIA GM N. 1.943, DE 28 DE JUNHO DE 2018

Redefine limite financeiro para o financiamento dos procedimentos de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e o remanejamento de recursos do Teto de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios

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 Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, de consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, em seu Anexo XXXI;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, em seu Capítulo XVI;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.728/GM/MS, de 11 de julho de 2017, que estabelece limite financeiro para o financiamento dos procedimentos de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e o remanejamento de recursos do Teto de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios – Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

Considerando a Portaria nº 1.197/SAS/MS, de 11 de julho de 2017, que altera valores de procedimentos de cirurgia cardiovascular, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS para os Hospitais habilitados em Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; e

Considerando a Nota Técnica nº 1.233, de 19 de junho de 2018, da Coordenação-Geral de Atenção

Especializada/CGAE/DAET/SAS/MS, resolve:

Art. 1º Fica redefinido recurso no montante anual de R\$ 90.432.424,02 (noventa milhões, quatrocentos e trinta e dois mil, quatrocentos e vinte e quatro reais e dois centavos) a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), conforme Anexo I a esta Portaria.

Parágrafo único. Os recursos serão disponibilizados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e transferidos de acordo com a produção aprovada pelos respectivos gestores até o limite estabelecido.

Art. 2º Fica remanejado do FAEC para o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade o montante de R\$ 1.080.980,57 (um milhão, oitenta mil novecentos e oitenta reais e cinquenta e sete centavos), conforme Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências dos valores mensais aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, mediante processo autorizativo encaminhado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 4º Os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, Plano Orçamentário 0000.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais e financeiros a partir da competência abril de 2018.

GILBERTO OCCHI

3.2. PORTARIA GM N. 1.975, DE 29 DE JUNHO DE 2018

Estabelece incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS

– ParticipaSUS, com foco na implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS

O SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso da

competência que lhe foi delegada pela Portaria nº 1.025/GM/MS, de 18 de abril de 2018, e na forma do disposto no Decreto nº 8.851, de 20 de setembro de 2016, e 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 a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º 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 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Considerando a Lei nº 13.460, de 27 de junho de 2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando a necessidade de implantar e implementar o monitoramento e a avaliação da Gestão do SUS, formular e pactuar a Política Nacional de Ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da Gestão Estratégica do SUS, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido o montante de R\$ 17.200.000,00 (dezesete milhões e duzentos mil reais), a ser destinado aos Estados e ao Distrito Federal a título de incentivos financeiros de custeio e de investimento para a implantação e qualificação das Ouvidorias do SUS.

Art. 2º O valor a ser repassado a cada ente federativo a título dos incentivos financeiros de que trata esta Portaria será definido conforme a quantidade de Municípios

existentes na respectiva extensão territorial, observado o disposto no anexo.

Art. 3º Os incentivos financeiros de custeio e de investimento de que trata esta Portaria serão utilizados exclusivamente para a aquisição de bens e serviços necessários à execução de ações de Ouvidoria do SUS, conforme art. 3º e art. 4º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores Bipartite – CIB ou o Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal deverão pactuar as ações a serem implementadas em cada Estado e no Distrito Federal com os recursos oriundos dos incentivos financeiros de que trata esta Portaria, observadas as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – ParticipaSUS.

Art. 4º Os incentivos financeiros de que trata esta Portaria serão transferidos diretamente aos respectivos Fundos Estaduais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, em parcela única, referente ao exercício de 2018, conforme valores discriminados no anexo, por meio dos seguintes blocos de financiamento, conforme disciplina a Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017:

I – no caso do incentivo de custeio, por meio do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

II – no caso do incentivo de investimento, por meio do Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Art. 5º As ações realizadas pelos estados e Distrito Federal beneficiários do incentivo financeiro de que trata esta Portaria deverão constar do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG.

Art. 6º Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais e do Distrito Federal não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 7º Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o

regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Art. 8º Os recursos federais destinados aos incentivos financeiros instituídos nesta Portaria correrão à conta do orçamento do

Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.442.2015.6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADEILSON LOUREIRO CAVALCANTE

3.3. LEI N. 13.685, DE 25 DE JUNHO DE 2018

Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas.

Art. 2º A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigor acrescida do seguinte art. 4º-A:

“Art. 4º-A. As doenças, agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias terão notificação e registro compulsórios, nos

serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos regulamentares.”

Art. 3º O art. 4º da Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

“Art. 4º
.....
.....
.....

•5º A Declaração de Nascido Vivo deverá conter campo para que sejam descritas, quando presentes, as anomalias ou malformações congênitas observadas.” (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Brasília, 25 de junho de 2018; 197º da Independência e 130º da República.

MICHEL TEMER

Torquato Jardim

Gustavo do Vale Rocha

3.4. LEI N. 13.684, DE 21 DE JUNHO DE 2018

Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária; e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre as medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária.

Art. 2º As ações desenvolvidas no âmbito desta Lei observarão os acordos internacionais concernentes à matéria, dos quais a República Federativa do Brasil seja parte, bem como os dispositivos das Leis nos 9.474, de 22 de julho de 1997, e 13.445, de 24 de maio de 2017.

Art. 3º Para os fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I – situação de vulnerabilidade: condição emergencial e urgente que evidencie a fragilidade da pessoa no âmbito da proteção social, decorrente de fluxo migratório desordenado provocado por crise humanitária;
II – proteção social: conjunto de políticas públicas estruturadas para prevenir e remediar situações de vulnerabilidade social e de risco pessoal que impliquem violação dos direitos humanos; e

III – crise humanitária: situação de grave ou iminente instabilidade institucional, de conflito armado, de calamidade de grande proporção, de desastre ambiental ou de grave e generalizada violação de direitos humanos ou de direito internacional humanitário que cause fluxo migratório desordenado em direção a região do território nacional.

Parágrafo único. A situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária, no território nacional, será

reconhecida por ato do Presidente da República.

Art. 4º As medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária têm o objetivo de articular ações integradas a serem desempenhadas pelos governos federal, estaduais, distrital e municipais, por meio de adesão a instrumento de cooperação federativa, no qual serão estabelecidas as responsabilidades dos entes federativos envolvidos.

