

CAODS



**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DE DEFESA DA SAÚDE**

INFORMATIVO

EDIÇÃO 1 - JANEIRO/FEVEREIRO 2018

1. JURISPRUDÊNCIA

1.1. Ministra defere liminar para permitir atendimento pelo SUS a pacientes de quatro municípios de SC

A presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, deferiu liminar requerida pelo Município de Quilombo (SC) e restabeleceu os efeitos do decreto municipal que determinou a requisição administrativa de bens, empregados e serviços do Hospital São Bernardo (da Beneficência Camiliana do Sul), transferindo a gestão da unidade de saúde ao município pelo período de seis meses. Além da população de Quilombo, o hospital atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) das cidades de Irati, Santiago do Sul, e Formosa do Sul, atendimento que será mantido com a decisão.

A liminar foi parcialmente deferida na Suspensão de Segurança (SS) 5216, na qual o Município de Quilombo pediu a suspensão da decisão do Juízo da Vara Única da cidade, mantida pelo presidente do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJ-SC), de sustar o efeito do decreto municipal. Após o insucesso das negociações para a renovação dos convênios e contratos administrativos com os municípios envolvidos, a Beneficência Camiliana do Sul notificou-os acerca do desinteresse em continuar prestando os serviços pelo SUS, informando que interromperia os atendimentos de emergência, urgência, plantão, cirurgias e consultas custeados pelo SUS em 31/12/2017.

Para a ministra, há risco de desatendimento à população destes municípios, que não pode ser apenas com a má gestão do interesse público. “Se mantida a suspensão dos efeitos do Decreto Municipal 263, de 27/12/2017, isso importaria na

imediate cessação de prestação dos serviços de saúde ofertados pela Beneficência Carmeliana do Sul (Hospital São Bernardo), de forma complementar, à população do município requerente, sujeitando-a a inegável risco de descontinuidade de tratamentos médicos indispensáveis ao cuidado da saúde daqueles que dependem dos cuidados”, afirmou na decisão.

Cármen Lúcia explicou que, no exame dos pedidos de suspensão de segurança feitos ao STF, não se analisa o mérito das ações nas quais são proferidas as decisões questionadas, apenas a existência dos aspectos relacionados à potencialidade lesiva do ato decisório em face dos interesses públicos relevantes assegurados em lei. No caso em questão, a presidente do STF observou, no entanto, que os gestores municipais não foram surpreendidos com o fim do ajuste nem com a necessidade de adotar providências para suprir as demandas de saúde da população. “Como assinalado nas decisões que se pretende suspender por este instrumento de contracautela, a Beneficência Carmeliana do Sul tem realçado, há anos, a insuficiência dos recursos repassados pelo Município de Quilombo para a continuidade das atividades lá desenvolvidas, alertando, inclusive, para a impossibilidade de manutenção de todos os serviços prestados. Não poderia o ente municipal, por isso mesmo, escorar-se na

alegação de ter sido surpreendido com a manifestação do desinteresse na manutenção dos contratos firmados”, afirmou.

Segundo ela, o município deve respeitar o prazo de requisição instituído e arcar com o ônus decorrente da requisição administrativa do hospital, com o pagamento de danos provocados pela situação à Beneficência Carmeliana do Sul. “As características deste instituto de requisição não podem ser descumpridas (como o pagamento

de danos provocados pela situação) nem a responsabilidade dos administradores públicos que não tenham adotado, em tempo e nos termos devidos, o que juridicamente era seu dever como providências indispensáveis para garantia dos direitos dos cidadãos”, concluiu.

Fonte:

<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=366279>

1.2. Negada liminar contra decisão que proíbe município da BA de realizar contratações temporárias

A presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, negou pedido de liminar na Suspensão de Tutela Provisória (STP) 1, ajuizada pelo Município de Guanambi (BA) contra decisão do Tribunal de Justiça da Bahia (TJ-BA) que proibiu a municipalidade de realizar contratações temporárias na área de saúde e determinou a nomeação de candidatos aprovados em concurso público, caso haja necessidade de pessoal.

O juízo da 2ª Vara dos Feitos Cíveis e Anexos da Bahia julgou improcedente uma ação civil pública na qual o Ministério Público estadual (MP-BA) pedia que o prefeito e o Município de Guanambi se abstivessem de realizar contratações temporárias ou de renovar contratos já existentes para a realização de atividades prestadas pela administração pública, rescindissem os contratos apontados pelo MP na ação e substituíssem todos os contratados por candidatos aprovados no concurso público realizado em 2015.

Contra a decisão de primeira instância, o MP-BA interpôs apelação ao TJ-BA, apresentando também pedido autônomo de tutela provisória para dar efeito suspensivo ao recurso. A relatora do caso no TJ baiano deferiu o pedido e suspendeu os efeitos da sentença, proibindo o município de fazer novas contratações ou renovar os contratos vigentes, e determinando que, caso necessite de profissionais nas respectivas áreas, a Prefeitura deve nomear os candidatos aprovados em cadastro de reserva do certame.

No STF, o município alega que a decisão do TJ-BA estaria causando grave lesão à ordem pública, principalmente no tocante à normal execução dos serviços públicos de saúde, diante da necessidade

de contratação temporária para combate a endemias. De acordo com a Prefeitura, a decisão impõe a nomeação de candidatos aprovados em um certame que já teve o prazo de validade vencido, o que geraria ônus para a administração, uma vez que o município vai assumir compromissos financeiros de natureza continuada.

Decisão

A ministra, ao decidir, observou que o município, embora tenha alegado que a decisão traria prejuízo ao combate a endemias, não apresentou documentos que comprovem tal fato. Da mesma forma, não ficou demonstrado nos autos a grave lesão à economia pública que justifique o deferimento da medida liminar sem antes ouvir o Ministério Público baiano. A presidente do STF determinou que o MP-BA seja intimado para se manifestar em até cinco dias, e, na sequência, que se dê vista dos autos à Procuradoria-Geral da República, pelo mesmo prazo.

Novidade

A classe processual “Suspensão de Tutela Provisória (STP)” substitui a “Suspensão de Tutela Antecipada (STA)”. A alteração foi implementada no STF, no final de 2017, por meio da Resolução STF 604, em razão das inovações trazidas pelo novo Código de Processo Civil (CPC). O pleito do município baiano é o primeiro dessa classe processual a chegar à Suprema Corte.

Fonte:

<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=367834>

1.3. Suspensa liminar que permitia ao RN pagar salários com verba da saúde

A Justiça Federal do Rio Grande do Norte suspendeu liminar da Justiça estadual que havia permitido o uso de recursos da saúde, repassados pela União, para o pagamento de salários atrasados de servidores do estado.

A liminar, concedida no último sábado (30/12) pelo desembargador Cornélio Lopes, do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, atendia a um pedido da Associação dos Subtenentes e Sargentos Policiais Militares e Bombeiros do Estado do Rio Grande do Norte.

Porém, de acordo com o juiz Eduardo Dantas, da 14ª Vara Federal, a utilização da verba para o pagamento de folha de pessoal viola diretamente o direito à saúde dos pacientes e usuários do serviço, pondo em risco a vida de todos os seus beneficiários e agravando ainda mais a crise na saúde pública local. Assim, o juiz determinou que os R\$ 225,7 milhões transferidos pelo governo federal sejam aplicados exclusivamente em ações de saúde de alta e média complexidade. Os recursos foram repassados pelo governo federal após o governo estadual declarar estado de calamidade pública na saúde. Após a decisão do TJ-RN autorizando a utilização da verba para outros fins, a Advocacia-Geral da União pediu a tutela provisória cautelar para impedir o uso do dinheiro.

De acordo com a AGU, o remanejamento violaria o estabelecido pelo parágrafo 10 do artigo 167 da Constituição Federal, que veda a transferência voluntária de recursos por parte dos governos federal e estaduais para pagamento de despesas com pessoal. Além disso, apontou que a medida afrontaria a Lei de Responsabilidade Fiscal, configurando desvio de finalidade da própria portaria que estabeleceu a transferência de verba.

1.4. Médico que cobrou para fazer cirurgia pelo SUS é condenado por estelionato

Médico que cobra para fazer cirurgia pelo SUS comete estelionato. Esse é o entendimento da 3ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, que condenou um profissional da área da saúde a 1 ano e 4 meses de reclusão, em regime aberto, por essa prática.

Para fazer a cirurgia, o médico exigiu o pagamento de R\$ 1,2 mil do paciente, apesar de o procedimento ter sido coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, emitiu

Ao conceder a liminar, o juiz Eduardo Dantas destacou o fato da verba de origem federal ser destinada ao Fundo Estadual de Saúde. Além disso, apontou o perigo de dano, uma vez que a utilização para pagar salários, verba de natureza alimentar, impossibilitaria seu retorno para uso no contingenciamento original.

Ele destacou ainda que a Lei de Responsabilidade Fiscal proíbe a realização de transferências voluntárias entre entes federativos para a folha de pessoal. "Em suma, o que o governo do estado do Rio Grande do Norte pretende é a utilização de recursos alheios do governo federal, em desacordo com a situação que gerou a transferência desses recursos e a finalidade dessa transferência, para suprir ou sanear as falhas, deficiências e má-gestão de seus recursos públicos que impede o pagamento dos salários dos policiais civis e militares e que tem acentuado a já grave crise da segurança pública pela qual o estado atravessa", finalizou o juiz.

