

CAODS



CENTRO DE APOIO OPERACIONAL
DE DEFESA DA SAÚDE

INFORMATIVO

EDIÇÃO 4.2018 - JULHO/AGOSTO

1. JURISPRUDÊNCIA

1.1. STF – Repercussão Geral tema 262: legitimidade do MP para ajuizar ACP que vise fornecimento de medicamentos

Decisão: O Tribunal, por unanimidade e nos termos do voto do Relator, apreciando o tema 262 da repercussão geral, deu provimento ao recurso extraordinário para que, suplantada a ilegitimidade declarada pelo Tribunal de Justiça, este prossiga no julgamento da apelação. Em seguida, **o Tribunal fixou a seguinte tese: "O Ministério Público é parte legítima para ajuizamento de ação civil pública que vise o fornecimento de remédios a portadores de certa doença"**. Ausente,

justificadamente, a Ministra Cármen Lúcia (Presidente). Falaram: pelo recorrente, Ministério Público do Estado de Minas Gerais, o Dr. Antônio Sérgio Tonet; pelo recorrido, Estado de Minas Gerais, e demais Estados interessados, o Dr. Gianmarco Loures Ferreira; e, pela Procuradoria-Geral da República, a Dra. Raquel Elias Ferreira Dodge, Procuradora-Geral da República. Presidiu o julgamento o Ministro Dias Toffoli (Vice-Presidente). Plenário, 15.8.2018.

1.2. STJ - Importação direta de canabidiol

ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. ART. 1.022 DO CPC/2015. SÚMULA N. 284/STF. DIREITO À SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. MENOR PORTADORA DE PARALISIA CEREBRAL GRAVE. USO DO CANABIDIOL (CBD). INDISPONIBILIDADE NA REDE PÚBLICA. IMPORTAÇÃO REALIZADA PELOS PAIS. OBSTÁCULO. LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO. REGISTRO ANVISA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 282/STF. INAPLICABILIDADE NO CASO.

I - A recorrente afirma, em linhas gerais, que o acórdão recorrido incorreu em omissão ao deixar de se pronunciar sobre questões invocadas nos declaratórios, sem desenvolver argumentos para demonstrar a suposta mácula.

Incidência da Súmula n. 284/STF no tocante à apontada violação do art. 1.022 do CPC/2015.

II - Na origem, trata-se de ação ajuizada pelos pais de menor que sofre de paralisia cerebral com quadro grave, que após vários tratamentos infrutíferos, tiveram notícias sobre a utilização do canabidiol, associado ao tratamento para epilepsia, com melhora eficaz nos sintomas da doença.

III - Diante da indisponibilidade de tal medicamento na rede pública, os próprios pais providenciaram a importação, pugnando para que a União e Anvisa se abstivessem de "destruir, devolver ou de alguma outra forma fazer com que o canabidiol" não chegasse ao destino.

IV - Legitimidade passiva da União, diante do pedido específico relacionado à importação, e

também em decorrência do entendimento jurisprudencial firmado no sentido da responsabilidade solidária relativa às demandas que envolvam tratamento médico.

V - Ausência de prequestionamento quanto ao art. 19-T da Lei n. 8.080/90, sobre eventual necessidade de registro do medicamento na Anvisa.

VI - Apenas para argumentar, quanto à necessidade de registro na Anvisa, por não se tratar de fornecimento de medicamento, mas

apenas de autorização para a importação, não se aplica o entendimento firmado no tema 106 deste Superior Tribunal de Justiça, decorrente do REsp. 1657156 e 1102457, julgados sob a sistemática de recursos repetitivos.

VI - Recurso parcialmente conhecido e, nessa parte, improvido.

(REsp 1657075/PE, Rel. Ministro FRANCISCO FALCÃO, SEGUNDA TURMA, julgado em 14/08/2018, DJe 20/08/2018)

1.3. STJ - Contratação de médico para atenção básica

MANDADO DE SEGURANÇA Nº 24.496 - DF (2018/0176136-0). RELATOR : MINISTRO FRANCISCO FALCÃO IMPETRANTE : MUNICÍPIO DE VIÇOSA. ADVOGADO : VICTOR RAMON ALVES - RN011927. IMPETRADO : MINISTRO DA SAÚDE. DECISÃO:

Vistos. Cuida-se de pedido de liminar nos autos de mandado de segurança impetrado pelo MUNICÍPIO DE VIÇOSA contra ato alegadamente coator do MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, consubstanciado na ausência de repasses do PAB Variável, em razão da municipalidade não contar com médico ativos nos seus quadros.