Art. 5º As medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária visam à ampliação das políticas de:

- I – proteção social;
- II – atenção à saúde;
- III – oferta de atividades educacionais;
- IV – formação e qualificação profissional;
- V – garantia dos direitos humanos;
- VI – proteção dos direitos das mulheres, das crianças, dos adolescentes, dos idosos, das pessoas com deficiência, da população indígena, das comunidades tradicionais atingidas e de outros grupos sociais vulneráveis;
- VII – oferta de infraestrutura e saneamento;
- VIII – segurança pública e fortalecimento do controle de fronteiras;
- IX – logística e distribuição de insumos; e
- X – mobilidade, contemplados a distribuição e a interiorização no território nacional, o repatriamento e o reassentamento das pessoas mencionadas no caput deste artigo.

•1º Caberá à Comissão Intergestores Tripartite de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no tocante à ampliação das políticas de que trata o inciso II do caput deste artigo, pactuar as diretrizes, o financiamento e as questões operacionais que envolvam a ampliação da demanda por serviços de saúde, mediante proposta ao Ministério da Saúde de valores per capita em cada bloco de financiamento do Sistema Único de Saúde compatíveis com as necessidades dos Estados e dos Municípios receptores do fluxo migratório.

•2º Caberá à Comissão Intergovernamental de Financiamento para a Educação Básica de Qualidade de que trata a Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, no tocante à ampliação das

políticas de que trata o inciso III do caput deste artigo, revisar as ponderações aplicáveis entre diferentes etapas, modalidades e tipos de estabelecimento de ensino da educação básica, o limite proporcional de apropriação de recursos pelas diferentes etapas, modalidades e tipos de estabelecimento de ensino da educação básica e a parcela da complementação da União a ser distribuída para os fundos por meio de programas direcionados à melhoria da qualidade da educação básica, bem como respectivos critérios de distribuição.

•3º No âmbito da administração pública federal, a promoção das políticas de que trata o caput deste artigo ocorrerá de forma integrada entre os Ministérios competentes, que poderão valer-se, para isso, da celebração de:

- I – acordos de cooperação ou instrumentos congêneres com organismos internacionais; e
- II – acordos de cooperação, termos de fomento ou termos de colaboração com organizações da sociedade civil que desenvolvam atividades relevantes na defesa dos direitos dos migrantes, em especial dos imigrantes e refugiados, observado o disposto na Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

•4º A implantação das medidas relacionadas à política de mobilidade de que trata o inciso X do caput deste artigo observará a necessidade da anuência prévia das pessoas atingidas em estabelecer-se em outro ponto do território nacional, retornar ao seu país de origem ou estabelecer-se em um terceiro país, conforme o caso.

•5º (VETADO).

Art. 6º Fica instituído o Comitê Federal de Assistência Emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária, e sua composição, suas competências e seu funcionamento serão definidos em regulamento.

•1º Além das competências definidas em regulamento, caberá ao Comitê de que trata o caput deste artigo:

I – estabelecer as diretrizes e as ações prioritárias da administração pública federal para a execução das medidas de assistência emergencial;

II – representar a União na assinatura do instrumento de cooperação federativa de que trata o art. 4º desta Lei, a ser firmado com os entes federativos que queiram aderir às

medidas de assistência emergencial previstas nesta Lei; e

III – promover e articular a participação das entidades e organizações da sociedade civil na execução das medidas de assistência emergencial.

•2º Os órgãos e as entidades da administração pública federal obedecerão às diretrizes e priorizarão as ações definidas pelo Comitê de que trata o caput deste artigo.

•3º O Estado ou o Município receptor de fluxo migratório poderá, quando for convidado, enviar representante para participar, com direito a voz, das reuniões do Comitê de que trata o caput deste artigo destinadas a discutir medidas de assistência emergencial a serem implementadas em seu território.

•4º As organizações da sociedade civil que desenvolvam atividades relevantes na defesa dos direitos dos migrantes, em especial dos imigrantes e refugiados, poderão participar, com direito a voz, das reuniões do Comitê de que trata o caput deste artigo.

Art. 7º Em razão do caráter emergencial das medidas de assistência de que trata esta Lei, os órgãos do governo federal priorizarão os procedimentos e as formas de transferências de recursos e de contratação mais céleres previstos em lei.

•1º As transferências de que trata o caput deste artigo serão realizadas para conta específica do instrumento de cooperação firmado, e os recursos correspondentes somente poderão ser utilizados para pagamento de despesas relacionadas às medidas de assistência emergencial previstas nesta Lei.

•2º As contratações a serem realizadas por Estados e Municípios receptores de fluxo migratório poderão ocorrer de forma direta, nos termos do inciso IV do art. 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Art. 8º As ações realizadas em razão das medidas de assistência emergencial, enquanto durar a situação que desencadeou a emergência, correrão à conta dos orçamentos dos órgãos e das entidades participantes.

•1º A execução das ações previstas no caput deste artigo fica sujeita às disponibilidades orçamentárias e financeiras anuais.

•2º Os créditos adicionais abertos em razão do disposto no § 1º deste artigo serão exclusivamente destinados à execução das medidas de assistência emergencial e das ações descritas no art. 5º desta Lei.

•3º Os recursos de que trata este artigo deverão ser aplicados prioritariamente nas ações e serviços de saúde e segurança pública.

•4º Fica a União autorizada a aumentar o repasse de recursos para os fundos estaduais e municipais de saúde, de educação e de assistência social dos entes afetados, na forma fixada pelo Poder Executivo federal, após a aprovação do crédito orçamentário para essa finalidade.

Art. 9º As informações relativas à execução de recursos destinados a medidas de assistência emergencial previstas nesta Lei receberão ampla transparência, com obrigatoriedade de sua divulgação em sítios oficiais da rede mundial de computadores.

Art. 10. Qualquer cidadão poderá representar aos órgãos de controle interno e externo e ao Ministério Público contra irregularidades relacionadas a medidas de assistência emergencial previstas nesta Lei.

Art. 11. A União poderá prestar cooperação humanitária, sob a coordenação do Ministério das Relações Exteriores, a fim de apoiar países ou populações que se encontrem em estado de conflito armado, de desastre natural, de calamidade pública, de insegurança alimentar e nutricional ou em outra situação de emergência ou de vulnerabilidade, inclusive grave ameaça à vida, à saúde e aos direitos humanos ou humanitários de sua população.