Pedido no Supremo

Nesta terça-feira (2/1), a procuradora-geral da República, Raquel Dodge, pediu ao Supremo Tribunal Federal que suspendesse a liminar deferida pelo desembargador do TJ-RN. Para Dodge, a medida é inconstitucional, sendo um desvio de finalidade dos recursos. Ela argumentou ainda que a Justiça estadual não teria competência para decidir sobre a destinação de verbas federais. Com informações da Assessoria de Imprensa da JF-RN e da Agência Brasil.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jan-02/suspensa-liminar-permitia-rn-pagar-salarios-verba-saude>

Autorização de Internação Hospitalar (AIH) referente ao mesmo procedimento, tendo recebido R\$ 571,34 do SUS.

Em primeira instância, o médico cirurgião foi absolvido ao fundamento de que, ao ser procurado pela família do paciente, devolveu a quantia paga, o que configura o arrependimento posterior, previsto no artigo 16 do Código Penal. O Ministério Público Federal, então, recorreu ao TRF-1 sustentando

ter provado que o médico recebeu do particular e do SUS o pagamento pelo mesmo procedimento cirúrgico, conforme correspondência recebida pelo próprio paciente.

Para o relator do caso, juiz federal convocado José Alexandre Franco, a sentença que absolveu o médico deve ser revista. Isso porque o cirurgião agiu fraudulentamente quando induziu o paciente a assinar os papéis referentes ao procedimento coberto pelo SUS enquanto, ao mesmo tempo, exigiu o pagamento pela cirurgia.

“A conduta claramente visava receber em duplicidade pela cirurgia, com pleno conhecimento de que, com o pagamento particular, não poderia expedir a correspondente e indevida autorização de internação hospitalar”, afirmou.

De acordo com magistrado, não se aplica ao caso a causa de redução da pena do arrependimento posterior. “Mesmo que o médico tenha devolvido antes da denúncia o valor cobrado do particular, a lesão contra o SUS não foi reparada, considerando que a emissão da AIH foi indevida”, ponderou.

“O crime de estelionato configura com a obtenção de vantagem ilícita em prejuízo alheio induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento, com pena de reclusão de um a cinco anos e multa, o que é aumentada quando praticado em detrimento de entidade de direito público, como é o caso do SUS”, finalizou o relator. Com informações da Assessoria de Imprensa do TRF-1.

Processo 0033840-72.2006.4.01.3800/MG

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-05/medico-cobra-cirurgia-sus-comete-estelionato>

DECISÃO: ESTELIONATO. COMPETENCIA. CR 1988, ART. 109, IV. SUS. COBRANÇA INDEVIDA. DOLO. ERRO E FRAUDE. CP, ART. 171, § 3º. PROVA. PROVIMENTO 1. Ainda que o médico tenha exigido pagamento do particular para realizar a cirurgia coberta pelo Sistema Único de Saúde – SUS, sua ação indevida afeta bens e interesses federais sujeitos à competência da Justiça Federal (CR/1988, art. 109, IV), considerando que a emissão da Autorização de Internação Hospitalar – AIH revelou-se contrária ao procedimento. (Precedentes: HC 76.689/RS, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 17/06/2010, DJe 04/10/2010. CC 95.134/MG, Rel. Ministro HAROLDO RODRIGUES

(DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TJ/CE), TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 14/03/2011, DJe 01/04/2011. TRF1. ACR 0005965-54.1997.4.01.3700/MA, Terceira Turma, Rel. Des. Federal Olindo Menezes, e-DJF1 de 09/05/2008, p. 116). (PIMP 0019601-65.2016.4.01.0000 / MG, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL NEY BELLO, SEGUNDA SEÇÃO, e-DJF1 de 17/11/2016);2. O apelado foi denunciado porque, em 24/06/1999, no Hospital Aroldo Tourinho, em Montes Claros (MG), realizou cirurgia cobrando do particular o pagamento de R\$1.200,00, enquanto emitiu posterior Autorização de Internação Hospitalar - AIH, do mesmo procedimento cirúrgico, e recebeu do SUS R\$571,34;3. O crime de estelionato configura com a obtenção de vantagem ilícita em prejuízo alheio induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento, com pena de reclusão de 1 a 5 anos e multa, o que é aumentada quando praticado em detrimento de entidade de direito público, como é o caso do SUS (CP, art. 171, § 3º).4. O apelado claramente agiu fraudulentamente quando induziu o paciente a assinar os papéis referentes ao procedimento coberto pelo SUS enquanto, ao mesmo tempo, exigiu o pagamento pela cirurgia realizada. A conduta visava receber em duplicidade pela cirurgia, com pleno conhecimento de que, com o pagamento particular, não poderia expedir a correspondente e indevida autorização de internação hospitalar. 5. Não se aplica a causa de diminuição da pena do arrependimento posterior, porque, não obstante o apelado tenha devolvido antes da denúncia o valor cobrado do particular, a lesão contra o SUS não foi reparada, considerando que a emissão da AIH foi indevida e, portanto, não houve reparação (CP, art. 16).6. Provimento da apelação, reforma da sentença e procedência da denúncia para condenar o réu nas penas do art. 171, § 3º do Código Penal.7. Considerando as circunstâncias judiciais e a culpabilidade favoráveis, a ausência de antecedentes criminais (f. 106/111), a conduta social, a personalidade, os motivos, as circunstâncias e consequências do crime (art. 59), inclusive o valor relativamente baixo, sem maiores repercussões, pena-base no mínimo de 1 ano

mais 1/3 por ter sido praticado em detrimento ao SUS totalizando 1 ano e 4 meses de reclusão no regime aberto (art. 33, § 2º, c), substituída por prestação de serviços à comunidade, e multa também no mínimo de 10 dias (art. 49) mais 1/3 totalizando 13 dias-multa, no valor de 1/30 do salário mínimo da época dos fatos corrigido. A C

Ó R D ã O DECIDE A 3ª TURMA DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO – TRF1, À UNANIMIDADE, DAR PROVIMENTO À APELAÇÃO, NOS TERMOS DO VOTO DO RELATOR. Brasília, 13 de dezembro de 2017.

1.5. Hospital é condenado por paciente ter sido filmado durante emergência

29 de janeiro de 2018, 8h47

Por não ter sido garantida a privacidade do paciente, a mantenedora de um hospital no Rio Grande do Sul foi condenada a pagar R\$ 50 mil de danos morais aos pais de um homem filmado durante procedimento de emergência. O vídeo, feito com celular, foi compartilhado nas redes sociais. A decisão é da 2ª Vara Cível de Torres.

A vítima foi levada ao hospital após ser ferida na cabeça por disparo de arma de fogo. A filmagem acompanha os procedimentos de praxe feitos por enfermeiros. Para a Juíza Rosane Ben da Costa, mesmo que as imagens não tenham sido gravadas por funcionários — as provas dão a entender que o autor é um policial militar —, há responsabilidade da instituição de saúde no caso.

"O só fato dessa gravação ter ocorrido, ainda que por terceiro, mas em meio a um atendimento médico de emergência que se realizava em sala do [hospital], revela uma omissão do referido nosocômio no que diz com a garantia da intimidade e/ou privacidade dos pacientes", disse a magistrada.

A juíza destacou o fato de uma enfermeira e uma técnica em enfermagem terem claramente

percebido a gravação e, inclusive, uma delas ter respondido a questionamento de quem fazia o vídeo. Fato que, segundo a magistrada, vai contra o "dever de todo hospital" de orientar seus funcionários "para que não permitam o ingresso de terceiros de posse de telefones celulares".

Na sala de atendimento ao paciente havia 11 pessoas, entre funcionários do hospital, do Samu e policiais. Sobre o valor do ressarcimento, a juíza espera que a condenação possa compensar os autores da ação pelo sofrimento e dano moral "irreparável" e servir de forma pedagógica para o hospital.

O estado do Rio Grande do Sul aparece na ação como corréu — em função da participação de agentes do Samu no atendimento —, mas não teve responsabilidade reconhecida sobre o episódio. Com informações da Assessoria de Imprensa do TJ-RS.

Processo

11500022085

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jan-29/hospital-condenado-paciente-sido-filmado-durante-emergencia>

1.6. Hospital é condenado por "esconder" vagas do SUS de pacientes

28 de janeiro de 2018, 14h14

Por não disponibilizar as vagas contratadas pelo Sistema Único de Saúde, obrigando o atendimento e a internação de pacientes em caráter particular, um hospital de Goiás foi condenado por danos morais difusos e danos materiais e morais. A decisão é da 5ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, que deu provimento às apelações interpostas pelo Ministério Público Federal e pela União contra sentença da 3ª Vara da Seção Judiciária de Goiás. O Juízo Federal de 1º grau julgou improcedente o pedido de ressarcimento, argumentando que não restou verificado o descumprimento, pelo hospital, das normas do SUS a ponto de causar

repercussão social a justificar a propositura da ação civil pública. Segundo a ação, a instituição de saúde também não fixou em local visível uma placa indicando o número de vagas disponíveis pelo SUS.