Na petição inicial, o Município argumenta que está sem médico no seu quadro em razão da ausência de substituição daquele profissional advindo do Programa Mais Médicos. O Município argumenta que é ciente da existência de uma vedação para o repasse no âmbito da Portaria n. 2.436/2017 do Ministério da Saúde. Porém, defende que a situação de ausência de médico no Município decorre da inexistência de envio de profissional pelo Programa Mais Médicos, do próprio Ministério da Saúde. Pede liminar para que sejam liberados os repasses, bem como para que seja enviado médico ao Município (fls. 1-12, e-STJ). É, no essencial, o relatório.

A situação em debate nos autos se refere à suspensão do repasse de recursos do Programa de Atenção Básica (PAB) do Ministério da Saúde para o Município impetrante, por força das seguintes disposições da Portaria:

"(...) Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II: O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas,

por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes;

IV - e ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal. As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

(...)"

Como descreve o Município impetrante (fl. 8, e-STJ):

"(...) A suspensão, nesse interim, só deveria ocorrer se o município estivesse sem qualquer outro profissional, como o odontólogo, o enfermeiro, etc., pois estes sim são admitidos pelo ente municipal (concurso ou processo seletivo). (...)"

Não é possível conceder a liminar pretendida. O argumento acima indicado é ausente de fundamento jurídico. Os municípios possuem autonomia para realizar concurso público para o cargo de médico em seus quadros nos termos da Constituição Federal:

"Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição."

Ainda, o princípio geral da obrigatoriedade de concursos públicos para a administração pública em geral se estende aos municípios nos termos do inciso II do art. 37 da Carta Política:

"Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...)

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração;"

A peculiar situação de ausência de médico no quadro funcional do município ensejaria a realização de eventual contratação temporária, de caráter excepcional, nos termos de uma lei municipal específica, similar ao que ocorre na União:

"Art. 37. (...)

(...) IX - a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;"

Do exame das disposições constitucionais, não parece ser razoável imputar a responsabilidade legal da União em fornecer o referido profissional médico. Ao contrário, a obrigatoriedade de contar com médicos nos quadros funcionais é dos municípios; afinal, são essas pessoas jurídicas de direito público que, de modo direto, irão prestar os serviços de atenção básica. Não identifico fumus boni iuris. Prejudicado o exame do periculum in mora.

Ante o exposto, indefiro o pedido de liminar. Publique-se. Intimem-se. Brasília (DF), 19 de julho de 2018. MINISTRO HUMBERTO MARTINS. Vice-Presidente, no exercício da Presidência. (Ministro HUMBERTO MARTINS, 02/08/2018)MANDADO DE SEGURANÇA Nº 24.496 - DF (2018/0176136-0)

1.4. Estruturação de Unidades de Terapia Intensiva

Autos nº : 0016061-12.2018.827.2706 . AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA ANTECEDENTE. Requerente : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO TOCANTINS. Requerido : ESTADO DO TOCANTINS. DECISÃO: *Ex positis*, **DEFIRO o pedido de tutela antecipada em caráter antecedente**, para determinar: i) ao requerido, **ESTADO DO TOCANTINS** que, **no prazo de 15 (quinze) dias**, a contar da intimação da presente, adote as medidas administrativas cabíveis **para iniciar e concluir o dimensionamento e redimensionamento da categoria dos profissionais da UTI1 e UTI2 do Hospital Regional de Araguaína, já planejado pela Secretaria Estadual de Saúde. Importante frisar que deverá levar em conta os equipamentos de saúde existentes, a**