Parágrafo único. O Poder Executivo regulamentará a prestação de cooperação humanitária, inclusive a participação dos órgãos da administração pública federal em suas ações.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 21 de junho de 2018; 197º da Independência e 130º da República.

MICHEL TEMER

Gilson Libório de Oliveira Mendes

Joaquim Silva e Luna

Gustavo do Vale Rocha

Eliseu Padilha

Sergio Westphalen Etchegoyen

3.5. PORTARIA SAS N. 544, DE 7 DE MAIO DE 2018

Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

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

Considerando a Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências; e

Considerando a necessidade de operacionalizar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), resolve:

Art. 1º Fica incluído na Tabela de Tipo de estabelecimento do CNES, tipo 70 – Centro de Atenção Psicossocial, o subtipo 008 CAPS AD IV.

Parágrafo único. Entende-se por CAPS AD IV como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas que tem como atividade principal a Atenção Psicossocial e atendem pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas).

Art. 2º Fica incluída, na Tabela de Habilitação do CNES, a habilitação de marcação Centralizada 06.37 – CAPS AD IV, identificando o quantitativo de leitos tipo 87 – Saúde Mental habilitados.

§1º A habilitação supracitada será marcada de forma Centralizada no CNES, após análise dos pré-requisitos pela Área Técnica competente deste Ministério e publicação de portaria no Diário Oficial da União.

§2º A portaria que habilita o estabelecimento deve mencionar a quantidade de leitos

pertencentes ao estabelecimento, sendo no mínimo 10 leitos, e no máximo 20 leitos.

§3º Caso o estabelecimento seja um CAPS reestruturado, este deverá ser desabilitado no porte em que se classificava anteriormente.

Art. 3º Fica incluída, na Tabela de Regras Contratuais do CNES, a regra contratual para não gerar crédito total: 71.18 – Estabelecimento Sem Geração de Crédito Total.

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde que receberem indicação da habilitação 06.37 – CAPS AD IV receberão em seu cadastro no CNES de forma automática, a marcação da regra contratual supracitada.

Art. 4º Ficam incluídas na Tabela de Equipes do CNES, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) a seguir:

CÓD	TIPO DE EQUIPE
57	eMAESM1
58	eMAESM2
59	eMAESM3

Art. 5º Ficam definidas as diretrizes para o cadastramento de Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) no CNES, conforme Anexo I desta Portaria.

§1º As eMAESM poderão ser cadastradas em Hospitais e Clínicas Especializadas.

§2º As eMAESM1 deverão ser contar com um Médico Clínico (preferencialmente um psiquiatra), um Psicólogo e um Assistente Social.

§3º As eMAESM2 deverão ser contar com um Médico Psiquiatra, dois Psicólogos e um Assistente Social.

§4º As eMAESM3 deverão ser contar com um Médico Psiquiatra, dois Psicólogos, um Assistente Social e mais um profissional de nível da seguinte listagem: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

§5º As eMAESM deverão atuar de forma obrigatória por pelo menos 30hs semanais.

§6º Profissionais participantes de eMAESM poderão atuar em outras equipes, evitando ultrapassar o total de 60hs semanais vinculado atuando em equipes.

Art. 6º Fica inserido nos procedimentos do Anexo II a habilitação 06.37 – CAPS AD IV.

Parágrafo Único. Os estabelecimentos habilitados em 06.37 – CAPS AD IV, também

deverão informar os procedimentos listados no Anexo III deste Portaria.

Art. 7º Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS), como gestora do CNES, formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

(DATASUS) a demanda para operacionalização desta Portaria no CNES.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor a partir da disponibilização das versões dos sistemas que contemplem as modificações definidas pelo DATASUS/SE, conforme cronograma de disponíveis nos sites <http://cnes.saude.gov.br>. FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

3.6. PORTARIA GM N. 1.751, DE 14 DE JUNHO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações de vigilância sanitária, relativas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do Sistema Único de Saúde

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, 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. 447. O PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias que aprimorem as ações e a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.” (NR)

“Art. 449. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada ao cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.” (NR)

“Art. 465. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária dependerá da regularidade do cadastro do serviço de vigilância sanitária no SCNES, que é de responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios.

§ 1º Para fins de regularidade do cadastramento do serviço especializado de vigilância sanitária no SCNES, devem ser observados os procedimentos estabelecidos nas Portaria nº 299/SAS/MS, de 11 de setembro de 2009, Portaria nº 500/SAS/MS, de 24 de dezembro de 2009 e Portaria nº 118/SAS/MS, de 18 de fevereiro de 2014, além de suas alterações.

.....
.....” (NR)

“Art. 466. A Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e do município que não

possuir cadastro no SCNES, conforme o estabelecido no § 1º do art. 465, terá o repasse de recurso do Componente de Vigilância Sanitária bloqueado.” (NR)

“Subseção III

Do Processo de Acompanhamento do SCNES e dos Relatórios de Monitoramento para fins de Manutenção de Repasse dos Recursos do Componente de Vigilância Sanitária

Art. 469. A ANVISA realizará acompanhamento da situação dos estados, Distrito Federal e municípios, quanto à regularidade do cadastro do serviço de vigilância sanitária no Sistema SCNES, após disponibilização dos dados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

.....
.....” (NR)

“Art. 470. A ANVISA disponibilizará, no portal eletrônico www.anvisa.gov.br, até o 5º dia útil dos meses de janeiro e julho, Relatório de Monitoramento que servirá de base para observação da manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância Sanitária, nos seguintes termos:

I – o Relatório de Monitoramento de janeiro será elaborado a partir da verificação do cadastro no SCNES do mês de dezembro do ano anterior, para fins de repasse mensal dos recursos financeiros relativos aos meses de janeiro a junho do ano em curso; e

II – o Relatório de Monitoramento de julho será elaborado a partir da verificação do cadastro no SCNES do mês de junho do ano em curso, para fins de repasse mensal dos recursos financeiros relativos aos meses de julho a dezembro do ano em curso.