Em suas alegações recursais, o MPF sustentou que nos autos existem provas suficientes para demonstrar que a instituição de saúde negou o atendimento, ato lesivo não apenas a interesses particulares, pois configuram ofensa ao direito à saúde, à confiabilidade do SUS e aos direitos individuais homogêneos de pacientes lesados. A União recorreu destacando que os fatos são graves e interessam a sociedade, e por isso não

“podem deixar de sofrer reprimenda justa e exemplar do Poder Judiciário”.

O relator do caso, juiz federal convocado Rodrigo Navarro de Oliveira, esclareceu que ficou provado nos autos, por meio dos documentos juntados e das testemunhas, a ocorrência das irregularidades apontadas, como a negativa de informação sobre os leitos da enfermaria e Unidade de terapia intensiva (UTI) e a cobrança de pacientes passíveis de serem atendidos pelo SUS.

De acordo com os autos, as irregularidades apontadas eram recorrentes e não se limitaram aos casos tratados no processo. “Assim, entendo que a ação civil pública em questão tem como objeto a tutela do direito fundamental à saúde, o qual se qualifica como direito difuso, socialmente relevante”, afirmou o relator.

A sentença foi reformada para condenar o hospital ao ressarcimento por danos morais

difusos por negar informações sobre leitos de enfermaria e UTI, negar atendimento pelo SUS à demanda espontânea e cobrar de pacientes passíveis de serem atendidos pelo SUS.

“O instituto praticou atos que atingiram o direito à saúde e produziram uma imagem ainda mais negativa do serviço de saúde pública prestado no país, caracterizando, assim, a ocorrência de dano moral coletivo”, finalizou o magistrado.

O hospital também foi condenado a ressarcir os pacientes do SUS por danos materiais e morais causados pela conduta ilícita. A decisão foi unânime. Com informações da Assessoria de Imprensa do TRF-1.

Processo 0000538-79.2006.4.01.3500/GO

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jan-28/hospital-condenado-esconder-vagas-sus-pacientes>

1.7. Município pagará danos morais por negligência em atendimento médico

A família de um paciente que morreu por negligência em atendimento médico deve ser indenizada por danos morais. Por isso, a 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça não acolheu recurso do município de Vargem Grande do Sul (SP) e da empresa que administra o Posto de Pronto Atendimento (PPA) da cidade, mantendo a condenação de ambas as partes ao pagamento de R\$ 70 mil de indenização por danos morais à família de um lavrador.

No recurso contra decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo, município e empresa alegaram não haver prova de culpa ou conduta omissiva do médico e que todos os procedimentos necessários na ocasião foram feitos. Sustentaram ainda que o valor indenizatório é exorbitante e que houve cerceamento de defesa no indeferimento da produção de provas.

O relator do caso, ministro Herman Benjamin, no entanto, não conheceu do recurso, pois a análise dos argumentos demandaria o reexame de provas, o que é vedado pela jurisprudência da corte em recurso especial.

Erro médico

O lavrador estava com tosse, dores no peito e febre e se dirigiu repetidas vezes ao PPA, onde foi examinado e recebeu medicação, sendo encaminhado de volta para casa, mesmo com suspeita de pneumonia. Os sintomas se agravaram

e, após ser internado em estado grave, morreu por insuficiência respiratória aguda.

Seu pai ajuizou ação requerendo a responsabilização do poder público municipal e da administradora do posto de saúde e a reparação por danos morais. O juízo de primeira instância entendeu haver suficiente demonstração da conduta negligente, do dano e do nexo causal para responsabilizar as partes pela morte e, conseqüentemente, determinar o dever de indenizar. A sentença foi parcialmente mantida pelo TJ-SP, que reduziu o valor dos danos morais e retirou o pagamento de pensão mensal.

Reavaliação de provas
O ministro Herman Benjamin destacou que “o artigo 130 do Código de Processo Civil consagra o princípio da persuasão racional, habilitando o magistrado a valer-se do seu convencimento, à luz das provas constantes dos autos que entender aplicáveis ao caso concreto. Não obstante, a averiguação acerca da necessidade de produção de determinado meio de prova impõe a análise do conjunto fático-probatório encartado nos autos, o que é defeso ao STJ, ante o óbice erigido pela Súmula 7/STJ”, concluiu. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

Revista **Consultor Jurídico**, 12 de fevereiro de 2018, 11h47.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-12/municipio-indenizara-negligencia-atendimento-medico>

1.8. Supremo reintegra enfermeira que acumulou cargos em hospital público

O único impedimento constitucional para um servidor ter dois empregos é a incompatibilidade de horários. Por ver que isso não está presente no caso, o ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal, determinou a reintegração de uma enfermeira que havia sido demitida de hospital vinculado ao Ministério da Saúde.

Um processo administrativo disciplinar (PAD) tinha declarado ilícita a acumulação de dois cargos de profissional de saúde diante da jornada superior a 60 horas semanais. Assim, uma portaria do Ministério da Saúde aplicou à enfermeira a pena de demissão.

Na decisão, tomada no Recurso Ordinário em Mandado de Segurança (RMS) 34.257, o ministro apontou que a jurisprudência do STF é no sentido de que a acumulação de dois cargos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, nos termos do artigo 37, inciso XVI, alínea “c”, da Constituição Federal, está condicionada apenas à existência de horários compatíveis entre os cargos exercidos.

“Este Tribunal tem afastado o argumento de que a existência de norma infraconstitucional que estipule limitação de jornada semanal constituiria

óbice ao reconhecimento do direito à acumulação permitida pela Carta Maior”, destacou.

O relator ressaltou ainda que o Supremo já se manifestou no sentido da impossibilidade de limitação de jornada pela aplicação do Parecer 145/1998 da AGU. Desse modo, afirmou, “não há no caso impedimento constitucional à possibilidade de acumulação dos cargos em questão, ou seja, a incompatibilidade de horários para o seu exercício”.

Em sua decisão, que dá provimento pedido, o ministro Lewandowski cassa a portaria do Ministério da Saúde que aplicou a pena de demissão, determina a sua reintegração à função anteriormente ocupada, garantindo todos os direitos e deveres inerentes ao cargo, e declara lícita a cumulação no caso, bem como a compatibilidade da jornada prestada. Com informações da Assessoria de Imprensa do STF.

Revista Consultor Jurídico, 9 de fevereiro de 2018, 15h24

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-09/stf-reintegra-enfermeira-acumulou-cargos-hospital-publico>

1.9. STF aprova tese que manda plano de saúde ressarcir SUS quando trata clientes

O Supremo Tribunal Federal reconheceu por unanimidade, nesta quarta-feira (7/2), a obrigatoriedade de planos de saúde em ressarcir o Sistema Único de Saúde quando a rede pública tratar pessoas que tenham plano privado.

A escolha do agente privado de atuar na prestação de relevantes serviços de saúde e concorrer com o Estado pressupõe a responsabilidade de arcar integralmente com as obrigações assumidas”, afirmou o relator, ministro Marco Aurélio.

Segundo ele, só procura o SUS aquele paciente que não encontrou solução para o seu problema na cobertura do plano ou teve um atendimento falho. “Se não há ressarcimento, há enriquecimento ilícito”, completou Marco Aurélio.

Além de analisar ação direta de inconstitucionalidade sobre o tema (ADI 1.931), o Plenário inclusive aprovou tese em recurso com repercussão geral (RE 597.064), que deve servir de parâmetro para outros tribunais do país. Passa a valer o enunciado abaixo, relatada pelo ministro Gilmar Mendes:

É constitucional o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/1998, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 04/06/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa no âmbito administrativo em todos os marcos jurídicos”

A corte manteve ainda liminar de 2003 que impedia a retroatividade da [Lei 9.656/1998](#), para que o entendimento não tivesse validade para os contratos firmados antes da alteração da norma, em 1998. Os ministros também analisaram outros dispositivos — alguns considerados prejudicados, já que já foram alterados por lei posterior.

Na prática, o julgamento não produz mudanças em relação ao que é praticado hoje. A ação foi ajuizada pela Confederação Nacional de Saúde — Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) em 1998.

Para o advogado da CNS, Marcelo Ribeiro, o SUS não tem relação jurídica com os planos, o que não justifica a exigência do ressarcimento. “Quando eu vou ao hospital público, não vou como contratante de plano, mas como cidadão”, comparou.

Ainda assim, Ribeiro considera que o Supremo seguiu o princípio do direito adquirido ao declarar “categoricamente, por unanimidade, que a lei não poderia, claro, alcançar contratos assinados antes da nova legislação”.

Patrocínio irregular

A aplicação da norma foi defendida em sustentação oral pela advogada-geral da União, Grace Mendonça. De acordo com a ministra, não procede a alegação da CNS de que a legislação transferiria à iniciativa privada a responsabilidade do Estado pela saúde coletiva.

“O Estado acabaria por indiretamente patrocinar aquela atividade econômica, em violação frontal ao artigo 199, parágrafo 2º, da Constituição Federal, que veda a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”, argumentou.

Acompanharam o relator os ministros Alexandre de Moraes, Edson Fachin, Rosa Weber, Luiz Fux, Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes, Celso de Mello e Cármen Lúcia. Dias Toffoli e Luís Roberto Barroso não participaram do julgamento.