quantidade de leitos, a carga horária vinculada de cada médico para efeito de fechamento da escala, com prioridade dos serviços das UTI's, em obediência ao preconizado pela legislação do SUS Federal e Estadual e demais normativas pertinentes, com a finalidade de regularizar os serviços da unidade. Escoado o prazo de 15 (quinze) dias ora fixado, **deverá apresentar nos autos o resultado do dimensionamento e redimensionamento determinado, e as providências emergências a serem tomadas.** ii) ao requerido **JOSÉ EXPEDITO COSTA FERREIRA** que, **durante o período de implantação e execução do dimensionamento e redimensionamento do serviço assistencial das UTI's, que não se abstenha de realizar o plantão extraordinário necessário para o fechamento da escala junto à UTI2 do HRA,**

tendo como **limite máximo, o prazo de 3 (três) meses**, a contar da notificação às Diretorias competentes do Hospital Regional de Araguaína, manifestando falta de interesse em realizar plantão extraordinário, obviamente depois de cumprir com a carga horária ordinária prevista em lei. **Determino ainda, que apresente nos autos, no prazo de 10 (dez) dias**, a contar da intimação, ata ou documento similar capaz de comprovar a adesão dos demais médicos que trabalham na UTI2 acerca do expediente que noticiou a suspensão dos serviços, acostado no ANEXO do EVENTO 1. **iii) Determino também, que o Diretor Técnico do Hospital Regional de Araguaína**, nos termos do disposto no artigo 2º, § 3º, inciso IV da Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 2.147/20165, organize juntamente com o Coordenador do serviço a escala programada do serviço de UTI2. Devendo ainda, apresentar nos autos, no 5º (quinto) dia útil de cada mês, a escala programada e cumprida da UTI1 e UTI2, devidamente assinada. **iv) ao Diretor Clínico**

do Hospital Regional de Araguaína, de todos os termos da presente, para conhecimento e adoção de providências necessárias ao efetivo cumprimento, assegurando que a UTI2 não tenha as suas atividades suspensas, salvo de houver previsão legal, notadamente pelo fato de que dentre as suas atribuições tem poder ético sobre os médicos, conforme artigo 5º da Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 2.147/2016. **v) a Diretora Geral do Hospital Regional de Araguaína**, de todos os termos da presente, para conhecimento e adoção de providências necessárias ao efetivo cumprimento, devendo ainda, **no prazo de 03 (três) dias**, a contar da intimação, apresentar o endereço de todos os médicos que prestam serviço nas UTI's do HRA, bem como apresentar as normativas designadas pelos coordenadores dos serviços junto à UTI1 e UTI2. 2ª Vara da Fazenda e Registros Públicos da Comarca de Araguaína – TO. Araguaína-TO, 03 de setembro de 2018. Juíza de Direito **Milene de Carvalho Henrique**.

2. NOTÍCIAS

2.1. Família é autorizada a importar sementes e plantar maconha para tratar epilepsia

Uma família do Paraná foi autorizada a importar sementes de maconha e cultivar 16 pés da planta para que possa fazer a extração artesanal de óleo medicinal de cannabis, que será utilizado no tratamento de uma criança com epilepsia grave e transtorno do espectro autista. De acordo com a liminar, o direito à saúde e à vida deve prevalecer no caso.

Família foi autorizada a importar sementes de maconha e cultivar 16 pés da planta para que possa fazer a extração artesanal de óleo medicinal de cannabis.

Reprodução

Segundo os autores da ação, após tentar diversos tratamentos, o quadro convulsivo da criança só diminuiu após a utilização de óleo de cannabis, que foi doado à família, permitindo uma melhor qualidade de vida. Diante disso, o médico responsável pelo tratamento passou a prescrever o canabidiol.

Para conseguir produzir seu próprio óleo, a família ingressou com Habeas Corpus com pedido de salvo-conduto para que possa importar as sementes e cultivar 16 pés de maconha, suficientes para extrair a quantidade de óleo prescrita.

O HC foi impetrado por André Feiges e Mariana German, do Feiges & German – Advocacia, em parceria com a Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas (Reforma). Feiges explica que a importação da semente é essencial no processo, pois para a produção do medicamento exige uma variedade genética capaz de gerar produto rico em CBD (canabidiol), com baixíssimo teor de THC (tetraidrocanabinol) — que é o composto psicoativo da planta.

Na liminar, a juíza federal explica que, em linhas gerais, os delitos previstos nos artigos 28 e 33 da Lei de Drogas têm por finalidade proteger a saúde pública e individual.