.....
.....” (NR)

“Art. 471. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos nos meses de janeiro e julho, referente às transferências do semestre anterior, para os municípios que se regularizarem quanto ao

cadastro do serviço de vigilância sanitária no SCNES.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde publicará, em ato específico, a relação das Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.” (NR)

Art. 2º No ano de 2018, excepcionalmente, o Relatório de Monitoramento de que trata o art. 470 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, será elaborado a partir da verificação do cadastro no SCNES do mês de março de 2018, para fins de repasse mensal dos recursos

financeiros relativos aos meses de janeiro a junho do ano em curso.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficam revogados os seguintes dispositivos da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

I – incisos I e II do caput do art. 449;

II – arts. 451, 452 e 453;

III – §§ 3º e 4º do art. 465;

IV – inciso III do caput do art. 470; e

V – §§ 1º e 2º do art. 471.

ADEILSON LOUREIRO CAVALCANTE

3.7. PORTARIA GM N. 1.430, DE 11 DE JUNHO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o

Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – Programa EpiSUS

O SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso da competência que lhe foi delegada pela Portaria nº 1.025/GM/MS, de 18 de abril de 2018, e na forma do disposto no Decreto nº 8.851, de 20 de setembro de 2016, e no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde, abrangendo a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública; Considerando Portaria nº 30/SVS/MS, de 7 de julho de 2005, que institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação; e

Considerando a necessidade de investimento em capacitação técnica altamente especializada para responder às emergências em saúde pública nas esferas de governo federal, estadual e municipal, bem como contribuir com o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, especialmente no que tange à capacidade de resposta aos eventos que configurem situação

de emergência ou estado de calamidade pública, resolve:

Art. 1º O Capítulo XIII do Título II da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Seção IV

Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – Programa EpiSUS.

“Art. 335-A. Fica instituído o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – Programa EpiSUS.” (NR)

“Art. 335-B. O Programa EpiSUS tem como objetivo geral aprimorar a capacidade técnica de profissionais de nível superior, por meio de treinamento em serviço para atuar frente às investigações epidemiológicas, tais como surtos e emergências em saúde pública no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde.” (NR)

“Art. 335-C. São objetivos específicos do Programa EpiSUS:

I – capacitar profissionais de nível superior em epidemiologia de campo e vigilância em saúde;

II – desenvolver capacidade técnica-científica para colaborar na resolução de problemas de saúde pública;

III – colaborar na resposta às emergências em saúde pública, principalmente em investigações de surtos;

IV – contribuir para a difusão do conhecimento técnico-científico, por meio da comunicação científica escrita e oral, da divulgação de resultados de investigações de surtos e de outros estudos desenvolvidos durante o treinamento;

V – colaborar no planejamento e condução de investigações epidemiológicas de surtos/epidemias e outros eventos de saúde pública, incluindo a coleta, a análise, a descrição e a interpretação de dados para orientar a rápida tomada de decisão;

VI – direcionar as ações de prevenção e controle de eventos de importância em saúde pública;

VII – colaborar e conduzir avaliações de sistemas de vigilância em saúde ou programas específicos de saúde pública e análise de dados gerados pelos sistemas de informação;

VIII – conduzir pesquisas direcionadas às necessidades das áreas de vigilância em saúde, desenvolvendo estudos de caráter técnico-científico; e

IX – colaborar no planejamento e execução de estudos epidemiológicos, incluindo a coleta, a análise, a descrição e a interpretação de dados para orientar a tomada de decisão, de forma rápida.” (NR)

“Art. 335-D. Para o alcance dos objetivos do Programa EpiSUS, serão realizados processos seletivos para a escolha dos participantes de cada turma de treinamento.

Parágrafo único. Os processos seletivos de que trata o caput serão realizados por meio de editais de chamada pública específicos, que estabelecerão, entre outras disposições, as condições e requisitos para a participação, a manutenção e a conclusão dos interessados no treinamento ofertado.” (NR)

“Art. 335-E. As atividades de gestão do Programa EpiSUS ficarão a cargo do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS, instituído pela Portaria nº 30/SVS/MS, de 7 de julho de 2005, ao qual competirá:

I – coordenar o processo seletivo dos candidatos ao Programa EpiSUS;

II – coordenar e desenvolver as atividades formativas de acordo com a grade curricular padronizada para os programas de treinamento em epidemiologia de campo, considerando os indicadores de qualidade definidos no âmbito da Rede de Programas de Treinamento em Epidemiologia e Intervenções em Saúde Pública – TEPHINET;

III – assegurar a participação dos profissionais em treinamento em investigações de surtos e epidemias ou situações de risco para a saúde pública com relevância local, regional, nacional ou internacional, de modo

complementar ou suplementar, em articulação com as demais unidades competentes e, quando necessário, em missões do Ministério da Saúde; e

IV – propiciar oportunidades para a capacitação em investigação de surtos ou outros eventos de saúde pública.” (NR)

“Art. 335-F. O acompanhamento e a execução de todas as etapas de realização do processo seletivo serão realizados pela Equipe de Seleção do Programa EpiSUS.

Parágrafo único. A equipe de que trata o caput será instituída por ato da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS.” (NR)

“Art. 335-G. Poderão se candidatar ao processo seletivo para o treinamento no EpiSUS profissionais de nível superior das seguintes áreas:

I – Biologia;

II – Biomedicina;

III – Educação Física;

IV – Enfermagem;

V – Farmácia;

VI – Fisioterapia;

VII – Fonoaudiologia;

VIII – Medicina;

IX – Medicina Veterinária;

X – Nutrição;

XI – Odontologia;

XII – Psicologia;

XIII – Saúde Coletiva/Saúde Pública; ou

XIV – Terapia Ocupacional.” (NR)

“Art. 335-H. Os candidatos do processo seletivo para o treinamento do Programa EpiSUS deverão preencher, além de outras disposições constantes no edital, os seguintes requisitos:

I – possuir, pelo menos, 1 (um) curso de pós-graduação, compreendendo cursos de especialização, com carga horária igual ou superior a 360 (trezentos e sessenta) horas, residência médica, residência multidisciplinar, mestrado ou doutorado em uma das seguintes áreas:

a) epidemiologia;

b) infecção hospitalar;

c) infectologia;

d) medicina preventiva e social;

e) saúde coletiva/pública;

f) saúde da família, saúde do trabalhador;

g) vigilância em saúde;

h) vigilância epidemiológica;

i) vigilância hospitalar;

j) vigilância sanitária; ou

- k) vigilância em saúde ambiental;
- II – comprovar, pelo menos, 1 (um) ano de experiência profissional em cargos de nível superior, em uma das áreas listadas no art. 335-H; e
- III – estar registrado no conselho da categoria profissional correspondente” (NR)
- “Art. 335-I. Os profissionais de áreas não elencadas no art. 335-H poderão participar do processo seletivo para o treinamento do Programa EpiSUS, desde que preencham os seguintes requisitos:
- I – possuir formação de nível superior; e
- II – possuir doutorado concluído e comprovar, pelo menos, 1 (um) ano de experiência profissional em cargos de nível superior, ambos nas seguintes áreas:
- a) epidemiologia;
- b) infecção hospitalar;
- c) infectologia;
- d) medicina preventiva e social;
- e) saúde coletiva/pública;