1.10. Fila do SUS

Paciente vinculado ao SUS formulou pedido de antecipação dos efeitos da tutela para a realização de cirurgia eletiva, mas classificada como de “alta prioridade”. O pedido foi indeferido e houve interposição de agravo de instrumento.

A 6ª Câmara de Direito Público, do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, negou

Idosos

A corte também rejeitou questionamento ao artigo 15, parágrafo único, da lei, que proíbe aumento do valor do plano para consumidores com mais de 60 anos de idade, sem previsão no contrato.

Para o ministro Marco Aurélio, a regra protege princípios constitucionais que asseguram tratamento digno a parcela vulnerável da população. Com informações da Assessoria de Imprensa do STF.

Revista **Consultor Jurídico**, 7 de fevereiro de 2018, 20h41.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-07/plano-saude-ressarcir-sus-quando-trata-clientes-stf>

Decisão: O Tribunal, por unanimidade e nos termos do voto do Relator, apreciando o tema 345 da repercussão geral, negou provimento ao recurso extraordinário e fixou a seguinte tese: **“É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos”**. Falaram: pela recorrente, o Dr. Dagoberto José Steinmeyer Lima; pela recorrida, o Dr. Cláudio Peret, Procurador Federal; pelo amicus curiae Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares de Curitiba Ltda - UNIMED CURITIBA, o Dr. Fábio Artigas Grillo; e, pelo amicus curiae UNIMED/RS - Federação das Cooperativas Médicas do Rio Grande do Sul Ltda, o Dr. Marco Túlio de Rose. Impedido o Ministro o Ministro Roberto Barroso. Presidiu o julgamento a Ministra Cármen Lúcia. Plenário, 7.2.2018.

provimento ao recurso, afirmando que o paciente já havia sido incluído em lista de espera para a realização do procedimento cirúrgico e que essa deveria ser respeitada, especialmente porque inexistia comprovação de urgência justificada para antecipar o ato.

1.11. Quem é quem na gestão

Não cabe responsabilizar genericamente todos os integrantes do SUS apenas porque os fatos se passaram no âmbito de hospital privado conveniado ao SUS, não existindo no caso responsabilidade direta da União pelos fatos alegados, devendo essa ser excluída do processo, especialmente porque sua responsabilidade é distinta dos demais entes da federação (município e estado) quanto aos serviços prestados pelo SUS. (TRF4-23/11/2017).

Inteiro Teor aqui: https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&numero_gproc=40000266652&versao_gproc=7&crc_gproc=552486a4&termosPesquisados=IGhvc3BpdGFsIHByaXZhZG8gY29udmVuaWFkbyBhbyBzdXMg

1.12. ACP e implantação de CAPS

Ação civil pública ajuizada pelo MPSP em face do município de Nova Granada, objetivando a implantação e o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas. Julgado procedente o pedido, confirmado em segundo grau, considerando-se que “o Poder Judiciário encontra-se autorizado a corrigir a administração quando essa extrapola os limites de sua competência ou foge da finalidade a qual está vinculado”. (TJSP – Apelação 0002609-28.2015.8.26.0390 - Relator Marrey Unt – 29/09/17). Inteiro Teor aqui: <https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/abrirDocumentoEdt.do?>

[origemDocumento=M&nuProcesso=0002609-28.2015.8.26.0390&cdProcesso=RI003GKT30000&cdForo=990&tpOrigem=2&flOrigem=S&nmAlias=SG5TJ&cdServico=190201&ticket=b3faX7U96HU3j3SBE06eBTbDmGLf%2FMwTyeWqRiDkbRiCy4IUZbNOKN4F0xYudKlvS1WE0W3q04fC6oBt6QSO301dIp92%2BGHI0iHgKwVoS2vkQg%2Fd2Uzp%2BGny%2BKR%2BYOwTWXptQignWFJch18b0slhfLMyXxNq%2BNca705d5HMjMIQso54SxA5LqMu12IMxPrvNlto0IYjHQgLwfaqSZto7NRL0rvt2rkoyvcbsWhFvc%3D](https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/abrirDocumentoEdt.do?origemDocumento=M&nuProcesso=0002609-28.2015.8.26.0390&cdProcesso=RI003GKT30000&cdForo=990&tpOrigem=2&flOrigem=S&nmAlias=SG5TJ&cdServico=190201&ticket=b3faX7U96HU3j3SBE06eBTbDmGLf%2FMwTyeWqRiDkbRiCy4IUZbNOKN4F0xYudKlvS1WE0W3q04fC6oBt6QSO301dIp92%2BGHI0iHgKwVoS2vkQg%2Fd2Uzp%2BGny%2BKR%2BYOwTWXptQignWFJch18b0slhfLMyXxNq%2BNca705d5HMjMIQso54SxA5LqMu12IMxPrvNlto0IYjHQgLwfaqSZto7NRL0rvt2rkoyvcbsWhFvc%3D)

2. NOTÍCIAS

2.1. Governador questiona lei de SC sobre casas de apoio a pacientes do SUS fora do domicílio

O governador de Santa Catarina, Raimundo Colombo, ajuizou no Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5872 contra norma estadual que trata do incentivo à instituição e manutenção das chamadas “casas de passagem”, destinadas ao acolhimento de cidadãos que necessitem de tratamento médico-hospitalar ou a realização de exames fora de seu domicílio permanente. Ele alega que a lei, de iniciativa do Legislativo, é inconstitucional, pois cria nova política pública e impõe sua execução ao Executivo.

Segundo argumenta Colombo, a Lei estadual 17.129/2017 implica nova ação governamental ao criar um programa de incentivo à instituição e manutenção de casas de apoio a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em tratamento fora de seu domicílio. Ao criar tal imposição, argumenta o governador, a norma viola cláusula prevista no artigo 84, inciso II, da Constituição Federal, que atribui ao chefe do Executivo a

direção superior da administração pública. “Constitui, ademais, manifesta violação ao princípio da separação dos Poderes, previsto no artigo 2º da Constituição Federal”, afirma. Ele lembra que já existe no SUS política pública para assistência de pacientes nessa condição por meio da qual, além de suportar os custos do tratamento, são custeadas as despesas com deslocamento, inclusive, de acompanhantes, quando a pessoa estiver impossibilitada de viajar desacompanhada.

O governador afirma ainda que, ao obrigar a administração pública a prever na Lei de Diretrizes Orçamentárias e a incluir na Lei Orçamentária Anual recursos destinados à manutenção de casas de apoio, a lei viola o artigo 165, incisos II e III, da Constituição Federal, que estabelece ser de iniciativa do Executivo as leis que dispõem sobre o orçamento anual e diretrizes orçamentárias. O relator da ADI 5872 é o ministro Dias Toffoli.

2.2. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas aprovou proposta do ministro Osmar Terra que suprime a política de Redução de Danos

A atual política nacional sobre drogas, responsável por orientar o atendimento a usuários e dependentes químicos, e assentada especialmente a partir dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs), passará por mudanças decisivas.

O Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) aprovou em sua última reunião, na quarta-feira 1, a resolução apresentada pelo ministro do Desenvolvimento Social e conselheiro, Osmar Terra, que fundamenta a prevalência da abstinência e das chamadas Comunidades Terapêuticas, suprimindo a política de Redução de Danos, aprovada em 2005. No encontro, Osmar Terra tachou os grupos favoráveis à política de Redução de Danos de incentivadores do consumo de entorpecentes.

Dos 22 conselheiros presentes – são 28 no total –, 16 votaram a favor da resolução. Conhecido por defender a internação compulsória, o ministro usou o Projeto de Lei (PLC 37), de sua própria autoria e ainda em tramitação no Senado, como uma das bases da nova diretriz. O projeto alinha as ações de combate às drogas com as internações compulsórias, e não distingue usuário de dependente químico.

O documento do conselho pede ainda que o governo “atualize sua posição sobre drogas e segurança pública em organizações internacionais” para os pactos nos quais o Brasil seja signatário, permitindo assim que a deliberação possa ser cumprida.

Para a representante no Conad do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Clarissa Guedes, a votação foi uma vitória pessoal de Osmar Terra. Embora o ministro tenha [tomado posse em agosto de 2016](#) para a cadeira que cabe ao ministério do Desenvolvimento Social, numa autonegação, Terra nunca havia comparecido às reuniões. A reunião que antecedeu a aprovação da proposta do ministro foi feita no apagar das luzes de 2018, poucos dias antes do Natal. Havia pelo menos um ano que o conselho não se reunia.

“A ideia deles era aprovar ali, mas pedimos o cumprimento do regimento, com discussões prévias sobre o assunto e o funcionamento de um grupo de trabalho, o que é básico, e que nos foi

negado, então foi feito um pedido de vista. Marcaram a reunião já para o começo do ano, e acredito que porque o ministro irá se descompatibilizar do cargo em breve para disputar as eleições. Aquele momento foi feito para responder as bases políticas do ministro”, afirma a conselheira.

Ao contrário das reuniões usuais do conselho, feita em uma sala comum dentro do Ministério da Justiça, a reunião da aprovação ocorreu em um grande salão de convenções com a participação da imprensa, onde Terra fez um longo discurso em defesa das internações involuntárias e contra a **descriminalização das drogas**.