- f) saúde da família, saúde do trabalhador;
- g) vigilância em saúde;
- h) vigilância epidemiológica;
- i) vigilância hospitalar;
- j) vigilância sanitária; ou
- k) vigilância em saúde ambiental.” (NR)
- “Art. 335-J. As atividades desenvolvidas no âmbito do Programa EpiSUS poderão ser compartilhadas e aprimoradas por meio da participação em eventos e cooperações internacionais relacionados à sua área de atuação.
- Parágrafo único. A participação do Ministério da Saúde em cooperações internacionais deve observar o disposto no Art. 49, inciso I, da Constituição, quando acarretar encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.” (NR)
- Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
- ADEILSON LOUREIRO CAVALCANTE

3.8 PORTARIA GM N. 572, DE 10 DE MAIO DE 2018

Define critérios para distribuição de oxímetro portátil a Unidades Básicas de Saúde, através do Programa Requalifica

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso das atribuições, e considerando o Título VII – Dos Investimentos – Capítulo I – da aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que instituiu, aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde – da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Ficam definidos os critérios utilizados para distribuição de oxímetro portátil, que visa equipar unidades básicas de saúde, através do Programa Requalifica.

Parágrafo único. O Requalifica UBS, instituído em 2011, consiste em um programa que visa melhorias de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde – UBS, afim de promover adequadas instalações às equipes de atenção básica para desempenho de suas ações, dentre elas o direito à saúde para população.

Art.2º As UBS contempladas com doação de oxímetro portátil do Programa Requalifica

foram financiadas através da componente construção.

Parágrafo único: UBS concluída e com funcionamento comprovado através do Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB, entre os anos de 2014 à 2016.

Art. 3º Serão destinadas também às Unidades Básicas de Saúde Fluvial concluídas e em execução.

Art.4º Ficam definidos os quantitativos para cada UBS de acordo com seu porte:

- I – UBS Porte I: 1 (um) Oxímetro Portátil;
- II – UBS Porte II: 1 (um) Oxímetro Portátil;
- III – UBS Porte III: 3 (três) Oxímetros Portáteis;
- IV – UBS Porte IV: 4 (quatro) Oxímetros Portáteis; e
- V – UBS Fluvial: 3 (três) Oxímetros Portáteis.

Art. 5º Os equipamentos estarão disponíveis nos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde correspondente a cada estado.

Parágrafo único: É de obrigação dos Municípios contemplados com esta doação, retirarem o(s) equipamento(s) a eles destinados, na sede dos respectivos Núcleos Estaduais, no prazo máximo de 120 dias da publicação desta portaria, sob pena de tornar sem efeito a doação.

Art. 6º Fica subdelegada competência aos Chefes dos Serviços de Gestão Administrativa

dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde para formalizar e assinar o recebimento do equipamento oxímetro portátil e Termo de Doação.

Art. 7º Os municípios contemplados com a doação de oxímetro portátil através do Programa Requalifica e o quantitativo para cada município, estão discriminados no endereço eletrônico do DAB (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>).

Art. 8º Para a retirada dos equipamentos, estarão condicionados os municípios

contemplados, a entrega do Termo de Doação em três vias assinado pelo Prefeito ou Representante Legal devidamente nomeado, conforme modelos disponíveis no endereço eletrônico do DAB (<https://egestorab.saude.gov.br>).

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

3.9. PORTARIA INTERMINISTERIAL N. 1.409/MPOG/MS/MCTIC/MDIC, DE 18 DE MAIO DE 2018

Altera a Portaria Interministerial nº 128/2008/MPOG/MS/MCT/MDIC, de 29 de maio de 2008

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE, DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES, DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º O § 1º do art. 2º da Portaria Interministerial nº 128/2008/MPOG/MS/MCT/MDIC, de 29 de maio de 2008, passa a vigorar com a seguinte alteração:

“Art. 2º
.....
....

§ 1º Nas aquisições de medicamentos acabados, deverá estar prevista no

instrumento convocatório a exigência de apresentação do certificado de registro do produto emitidos pela ANVISA, bem como declaração do produtor, sujeita à comprovação, referente à origem do produto acabado e do insumo farmacêutico ativo que o compõe”. (NR)

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

GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

ESTEVES PEDRO COLNAGO JUNIOR

Ministro de Estado do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

GILBERTO KASSAB

Ministro de Estado de Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações

MARCOS JORGE DE LIMA

Ministro de Estado da Indústria, Comércio Exterior e Serviço

3.10. PORTARIA GM N. 1.208, DE 3 DE MAIO DE 2018

Autoriza o repasse dos valores de recursos financeiros do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde, relativos ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); à Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e ao Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE (IF)

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 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias; Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que 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; Considerando o Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015, que regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias;

Considerando os arts. 1º a 16 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.510/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que atualiza os valores do Piso Fixo de Vigilância em Saúde do Componente de Vigilância em Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde, com base na estimativa populacional do IBGE para 2017, definindo doravante os valores do Piso Fixo de Vigilância em Saúde das 27 (vinte e sete) Unidades Federadas; e

Considerando o Relatório do cadastro dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) referente ao mês de março de 2018, resolve:

Art. 1º Autoriza o repasse dos valores de recursos financeiros do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde, relativos ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); à Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para cumprimento do piso salarial profissional

nacional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e ao Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE (IF).

Art. 2º Os valores a serem transferidos para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios constantes desta Portaria totalizam o montante de R\$ 129.318.915,59 (cento e vinte e nove milhões trezentos e dezoito mil novecentos e quinze reais e cinquenta e nove centavos) conforme Anexos I a XXVII.

Art. 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidas nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamentos instruídos.

Art. 4º Os créditos orçamentários de que tratam a presente Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho – 10.305.2015.20AL Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde – Plano Orçamentário 0000, e o Programa de Trabalho – 10.305.2015.20AL-0001 Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde – Plano Orçamentário 0001 – Assistência Financeira Complementar aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Agentes de Combate às Endemias.

Parágrafo único. Os recursos relativos ao estabelecimento consignado ao programa de trabalho de que trata o caput tem como finalidade o custeio de quaisquer ações e serviços de vigilância em saúde.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de abril de 2018.

GILBERTO OCCHI

3.11. PORTARIA Nº 1.808, DE 28 DE JUNHO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

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 dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, estabelecendo a

revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica; Considerando o Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do Custeio da Atenção Básica; e

Considerando a necessidade de regulamentar o valor destinado ao incentivo financeiro de custeio das equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela PNAB, resolve:

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

"Seção XII Do financiamento das equipes de Atenção Básica - eAB Art. 85-A. Fica definido o incentivo financeiro de custeio mensal das equipes de Atenção Básica - eAB.

§ 1º O valor do incentivo financeiro de que trata esta Seção corresponderá a 30% do valor do custeio mensal das Equipes de Saúde da Família - eSF modalidade II, estabelecido no § 3º do art. 13, para cada eAB credenciada e implantada.

§ 2º Farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção os municípios que possuem eAB credenciadas e implantadas, de acordo com os critérios estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.,

§ 3º A relação dos municípios habilitados para o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção, bem como os respectivos montantes totais a serem repassados, serão publicados no Diário Oficial da União, por meio de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de que trata esta Seção será repassado mensalmente, na modalidade fundo a fundo, pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do município habilitado ao seu recebimento.

§ 5º Será suspenso o repasse do incentivo financeiro de que trata esta Seção:

I - no caso de descumprimento das regras estabelecidas pela PNAB aplicáveis às eAB; ou

II - no caso de substituição de Equipes Saúde da Família - eSF por Equipes de Atenção Básica - eAB ou diminuição da cobertura municipal das eSF.

§ 6º Para fins do disposto no inciso II do § 5º, Portaria do Secretário de Atenção à Saúde

publicará a relação dos municípios elegíveis ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção, contendo as respectivas quantidade de eSF e cobertura municipal das eSF a serem utilizadas como valor de referência.

§ 7º A Portaria de que trata o § 6º não contabilizará as eAB parametrizadas, assim consideradas as eAB habilitadas junto ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB que possuam composição diversa da composição mínima de eSF estabelecida pela PNAB.

§ 8º A habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção fica condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde." (NR)

"Seção XIII

Do financiamento da Gerência da Atenção Básica

Art. 85-B. Fica definido incentivo financeiro mensal para o custeio da Gerência da Atenção Básica.

§ 1º O valor do incentivo financeiro de que trata esta Seção corresponderá a:

I - 10% do valor de custeio mensal de eSF modalidade II, estabelecido no § 3º do art. 13, no caso de UBS com apenas 1 (uma) equipe; e
II - 20% do valor de custeio mensal de eSF modalidade II, estabelecido no § 3º do art. 13, no caso de UBS com 2 (duas) ou mais equipes.

§ 2º Nas hipóteses em que o município possuir mais de 1 (uma) UBS com apenas 1 (uma) equipe vinculada, será repassado o valor de que trata o inciso I do § 1º para cada 2 (duas) UBS em tal situação.

§ 3º Farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção os municípios que possuem eSF e/ou eAB credenciadas e implantadas e que implementarem a Gerência de Atenção Básica, de acordo com os critérios estabelecidos na PNAB.

§ 4º Para fins de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção, deverão ser observados os seguintes requisitos mínimos:

I - o profissional que exercer a função de Gerente de Atenção Básica deverá:

a) possuir nível superior e experiência na área da Atenção Básica;

b) não ser integrante das equipes vinculadas à UBS em que exercer a função de Gerente de Atenção Básica;

c) exercer, na integralidade, as atribuições de Gerente de Atenção Básica estabelecidas na PNAB; e

d) cumprir carga horária semanal de 40 (quarenta) horas atuando na função de Gerente de Atenção Básica; e

II - cada UBS poderá contar com apenas 1 (um) Gerente de Atenção Básica.

§ 5º A relação dos municípios habilitados para o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção, bem como os respectivos montantes totais a serem repassados, serão publicados no Diário Oficial da União, por meio de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 6º O incentivo financeiro de que trata esta Seção será repassado mensalmente, na modalidade fundo a fundo, pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do município habilitado.

§ 7º Será suspenso o repasse do incentivo financeiro de custeio da Gerência de Atenção Básica no caso de descumprimento das regras estabelecidas nesta Seção ou na PNAB aplicáveis à Gerência de Atenção Básica.

§ 8º A habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção fica

condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde." (NR)

Art. 2º O financiamento estadual para a PNAB será pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito dos Estados e Distrito Federal.

Art. 3º A comprovação da aplicação dos recursos financeiros transferidos por força desta Portaria será apresentada no Relatório Anual de Gestão - RAG, nos termos do art. 1.147 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017.

Art. 4º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Art. 5º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.2015.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde, no seguinte plano orçamentário PO - 0001 - Piso de Atenção Básica Variável.

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

GILBERTO OCCHI

3.12. RESOLUÇÃO CNS Nº 585, DE 10 DE MAIO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2018, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

Considerando os resultados e a Declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável "Rio +20", ocorrida no Rio de Janeiro em junho de 2012; Considerando a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) "Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável", composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

(ODS), desdobrados em 169 metas, da qual o Brasil é signatário; considerando que a implantação da Agenda 2030 exigirá uma nítida prioridade dos governos federal, estaduais, distrital e municipais para superação do desafio de implementar políticas e programas transversais e intersetoriais;

Considerando que os ODS sucederam ao ciclo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de 2000 a 2015, que a partir do cumprimento das metas tornou o Brasil referência mundial e um dos principais interlocutores na fase de negociação dos ODS, na ONU;

Considerando que a construção dos ODS esteja amparada na perspectiva da inclusão, da equidade e da implementação efetiva dos direitos humanos consagrados nos diversos instrumentos internacionais que buscam garantir a igualdade a grupos vulneráveis, como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação Racial (1965), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994), a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância (2001), entre outras;