Clarissa deixou a reunião após ter o seu pedido de vista negado pelo presidente do conselho, o ministro da Justiça, Torquato Jardim. Ele concedeu um pedido de vista coletivo na reunião de dezembro, agrupando todas as posições contrárias, mas feito em nome da União Nacional dos Estudantes (UNE), e negou os pedidos individuais feitos no dia 1º, o que é proibido pelo regimento do Conad.

Junto com o CFP, o Conselho Federal de Assistência Social, representado pela pesquisadora Fabíola Leal, entrará com uma ação no Ministério Público Federal pela anulação da reunião. “O conselho não tem paridade e não é representativo. Se fosse, teríamos usuários nele. A ideia agora é fazer a briga fora, com os grupos que historicamente fazem essa discussão. Mas iremos exigir que se cumpra o regimento.”

Fabíola alega ainda que a proposta do ministro Osmar Terra está ligada a uma investida maior do **governo em abastecer as Comunidades Terapêuticas**. Em 2017, o Ministério da Saúde previu 240 milhões de reais para a área da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, dentro os quais 120 milhões eram exclusivos para essas entidades.

Quando anunciado o destino dos recursos, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde apontaram a partir de uma nota a inadequação e ineficácia das internações involuntárias ou compulsórias

no tratamento de usuários. “As agências recomendam claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários com características voluntárias. [...] A priorização de medida extrema como a internação compulsória, além de estar na contramão do conhecimento científico sobre o tema, pode exacerbar as condições de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários de drogas”, diz a nota.

Para Clarissa, as Comunidades Terapêuticas encontram-se na contramão da [Reforma Psiquiátrica](#), por serem instituições centradas na internação e no isolamento do usuário, funcionando sob a lógica do isolamento, e ferindo ainda a laicidade das ações em saúde por serem, via de regra, de cunho religioso.

No modelo assistencial, os CAPs desempenham a lógica contrária, sendo um serviço de atenção diária, multiprofissional, que articula ações para dentro e fora do serviço na produção de projetos terapêuticos que resultam na diminuição das internações e no resgate dos laços com a comunidade., além de evitar a reincidência de crises.

Um modelo reconhecido na linha da Redução de Danos é o programa De Braços Abertos, implantado na cidade de São Paulo na gestão de ex-prefeito Fernando Haddad. Entre outras ações, o projeto empregava usuários de crack que, em sua maioria, viviam nas ruas do centro da capital paulista, no serviço de varrição de ruas, além de oferecer vagas em hotéis da região. Embora a atual gestão tenha **mantido parcialmente o programa**, o prefeito João Doria anunciou no dia 31 de março o fim da contratação pelo governo, um dos pilares do programa na Cracolândia.

Consumo de drogas

Na reunião do conselho, Osmar Terra somou ao seu discurso a tese de que “não existe exemplo no mundo de países que tenham liberado o uso de drogas e que tenha tido bons resultados”, e deu o exemplo da Suécia, onde a política é proibicionista. Lá, não há distinção entre usuário e traficante, assim como de drogas leves e pesadas, o que inclui álcool e o tabaco. No entanto, não há pena para o uso, mas para quem é pego usando costumeiramente e não aceita tratamento, pago exclusivamente pelo Estado. A

pena com privação de liberdade (prisão) é usada em casos raros.

Portugal é um dos casos mais representativos da eficiência da política antiproibicionista. Em 2001, o país descriminalizou o porte e o consumo de todas as drogas, e criou uma rede de assistência aos dependentes, que começa com as “comissões de dissuasão da toxidependência”, sob a tutela do Ministério da Saúde, e termina com incentivos fiscais a empresas interessadas em contratá-los.

Em 1997, 100 mil portugueses, ou mais de 1% da população, era viciada em heroína. O número baixou pela metade. Do total, 35 mil são tratados pelo Estado. Os índices de criminalidade despencaram, assim como o número de pessoas encarceradas e de contaminados por Aids. A política tanto funcionou que foi mantida em sucessivos governos, alinhados tanto à direita quanto à esquerda portuguesa.

Discussão no STF

A **discussão sobre a descriminalização da posse de drogas** para consumo próprio está parada há dois anos e meio no Supremo Tribunal Federal (STF). Ainda não há previsão de quando será retomado o julgamento, que começou em 19 de agosto de 2015 e analisa a questão a partir do caso de um detento flagrado em 2009 com três gramas de maconha na Grande São Paulo.

O processo está parado no gabinete do ministro do STF Alexandre de Moraes, que assumiu o caso na Corte partir de um pedido de vista feito pelo seu antecessor, o ministro Teori Zavascki, morto em um acidente aéreo em janeiro de 2017. Tido como conservador – o ministro foi filmado cortando pés de maconha com um facão no Paraguai –, Moraes nunca apresentou uma data para o julgamento.

Fonte: <http://cee.fiocruz.br/?q=Conselho%20Nacional%20de%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20Drogas%20aprovou%20proposta%20do%20ministro%20Osmar%20Terra%20que%20suprime%20a%20pol%C3%ADtica%20de%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos>

3. ARTIGOS

3.1. Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo

Francisco R. Funcia*

Economista e Mestre em Economia Política (PUC-SP), consultor técnico do Conselho Nacional de Saúde e diretor da ABrES (Associação Brasileira de Economia da Saúde)

Uma nova portaria – que tratou da criação das modalidades custeio e investimento para a transferência federal de recursos SUS fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios em substituição aos blocos de financiamento da portaria 204 do Ministério da Saúde – foi aprovada na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) na reunião de 26 de janeiro passado.

Em linhas gerais, essa mudança deveria ser valorizada pela desburocratização do processo de financiamento do SUS, possibilitando maior flexibilidade operacional na utilização dos recursos, objeto de demanda antiga principalmente dos gestores públicos, mas não pode ser analisada de forma descontextualizada.

Nos termos do artigo 17 da Lei Complementar 141/2012, os termos dessa nova portaria, bem como os demais critérios de rateio que ainda deverão ser estabelecidos pela CIT para a definição dos valores das transferências de recursos federais do SUS fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, deverão ser objeto de análise e deliberação do pleno do Conselho Nacional de Saúde antes de entrarem em vigor.

O fato dessa nova portaria possibilitar a desburocratização da utilização dos recursos SUS e atender a uma reivindicação antiga dos gestores não pode ser considerada uma condição suficiente para aprovação imediata da medida, considerando o contexto atual do financiamento das políticas sociais, em particular da seguridade social e do SUS, vitimadas por um processo que parece caracterizar um desmonte do regramento constitucional da garantia dos direitos de cidadania no estágio ainda incipiente de construção do Estado de Bem Estar no Brasil.

Por exemplo, havia uma comissão formada por especialistas e gestores sob coordenação do

Ministério da Saúde desde 2012, que estudava uma mudança da portaria 204 para a redefinição dos critérios atuais (sob a forma dos blocos de financiamento) de transferências federais de recursos SUS fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios. Seria muito importante saber do Ministério da Saúde o estado da arte dos trabalhos dessa comissão e qual é a relação que será estabelecida com os encaminhamentos posteriores para a complementação dessa medida inicial e preliminar criada pela nova portaria CIT – criação das modalidades de custeio e investimento para a transferência federal de recursos fundo a fundo em substituição aos blocos da portaria 204.

Sem esses critérios complementares, essa nova portaria poderá gerar distorções no processo de financiamento do SUS, pois poderá provocar a realocação de recursos da atenção básica, assistência farmacêutica e vigilância em saúde para a média e alta complexidade no contexto do desfinanciamento a ser gerado pela Emenda Constitucional 95/2016. Essa portaria agrada muito aos gestores no contexto da crise fiscal, mas tenderá a fortalecer o financiamento do modelo atualmente baseado na Média e Alta Complexidade, que gera demanda por recursos adicionais e de forma organizada e oligopolista pelos hospitais privados e filantrópicos contratados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Enfim, é preciso ter cuidado em manifestações explícitas de apoio ou crítica à nova portaria sem que se tenha acumulado uma reflexão mínima à luz do atual contexto, ouvindo atentamente usuários, trabalhadores e gestores do SUS, além dos pesquisadores de universidades e integrantes do movimento da reforma sanitária e dos movimentos sociais, instituições e entidades de defesa do SUS. Do contrário, a falta de unidade do campo progressista da saúde pública levará ao fortalecimento das ações unitárias de desmonte do SUS pelo campo conservador e pró-mercado explicitamente manifestadas na atual realidade política brasileira.