Considerando que o protagonismo internacional do Brasil nos ODS proporcionou ao país assento no Grupo de Alto Nível da ONU, que acompanha a implementação mundial da Agenda 2030; considerando que a ampliação dos canais institucionais de participação social tem sido fundamental para o aprofundamento do exercício da democracia, por meio da prática de uma cidadania ativa; considerando o Plano de Ação 2017-2019, elaborado pela Comissão Nacional para os ODS (CNOODS), que contribuirá para que sejam estabelecidas as condições adequadas à implementação dos ODS, incluindo o fortalecimento do diálogo entre o governo e sociedade civil, para a construção de mecanismos institucionais e de participação social no processo de implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; considerando a Resolução nº 568 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de dezembro de 2017, que em seu art. 2º aprova as atividades que compõem as etapas preparatórias da 16ª CNS (=8ª+8); e

Considerando a reunião do Grupo de Trabalho sobre Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ocorrida nos dias 19 e 20 de outubro de 2017.

Resolve:

Art. 1º Reafirmar o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e como promotora de equidade, contribuindo para que o Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento das metas.

Art. 2º Reforçar que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Art. 3º Estimular os Conselhos de Saúde, em suas diversas esferas à:

§1º Mapear as relações entre as políticas públicas vigentes e o orçamento destinado para o cumprimento das metas dos ODS, verificando a suficiência e possíveis lacunas, necessária adequação das metas globais à realidade nacional.

§2º Acompanhar os indicadores dos ODS, em especial os da saúde.

§3º Desenvolver ferramentas e estratégias para disseminação dos ODS e para processos e iniciativas de interiorização da Agenda 2030 em todo território nacional.

Art. 4º Determinar que a Agenda 2030 seja umas das questões transversais a serem abordadas na construção das atividades temáticas preparatórias da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) pelas Comissões Intersetoriais do CNS.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde Homologo a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

4. ARTIGOS

4.1. A importância e o desafio da boa gestão na saúde pública

Por Júlio Marcelo de Oliveira

Saúde e educação são as duas principais políticas públicas do país. São elas que podem produzir um mínimo de igualdade num país tão desigual. Prover saúde pública de qualidade significa garantir e respeitar a dignidade de cada cidadão que integra e constrói a sociedade brasileira. Não por acaso são duas políticas públicas que têm

regras de financiamento mínimo na Constituição Federal.

Muito se tem discutido sobre a melhor forma de gerir a saúde pública no país. Os valores gastos, como proporção do PIB, são elevados, muito embora em valores inferiores aos de países desenvolvidos quando se considera o gasto per capita. Por isso, o subfinanciamento da saúde tem sido apontado recorrentemente

como uma das principais causas da precariedade dos serviços públicos de saúde.

De fato, é preciso construir e equipar mais hospitais, contratar profissionais e provê-los de materiais e medicamentos suficientes. Há muitas regiões brasileiras com imenso déficit em equipamentos hospitalares.

Nossa grave crise fiscal, no entanto, constitui um sério obstáculo a que se possa destinar mais recursos para a saúde sem que haja uma retomada do crescimento econômico e, por consequência, da arrecadação.

Mesmo escassos para o tamanho da população, os recursos da saúde são volumosos. Nesse contexto, geri-los bem ganha ainda mais importância. Se é importante gerir bem sempre, na escassez é que a qualidade da gestão pode fazer toda a diferença.

Está em voga apontar a gestão como causa principal da precariedade da saúde pública em todo o país. Alega-se que a saúde privada estaria muito melhor em razão da agilidade e simplicidade da gestão privada, que permite contratar e demitir profissionais com relativa flexibilidade e facilidade e fazer compras de insumos e contratações de serviços com agilidade. A solução para a saúde pública seria então muito simples, bastaria importar para a saúde pública essas características da saúde privada.

Com esse raciocínio, tão sedutor quanto enganoso e oportunista, governadores têm adotado a estratégia de terceirizar a saúde pública por meio de organizações sociais e outras formas jurídicas. Entregam a gestão de unidades hospitalares inteiras a pessoas jurídicas privadas como se a mera mudança de regime jurídico pudesse melhorar a saúde magicamente. Fica o poder público nesses casos como mero financiador do modelo, como tomador de serviços.

O diagnóstico de que há problemas na gestão está correto. O tratamento é que está equivocado. Qualquer instituição, pública ou privada, precisa ser bem gerida, e gerir bem é sempre mais difícil que gerir mal. A simples troca de regime jurídico de público para privado não garante nenhuma melhoria na gestão da saúde e abre as portas para todo tipo de desvio de condutas que o direito público tanto lutou para eliminar da administração pública: nepotismo, corrupção, favorecimento pessoal.

Será que esse seria um preço necessário para a boa gestão na saúde? Será que as regras de impessoalidade da administração pública são incompatíveis com a saúde? Certamente não.

A experiência tem mostrado como esse “novo modelo” não resolve os problemas da saúde por várias razões. A primeira é o custo. As unidades terceirizadas que alegadamente apresentam resultados melhores recebem em média três vezes mais recursos do que recebiam antes da terceirização. Com mais recursos disponíveis, é evidente que fica mais fácil gerir qualquer coisa, o que deixa entrever que a melhoria de performance se deve muito mais à elevação dos recursos que à mudança do modelo de gestão. O problema, com isso, é que a solução tomada como modelo não é replicável para toda a rede por falta de recursos. Seria necessário triplicar os orçamentos da saúde para que uma rede estadual inteira pudesse passar a funcionar.

A segunda razão é a falta de transparência. Via de regra, não há auditorias sobre a quantidade de atendimentos e procedimentos realizados nas unidades terceirizadas e quando estas ocorrem, verifica-se que as metas pactuadas muitas vezes não são atingidas. Em Goiás, na semana passada, os jornais noticiavam que apenas uma unidade terceirizada havia atingido as metas pactuadas. Há ainda notícias de que essas unidades terceirizadas escolhem pacientes, preferindo aqueles de menor gravidade, para produzirem estatísticas mais favoráveis. Assim, pacientes mais graves, com muitos dias de internação e prognóstico ruim são recusados e destinados a unidades não terceirizadas, mostrando a pior face desse modelo.

Organizações sociais têm sido criadas só para assumir unidades hospitalares, mesmo sem nenhuma experiência anterior na área, como se gerir hospitais fosse tarefa trivial. Como não podem obter lucros, distribuem “resultados” mediante remunerações elevadíssimas para seus dirigentes ou por meio da contratação de empresas prestadoras de serviços. É como se fosse uma empresa privada, mas sem nenhum risco, já que a receita está garantida.

Também a União comprou ilusão semelhante ao criar a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), destinada inicialmente a assumir a gestão dos hospitais universitários que as universidades deliberassem entregar. Os argumentos eram os mesmos. Organizada em

forma de empresa pública, a EBSEERH teria mais agilidade e flexibilidade para gerir pessoal e efetuar compras. Não há notícia de nenhuma revolução na gestão dos hospitais universitários conduzidos pela EBSEERH.

Recentemente, no TCU, deparei-me com um caso que ilustra muito bem como a boa gestão na saúde pública é decisiva e plenamente possível mesmo no ambiente da gestão pública. No caso, examinava-se a gestão do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, integrante da estrutura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que deliberou não abdicar de sua autonomia na gestão de seu complexo hospitalar.

Trata-se de um hospital geral, de grande porte, de alta complexidade, com mais de 70 especialidades numa cidade especialmente carente de bons hospitais públicos. Ao assumir a direção do hospital por eleição de professores, funcionários e alunos, o professor de oncologia Eduardo Côrtes encontrou uma unidade com 200 leitos em que praticamente 100% das compras eram feitas sem licitação, de forma emergencial, conforme o próprio TCU atestara em auditoria anterior à sua gestão. De outro lado, o pronto-socorro funcionava apenas de segunda a sexta-feira, em horário comercial, com evidente prejuízo para a comunidade e para o processo ensino-aprendizagem dos novos profissionais da saúde no Rio de Janeiro.

A tarefa do diretor era difícil, equivalia a trocar pneus de uma carreta em movimento. A primeira providência foi estruturar o setor de compras, com alocação da mão de obra administrativa suficiente e treinamento intensivo. A equipe de compras nem sequer tinha experiência em fazer pregões e outras modalidades de licitação, pois estava sempre muito atarefada fazendo compras emergenciais.

O segundo passo foi determinar que a cada pedido de compra emergencial de material fosse simultaneamente disparado um procedimento de licitação para compra daquele material dimensionada para atender o hospital por pelo menos um ano. Além disso, aquela compra emergencial deveria atender o

hospital pelo prazo necessário à conclusão da licitação, de modo que aqueles itens não voltassem a ser comprados novamente de forma emergencial. Com isso, paulatinamente, todas as compras passariam a ser por meio de regulares licitações.

Houve também um trabalho de convencimento de seus colegas médicos no sentido da necessidade de correta e adequada especificação de materiais para que pudessem ser licitados, e não adquiridos por compra direta no momento de uma cirurgia, como era a praxe. Os cirurgiões ajudaram as equipes de compra a fazer as especificações corretas.

Os resultados foram excelentes. Os custos de aquisição caíram em média 40%. Com a economia, pequenas reformas foram feitas com custo abaixo do orçamento previsto. Com isso a direção conseguiu ampliar o número de leitos de 200 para 240 e manter o pronto-socorro aberto 24h por dia, todos os dias do ano. Até a EBSEERH fez algumas compras aderindo aos resultados de atas de preço desse importante hospital universitário.

A gestão do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no período 2014-2017 é um verdadeiro exemplo de como as regras que orientam a administração pública não só não atrapalham como potencializam os resultados positivos quando a gestão é benfeita, orientada para atender bem o paciente e ainda, no caso, formar bem os novos profissionais de saúde. Trata-se de um case que deveria ser melhor estudado e replicado em todos os hospitais públicos do país.

Em conclusão, é preciso entender que qualidade de gestão na saúde não é sinônimo de regime jurídico e que, mesmo na seara privada, gerir bem é sempre desafiador, tanto assim que não se veem hospitais de excelência sendo criados a todo momento. A saúde pública precisa, sim, de boa gestão, mas não será entregando-a a aventureiros ou abrindo mão da impessoalidade e da transparência na gestão que ela ocorrerá.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jun-05/contas-vista-importancia-desafio-boa-gestao-saude-publica>

5. PRODUTIVIDADE CAODS

5.1. Produtividade CAODS – MAIO/2018

ITEM	QUANTIDADE
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.1 Solicitações de apoio pelos órgãos de execução (1º e 2º graus)	85
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.3 Elaboração de ACP, denúncia, proposta de transação penal ou susp. cond do proc.	3
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.4 Elaboração de compromisso de ajustamento de conduta	5
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.5 Elaboração de recomendação	9
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.6 Elaboração de outros atos	5
2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	48
2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.2 Relatórios de auditorias, inspeções, autos de infração e outros	12
2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	6
3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	78
3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	70
4 EVENTOS - 4.1 Palestras ministradas	2
4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	14
4 EVENTOS - 4.3 Participações em audiências públicas	1
4 EVENTOS - 4.4 Participações em seminários, congressos, palestras e outros eventos externos	9
4 EVENTOS - 4.5 Realizações de seminários, reuniões de trabalho ou encontros jurídicos	5
5 OUTROS - 5.2 Elaboração e remessa ao PGJ de planos de ação	1

5.2. Produtividade CAODS – JUNHO/2018

ITEM	QUANTIDADE
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.1 Solicitações de apoio pelos órgãos de execução (1º e 2º graus)	98
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.3 Elaboração de ACP, denúncia, proposta de transação penal ou susp. cond do proc.	9
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.4 Elaboração de compromisso de ajustamento de conduta	2
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.5 Elaboração de recomendação	8
1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.6 Elaboração de outros atos	5
2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	12
2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.3 Representações oriundas de atendimentos ao público	2
2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	10
3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	82
3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	57
4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	9
4 EVENTOS - 4.3 Participações em audiências públicas	1
4 EVENTOS - 4.4 Participações em seminários, congressos, palestras e outros eventos externos	7
4 EVENTOS - 4.5 Realizações de seminários, reuniões de trabalho ou encontros jurídicos	6
5 OUTROS - 5.1 Atendimentos ao público	2
5 OUTROS - 5.2 Elaboração e remessa ao PGJ de planos de ação	1