4. LEGISLAÇÃO

4.1. Resolução nº 578, de 22 de fevereiro de 2018, Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2018, e 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 o que estabelece o Art. 17, §1º, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012: “O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde”; Considerando que a apresentação feita na Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS), em fevereiro de 2017, sobre os estudos preliminarmente desenvolvidos por especialistas a respeito da definição da nova metodologia para definição dos recursos a serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, apontava para a necessidade de alocação de recursos adicionais ao valor da aplicação fixada pela regra do “ piso/teto ” da Emenda Constitucional nº 95/2016, de modo a garantir que essa mudança prevista pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, não implicasse na redução de recursos transferidos para alguns entes da Federação como solução para o aumento dos valores transferidos para outros entes da Federação; considerando que, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou somente a nova metodologia de caráter operacional (duas contas bancárias denominadas de “ blocos ” de custeio e de investimento) para a transferência dos recursos financeiros fundo a fundo, que foram inseridos na Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017, cuja vigência a partir da data

de publicação, ainda sem a aprovação do Conselho Nacional de Saúde estabelecida pela Lei Complementar nº 141/2012, exige a adoção, no curto prazo, de um conjunto de providências adicionais dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para o cumprimento de suas competências legais de monitoramento, controle e fiscalização dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde e aplicados pelos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o que estabelece o Art. 17, §2º, da Lei Complementar nº 141/2012 segundo o qual: “Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde”; considerando que o Conselho Nacional de Saúde não foi informado pelo Ministério da Saúde quanto ao cumprimento dos objetivos estabelecidos pelo Art. 17, §2º, da Lei Complementar nº 141/2012, para a programação dos investimentos em saúde que constam na Lei Orçamentária da União de 2017 e na Lei Orçamentária da União de 2018;

Considerando que o Art. 17, §3º, da Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que: “O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios”;

Considerando que o Art. 1º, §2º da Portaria nº 3992, de 28/12/2017 do Ministério da Saúde dispõe que: “Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados: I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do

Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados; II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS em sua respectiva esfera de competência”; considerando o caput e o parágrafo único do Art. 8º, da Portaria nº 3992, de 28/12/2017, que prevê que: “Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos: I - pactuados na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; e/ou II - para atender a situações emergenciais ou de riscos sanitários e epidemiológicos. Os recursos de que trata o caput devem ser aplicados em conformidade com o respectivo ato normativo”; Considerando o Art. 1º da Portaria nº 3992/2017, referente ao Art. 1147 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, de que: “Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde”; Considerando o previsto no Art. 1º da Portaria nº 3992/2017 referente ao Art. 1148 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017: “Os órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem acompanhar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vistas a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência”; Considerando que os Conselhos de Saúde necessitam, para análise e elaboração do parecer conclusivo que será objeto de deliberação pela aprovação ou reprovação das contas anuais, das informações tanto das metas fixadas nos respectivos planos de saúde, como das metas

pactuadas com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR), responsáveis pela composição dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos dos Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como necessitam das informações das metas realizadas mediante a aplicação desses recursos a serem informadas nos respectivos relatórios de gestão conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012; Considerando que o monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde por parte dos Conselhos de Saúde ocorre por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas apresentados pelos respectivos gestores nos termos do Art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012 e, portanto, o acompanhamento quadrimestral da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo pelos Conselhos de Saúde é recomendável para a indicação de medidas corretivas ao Chefe do Poder Executivo, conforme estabelece o Art. 41 da Lei Complementar 141/2012, de modo a garantir a possibilidade de cumprimento da programação pactuada durante o próprio exercício do recebimento do recurso; e Considerando as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para o exercício de 2018 aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução CNS nº 541, de 17 de fevereiro de 2017, em cumprimento ao disposto no Art. 30, §4º da Lei Complementar nº 141/2012.

Resolve:

Art. 1º O Ministério da Saúde apresentará no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas, a partir de 2018, um capítulo específico contendo os valores empenhados, liquidados e pagos das transferências, nas modalidades fundo a fundo e convencional, para Estados, Distrito Federal e Municípios, detalhados segundo as classificações orçamentárias adotadas e, dentro dessas, as respectivas metas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e outros atos emanados do Sistema Único de Saúde (SUS).

§1º Os valores das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os demais fundos de saúde devem ser sistematicamente publicizados e divulgados em seu montante global, para o devido acompanhamento do controle social do

país, com identificação das suas funções programáticas.

§2º As Secretarias e áreas técnicas do Ministério da Saúde deverão apresentar nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas a avaliação sobre a utilização dos recursos tratados no caput. §3º O Ministério da Saúde apresentará nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas as informações de montante de recursos tratados nos §§ 1º, 2º e 3º do Art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012, de modo a evidenciar os valores previstos e efetivamente transferidos.

Art. 2º Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão requerer junto aos respectivos gestores, a partir de 2018, a apresentação de um capítulo específico no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas, que evidencie o cumprimento da classificação dos valores empenhados, liquidados e pagos das despesas de acordo com a classificação adotada pelo Fundo Nacional de Saúde nos atos de transferências de recursos.

§1º Os gestores deverão explicitar a ação contemplada (função programática) sistematicamente para cada repasse de recurso e deverão comprovar que a aplicação dos recursos citados no caput obedeceu às metas pactuadas na CIT, CIB, CIR e outros atos emanados do SUS, quando pertinente as áreas de atuação dos conselhos de saúde, de acordo com disposto no Art. 1º da Portaria nº 3992, de 28/12/2017.

§2º Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão informar ao Conselho Nacional de Saúde sobre as situações em que a aplicação do recurso estiver em desacordo com a classificação orçamentária do recurso recebido do Fundo Nacional de Saúde e com o pactuado na CIT, CIB, CIR e em outros atos emanados do SUS.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde
Homologo a Resolução CNS nº 578, 22 de fevereiro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. RICARDO BARROS Ministro de Estado da Saúde

4.2. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017

Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

OS MINISTROS DE ESTADO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, DA SAÚDE, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO TRABALHO, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, incisos II e IV, da Constituição, e tendo em vista as competências estabelecidas nos arts. 33, 47, 55 e 64, da Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017, observada a intersetorialidade e a interdependência das ações governamentais para a integração das políticas públicas e atuação em conjunto para o desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, resolvem:

Art.1º Fica instituído o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações

voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.

Art. 2º O Comitê Gestor Interministerial tem como objetivos:

I – implementar programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social no âmbito da política nacional sobre álcool e da política nacional sobre drogas, custeados com recursos oriundos dos orçamentos da União;

II – fortalecer a capacidade institucional dos partícipes, visando à implementação, ao acompanhamento e à avaliação das ações de prevenção, formação, cuidado e reinserção social de acordo com a política nacional sobre álcool e com a política nacional sobre drogas; e

III – promover melhorias nos processos de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório, visando à reinserção social,

mediante oferta de capacitação, formação e promoção da aprendizagem.

Art. 3º O Comitê Gestor Interministerial será composto por um titular e um suplente do:

I – Ministério da Justiça e Segurança Pública, que o coordenará;

II – Ministério da Saúde;

III – Ministério do Desenvolvimento Social; e

IV – Ministério do Trabalho.

Art. 4º Os membros do Comitê Gestor Interministerial serão indicados pelos titulares dos órgãos de que trata o art. 3º e designados em ato do Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública.

§ 1º – O apoio técnico e administrativo necessários à execução dos trabalhos do Comitê será prestado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

§ 2º – O Comitê Gestor Interministerial se reunirá, no mínimo, bimestralmente por convocação do coordenador.

Art. 5º Ao Comitê Gestor Interministerial caberá:

I – desenvolver ações conjuntas de mútuo interesse, nas áreas social e da saúde, voltadas à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de acordo com a política nacional sobre álcool e política nacional sobre drogas;

II – elaborar editais de chamamento público, estabelecendo critérios de acompanhamento e fiscalização de cada participante;

III – definir e coordenar as ações custeadas com recursos dos orçamentos da União para execução de ações alinhadas à política nacional sobre álcool e à política nacional sobre drogas, inclusive aos serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa;

IV – estabelecer estratégias de cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios;

V – definir parâmetros para quantificação das vagas a serem disponibilizadas pelas entidades privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa;

VI – fomentar a colaboração entre o Sistema Único de Saúde – SUS e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS nas ações destinadas aos beneficiários da Política Pública sobre Drogas;

VII – fomentar a inserção ou reinserção de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa no mercado de trabalho, por meio de parcerias com entidades privadas;

VIII – fomentar, fortalecer e ampliar redes de grupos de mútua ajuda e/ou de apoio a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, inclusive seus familiares; e

IX – apoiar a formação de multiplicadores das redes de grupos de mútua ajuda e/ou de apoio, na metodologia de abordagem e atenção aplicada a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

Art. 6º Sem prejuízo das ações voltadas à prevenção, formação e pesquisa no âmbito da política nacional sobre álcool e da política nacional sobre drogas, o Comitê priorizará as ações de cuidado e reinserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas.

§ 1º Para fins desta Portaria, consideram-se comunidades terapêuticas as entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.

§ 2º As parcerias necessárias à implementação dos serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, custeada com recursos oriundos dos orçamentos da União observarão o seguinte:

I – o processo de habilitação e qualificação das entidades que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, será realizado com observância da Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e no Decreto nº 8.726, de 27 de abril de 2016;

II – o Comitê proporá mecanismos auxiliares de cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para apoiar a fiscalização dos serviços prestados; e

III – os serviços de acolhimento financiados com recursos da União serão gratuitos, vedada a contraprestação dos usuários acolhidos nessa condição.

Art. 7º Os recursos necessários para a execução das ações de que trata esta Portaria, correrão à conta dos créditos orçamentários, consignados nas dotações específicas, ensejando, quando for o caso, a celebração de instrumento específico pertinente.

Art. 8º O Comitê elaborará em 45 (quarenta e cinco) dias, contados da publicação desta Portaria no Diário Oficial da União, plano de trabalho sobre as ações e os programas voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa a ser submetido aos titulares dos Ministérios participantes para aprovação.

PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017

Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

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,

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;

Parágrafo único. O plano de trabalho será monitorado pelo Comitê, por meio de relatórios a serem divulgados, bimestralmente, pelo órgão coordenador no sítio eletrônico do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Art. 9º A participação no Comitê será considerada trabalho relevante e não será remunerada.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

TORQUATO JARDIM

Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública

OSMAR TERRA

Ministro de Estado do Desenvolvimento Social

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde

RONALDO NOGUEIRA

Ministro de Estado do Trabalho

Considerando a Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 5, 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";

Considerando a Portaria de Consolidação no 6, de 28/09/2017, que trata da "Consolidação das 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 necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências; e

Considerando a necessidade de monitorar e financiar de maneira apropriada a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art.

5º

II

-
.....

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;

V -

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;

b) Hospital Psiquiátrico Especializado;

c) Hospital dia;

....."

(NR)

"Art.

7º

§ 4º

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (NR)

"Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a gradação do número de leitos implantados, na seguinte proporção:

I - para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga horária mínima de 40h por semana; e

c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.

II - para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e

d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínimatotal de serviços de 20h por semana.

III - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;

d) 1(um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e

e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Parágrafo único. A implantação das unidades de que trata o caput será incentivada na forma do art. 1032-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR) "Art. 59. A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral;

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e

III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos

incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades." (NR)

"Art. 77.

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção." (NR)

"Art. 80.

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores.

.....
....." (NR)

Art. 2º O Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:

"CAPÍTULO III

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO TIPO IV (CAPS AD IV)

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 50-A Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV).

Art. 50-B O CAPS AD IV é o Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

§ 1º O CAPS AD IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.

§ 2º Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas.

§ 4º O CAPS AD IV será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais.

Seção II

Do Funcionamento

Art. 50-C O CAPS AD IV observará as seguintes diretrizes de funcionamento:

I - constituir-se em serviço aberto, que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;

III - estar capacitado para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas;

IV - ter disponibilidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;

VI - promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;

VII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;

VIII - estabelecer profissionais de referência para cada usuário;

IX - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;

X - ofertar cuidados à família de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

XI - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

XII - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações e em outros Pontos de Atenção;

XIII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

XIV - funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;

XV - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

XVI - orientar os cuidados de acordo com diretrizes e linhas de cuidados vigentes no SUS.

Subseção I

Da Atenção Integral ao Usuário

Art. 50-D A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;

II - atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III - oferta de medicação assistida e dispensada;

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

VI - visitas e atendimentos domiciliares;

VII - atendimento à família, individual e em grupo;

VIII - atividades de reabilitação psicossocial;

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e

X - fornecimento de refeição diária aos usuários.

Subseção II

Da Equipe Mínima

Art. 50-E O CAPS AD IV funcionará com equipe mínima para atendimento, na seguinte configuração:

I - Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

II - Turno Diurno:

a) 1 (um) médico clínico (diarista);

b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);

c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);

d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

III - Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

Parágrafo único. Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos.

Subseção III

Da Estrutura Física Mínima

Art. 50-F. O CAPS AD IV terá a seguinte estrutura física mínima, conforme as normas sanitárias vigentes:

I - recepção e espaço para acolhimento inicial / espera;

II - salas para atendimento individual (consultório);

III - sala para atendimento de grupo;

IV - espaço para refeições;

- V - espaço para convivência;
- VI - banheiros com chuveiro;
- VII - espaço para atividades físicas / esportes;
- VIII - no mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;
- IX - posto de enfermagem;
- X - sala para reuniões da equipe técnica; e
- XI - espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

Seção III

Implantação e da Tipologia

Art. 50-G. O CAPS AD IV será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos:

- I - CAPS AD IV Novo; e
- II - CAPS AD IV Reestruturado.

Parágrafo único. O CAPS AD IV Reestruturado é aquele que é resultado da adaptação de um CAPS tradicional ou CAPS AD préexistente.

Seção IV

Das Disposições Finais

Art. 50-H. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde a publicação de manual e/ou documentos de apoio, bem como diretrizes clínicas da linha de cuidados.

Art. 50-I. A implantação de CAPS AD IV será incentivada na forma da Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, da Portaria de Consolidação nº 6." (NR)

Art. 3º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões: "TÍTULO II-B" DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL.

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 50-J. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

§ 1º A Equipe referida no caput é parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados;

§ 2º As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento

especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001;

§ 3º A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados.

§ 4º O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Seção II

Do Funcionamento

Art. 50-K. Compete às equipes:

I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;

II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;

III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;

IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e

V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Art. 50-L. As Equipes de que trata este Título serão constituídas por equipes multiprofissionais mínimas, da seguinte forma:

I - Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);

II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e

III - Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de

60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

§ 1º A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional.

§ 2º Habilitações de mais de uma equipe para um mesmo estabelecimento de saúde somente serão autorizadas após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

§ 3º Consideram-se as seguintes categorias profissionais de nível superior para fins de atendimento do inciso III do caput: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Seção III

Da Implantação

Art. 50-M As Equipes deverão estar vinculadas a unidades ambulatoriais especializadas.

Parágrafo único. Para habilitação das Equipes, o gestor proponente deverá:

I - apresentar projeto assistencial, pactuado em CIB; e II - constituir as equipes na perspectiva de ampliação da oferta de assistência especializada em saúde mental." (NR)

Art. 4º A Portaria de Consolidação no 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1023. Ficam reajustados os valores do procedimento 03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA) - para os hospitais habilitados nos códigos 06.31, 06.32, 06.33, 06.34, respeitando os valores dos incrementos, conforme estabelecido abaixo:

I - CLASSE N I: PORTE: até 160 leitos; Valores: R\$ 82,40;

II - CLASSE N II: PORTE: de 161 a 240 leitos; Valores: R\$ 70,00;

III - CLASSE N III: PORTE: de 241 a 400 leitos; Valores: R\$ R\$ 63,11;

IV - CLASSE N IV: PORTE: acima de 400 leitos; Valores: R\$ 59,00.

§ 1º Não receberão o reajuste previsto neste artigo leitos ocupados por pacientes de longa permanência, sendo mantidos os valores atuais até que o mesmo receba alta médica hospitalar.

§ 2º O valor da diária será reduzido em 50% após transcorridos 90 (noventa) dias ininterruptos de internação de um mesmo paciente, ou em casos de reinternação de um mesmo paciente antes do prazo de 30 dias após sua alta hospitalar." (NR)

"Art. 1032-A. O valor do incentivo para implantação das unidades de que trata o art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, será de:

I - R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais), para as unidades previstas no inciso I;

II - R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais), para as unidades previstas no inciso II; e

III - R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais), para as unidades previstas no inciso III.

Parágrafo único. O incentivo de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a ação 10.302.2015.20B0.0001.0002." (NR)

"Art. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a:

I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral); e

II - taxa de ocupação mínima de 80%." (NR)

Art. 5º O Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:

"Seção IV-A"

Do Incentivo Financeiro de custeio para implantação de CAPS AD IV

Art. 1.021-A. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para implantação de CAPS AD IV, de que trata o Capítulo III do Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, no valor de:

I - 200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e

II - 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado

§ 1º O incentivo financeiro definido neste artigo destina-se a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos.

§ 2º O incentivo financeiro deste artigo será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal.

§ 3º Os valores repassados por força deste artigo serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

Art. 1.021-B. Para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto nesta Seção, o gestor deverá apresentar projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

I - projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;

II - termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;

III - termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde; e

IV - parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Art. 1.021-C. A partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV efetivamente implantado e em funcionamento.

Parágrafo único. No caso de CAPS AD IV Reestruturado o acréscimo financeiro de que trata o caput será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referente à habilitação anterior, e o valor estabelecido no caput deste artigo.

1.021-D. Os recursos orçamentários relativos às ações previstas nesta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

I - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; 10.302.2015.20B0.0001.0000 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental -Mental - Despesas Diversas; e

II - 10.302.2015.20B0.0001.0002 - Crack, É Possível Vencer ou 10.302.2015.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade." (NR)

"Seção XIII

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

Art. 1.062-A. Fica estabelecido o valor de custeio à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, de que trata o Título II-B do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, nas seguintes condições:

I - Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;

II - Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e

III - Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 mensais.

Parágrafo único. O custeio de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.2015.8585." (NR)

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral), de que trata o Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, observará as seguintes normas de transição:

I - nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados em unidades, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria.

Fica facultado ao gestor apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou

organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos nesta Portaria; e

II - nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria, para se adequarem tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica exigidos nesta Portaria.

Art. 7º Após aprovação pela área técnica da proposta de criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, e comprovação do seu funcionamento, o Ministério da Saúde terá o prazo de até 90 (noventa) dias para o início do pagamento do custeio.

Art. 8º Para monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação, bem como a atualização do serviços no CNES por parte de todas as unidades componentes da referida rede, seguindo a resolução CIT nº 23 de 2017.

Art. 9º Ficam mantidas as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Parágrafo único. Os Gestores Estaduais ou Municipais deverão apresentar, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, novo plano de desinstitucionalização de todos os pacientes moradores dessas instituições.

Art. 10. Fica vedada qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria.

Parágrafo único. O fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 11. O Anexo 4 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro

de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo a esta Portaria.

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

Art. 13. Fica revogado o art. 56 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

RICARDO BARROS

ANEXO

(Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.

A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao

autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve se constituir conforme definido nesta portaria consolidada, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a SRT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

5. ATIVIDADES CAODS

5.1. Produtividade CAODS - janeiro/2018

Ministério Público do Estado do Piauí
IMAGEM DO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO
2018

CIDADE	ÓRGÃO	MES	PERÍODO
TERESINA	CAO DE DEFESA DA CIDADANIA E DA SAÚDE	1	(01/01 a 31/01)
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)	62
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.	2
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	21
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	51
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	14
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	2
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	59
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	36
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	11
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.4 Participações em seminários, congressos, palestras e outros eventos externos	4
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 fevereiro/2018

Ministério Público do Estado do Piauí
IMAGEM DO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO

2018

CIDADE	ÓRGÃO	MES	(01/02 a 28/02)
TERESINA	CAO DE DEFESA DA CIDADANIA E DA SAÚDE	2	
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 (1ª e 2ª graus)	62
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	1
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.5 Elaboração de recomendação	4
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.6 Elaboração de outros atos	4
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	28
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	2
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	42
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	43
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	5 OUTROS - 5.2 Elaboração e remessa ao PGJ de planos de ação	11

5.3. Agenda CAODS: Janeiro/Fevereiro 2018

DATA	OBJETO	PARTICIPANTES
JANEIRO		
15/01/2018	Audiência Hospital de Amarante	CAODS/ PJ DE AMARANTE/ SUPAS E DUDOH/ SMS AMARANTE
16/01/2018	Reunião Tática CEPEI/PGJ	Planejamento Estratégico/ PGJ/ CAO's/ PROCON/ NUPEVID (CEPEI)
22/01/2018	Audiência Hospital de Regeneração	CAODS/ PJ DE REGENERAÇÃO/ SUPAS/ SMS REGENERAÇÃO
24/01/2018	Audiência Hospital Canto do Buriti	CAODS/ PJ DE CANTO DO BURITI/ SUPAS e DUDOH-SESAPI
24/01/2018	Reunião Fórum Interinstitucional Permanente em Saúde Pública	INTEGRANTES DO FÓRUM
25/01/2018	Reunião Rede de Controle – Relatórios Picos	REDE DE CONTROLE
26/01/2018	Curso “ Procedimentos Administrativos: Rito e Casuística”	CEAF
29/01/2018	Audiência – Fornecimento de Medicamento – MS Água Branca	PJ DE ÁGUA BRANCA/ CAODS/ DUAF-SESAPI
29/01/2018	Audiência – Desinternação do HAA paciente Alto Longá	PJ DE ALTO LONGÁ/ CAODS/ HAA/ SMS ALTO LONGÁ
29/01/2018	Audiência – Pactuação de Serviços de Saúde	CAODS / COSEMS/ COORDENAÇÃO

	Mental entre os municípios de Altos, Pau D'arco, Beneditinos e Coivaras	DA CIR ENTRE RIOS/ GASM-SESAPI/ SMS DE ALTOS, PAU D'ARCO, COIVARAS E BENEDITINOS
31/01/2018	Reunião Tática CEPEI/PGJ	Planejamento Estratégico/ PGJ/ CAO's/ PROCON/ NUPEVID (CEPEI)
FEVEREIRO		
05 a 25/02/2018	FÉRIAS REGULAMENTARES	
28/02/2018	Reunião Tática CEPEI/PGJ	Planejamento Estratégico/ PGJ/ CAO's/ PROCON/ NUPEVID (CEPEI)

5.4. Atendimento aos órgãos de execução – janeiro/fevereiro 2018

JANEIRO			
Nº.	PROMOTORIA DE JUSTIÇA	OBJETO	AUTUAÇÃO
01	29ªPJ de Teresina	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	08/01/2018
02	2ªPJ Campo Maior	TRANSPORTE (TFD) / REGULAÇÃO DE CONSULTA	08/01/2018
03	3ªPJ de Campo Maior	CARGA HORÁRIA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	08/01/2018
04	1ªPJ de Floriano	DIREITO DOS USUÁRIOS	10/01/2018
05	PJ de Fronteiras	TRANSPORTE - TFD	10/01/2018
06	PJ de Alto Longá	SAÚDE MENTAL	10/01/2018
07	2ª PJ de Pedro II	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	10/01/2018
08	2ªPJ de Altos	VIGILÂNCIA EM SAÚDE – COMBATE AEADES AEGYPTI	10/01/2018
09	2ª PJ de Pedro II	MEDICAMENTO	11/01/2018
10	PJ de Amarante	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	11/01/2018
11	28ªPJ de Teresina	SAÚDE MENTAL	11/01/2018
12	2ªPJ de Pedro II	MEDICAMENTO	16/01/2018
13	PJ de Regeneração	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	16/01/2018
14	2ªPJ de Teresina	SAÚDE MENTAL	16/01/2018
15	28ªPJ de Teresina	PROCEDIMENTO SUS - CIRURGIA	16/01/2018
16	29ªPJ de Teresina-PI	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	16/01/2018
17	PJ de Demerval Lobão	SAÚDE MENTAL	17/01/2018
18	PJ de Água Branca	MEDICAMENTO	18/01/2018
19	2ªPJ de Esperantina	PROCEDIMENTO SUS - CIRURGIA	18/01/2018
20	3ªPJ de Campo	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	19/01/2018
21	3ªPJ de São Raimundo Nonato	REGULAÇÃO - CONSULTA	19/01/2018
22	PJ de Buriti dos Lopes	MEDICAMENTO	22/01/2018
23	PJ de Fronteiras	MEDICAMENTO	23/01/2018

24	2ªPJ de Barras	REGULAÇÃO - CONSULTA	23/01/2018
25	2ªPJ de Pedro II	MEDICAMENTO	23/01/2018
26	PJ de Batalha	REGULAÇÃO - CONSULTA	24/01/2018
27	PJ de Caracol	TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD	24/01/2018
28	PJ de Cocal	PROCEDIMENTO SUS - EXAME	24/01/2018
29	PJ de Beneditinos	MATERIAL DE EXPEDIENTE	24/01/2018
30	2ªPJ de Teresina	SERVIÇO DE SAÚDE	25/01/2018
31	PJ de Matias Olímpio	MEDICAMENTO	25/01/2018
32	PJ de Fronteira	MEDICAMENTO	29/01/2018
33	2ªPJ de Altos	CARGA HORÁRIA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	30/01/2018
34	2ªPJ de Altos	REGULAÇÃO	30/01/2018
35	2ªPJ de Esperantina	REGULAÇÃO - CONSULTA	30/01/2018
FEVEREIRO			
36	2ªPJ de Piripiri	REGULAÇÃO – LEITO HOSPITALAR	02/02/2018
37	PJ de Francisco Santos	MEDICAMENTO	02/02/2018
38	PJ de Batalha Dr. Charles	TRANSPORTE - TFD	05/02/2018
39	2ªPJ de Castelo do PI	SAÚDE MENTAL	06/02/2018
40	2ªPJ de Pedro II	SAÚDE MENTAL	06/02/2018
41	2ªPJ de Pedro II	REGULAÇÃO - CONSULTA	06/02/2018
42	2ªPJ DE ALTOS	TRANSPORTE - TFD	06/02/2018
43	PJ de Pio IX	SAÚDE MENTAL	07/02/2018
44	2ªPJ de Uruçuí	MEDICAMENTO	08/02/2018
45	PJ de Água Branca	TRANSPORTE - TFD	08/02/2018
46	PJ de Capitão de Campos	MEDICAMENTO	09/02/2018
47	2ªPJ de Altos	REGULAÇÃO – LEITO HOSPITALAR	09/02/2018
47	3ª PJ de Campo	PLANEJAMENTO SUS	16/02/2018
48	3ª PJ de Campo Maior	PLANEJAMENTO SUS	16/02/2018
49	12ªPJ de Teresina-PI	SAÚDE MENTAL	16/02/2018
50	2ª PJ de Esperantina	MEDICAMENTOS	20/02/2018
51	4ªPJ de Oeiras	PROCEDIMENTO SUS - CIRURGIA	23/02/2018
52	PJ de Demerval Lobão	CARGA HORÁRIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	26/02/2018
53	PJ de Demerval Lobão	CARGA HORÁRIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	26/02/2018
54	PJ de Demerval Lobão	SAÚDE MENTAL	27/02/2018
55	2ªPJ de Pedro II	MEDICAMENTOS	27/02/2018

56	PJ de Inhuma	PROCEDIMENTO SUS - EXAME	27/02/2018
57	2ªPJ de Altos	DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS	27/02/2018
58	PJ de Itainópolis	PROCEDIMENTO SUS - CIRURGIA	27/02/2018
59	PJ de Elesbão Veloso	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	27/02/2018
60	32ªPJ de Teresina	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	27/02/2018
61	PJ de Fronteiras	SERVIÇOS DE SAÚDE - HOSPITAL	28/02/2018
62	2ªPJ de Altos	SAÚDE MENTAL	28/02/2018

ANEXOS

ANEXO I – ATUAÇÃO DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA: PROCEDIMENTOS INSTAURADOS, RECOMENDAÇÕES EXPEDIDAS, TAC'S FIRMADOS E AÇÕES AJUIZADAS