E, complementa a magistrada, no caso analisado não há agressão a esses bens tutelados. "Pelo contrário. Impedir que a paciente pratique os atos almejados prejudicará sobremaneira o tratamento de seu filho, causando prejuízos à saúde dele."

"No eventual conflito entre a proteção aos bens jurídicos tutelados pelos delitos previstos nos artigos 28 e 33 da Lei de Drogas e os direitos à saúde e à vida do filho da paciente, devem prevalecer estes últimos", diz a liminar.

A juíza explica ainda que o HC visa reduzir não apenas o sofrimento do filho adoecido, mas também dos familiares que com ele convivem, "não possível vislumbrar qualquer

ofensividade a qualquer bem tutelado pelo Direito Penal".

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-ago-08/familia-importar-plantar-maconha-tratar-epilepsia>

2.2. Município indenizará por serviço de falso médico que acabou em morte

A família de uma criança morta por ter sido atendida por falso médico no serviço público deve ser indenizada. Com esse entendimento, o juiz Douglas Lima da Guia, da comarca de Cururupu (MA) condenou o município ao pagamento de R\$ 20 mil, além de pensão alimentícia no valor de um terço do salário-mínimo até a data em que a criança completaria 25 anos de idade, e de um sexto até que completasse 65 anos, ou até que os beneficiários venham a óbito.

O menino deu entrada no Serviço de Pronto Atendimento sentindo dor de barriga e vômito. Ele foi atendido pelo suposto médico Francisco Ferreira do Nascimento e, após ter sido medicado e apresentado piora, ele foi encaminhado à Santa Casa de Misericórdia, recebendo também atendimento considerado não satisfatório, agravando o estado de saúde da criança.

Foi verificado, depois, que o menino teria apresentado um quadro infeccioso de pneumonia, com evolução para septicemia, choque circulatório e óbito.

Ficou comprovado que o suposto médico Francisco Nascimento não possuía habilitação profissional e nem aptidão técnica para exercer a medicina, tendo sido contratado de forma irregular pelo município de Cururupu.

O município alegou, à época dos fatos, que ele foi contratado em função da defasagem de médicos na cidade, e que já trabalhava em Apicum-Açu. A Secretaria de Saúde de Cururupu pagava pelos plantões que Francisco fazia. Foi informado, ainda, que sempre que era solicitada a documentação do suposto

médico, ele alegava problemas no CPF, sendo que os pagamentos eram depositados em nome da esposa.

Diploma não validado

Em depoimento, a coordenadora do SPA afirmou que ninguém sabia que Francisco era portador de diploma de Medicina de faculdade da Bolívia, sem validação no Brasil e sem registro no Conselho Regional de Medicina, fato descoberto somente depois que ele passou a ser investigado.

O médico que atestou a morte do menino observou que nos encaminhamentos feitos por Francisco eram perceptíveis elementos que apontavam para a sua inaptidão para o exercício da medicina, tais como diagnósticos, prescrições, e outras condutas inadequadas.

“Ficou mais do que comprovado que o Município de Cururupu contratou pessoa sem aptidão profissional para o exercício da medicina no Serviço de Pronto Atendimento, ou seja, não observou os procedimentos legais mínimos para a contratação de profissional da área de saúde, ressalte-se, médico plantonista, permitindo que a população fosse atendida por um falso médico cuja conduta e atendimento inadequado teve como consequência a morte de uma criança, filho das partes autoras deste processo”, ressaltou Douglas da Guia na sentença. Com informações da Assessoria de Imprensa da Corregedoria Geral da Justiça do Maranhão.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-17/municipio-indenizara-servico-falso-medico-acabou-morte>

2.3. Sífilis volta a ser uma epidemia no Brasil, apesar do tratamento rápido

Uma doença que não escolhe idade, sexo, nem classe social. É assim que especialistas descrevem a sífilis, transmitida pela bactéria *treponema pallidum*, principalmente por via sexual, mas também da mãe para o filho, durante a gravidez. A falta de tratamento pode causar cegueira, demência e más formações, no caso de fetos. Mas infectologistas destacam

que o tratamento é rápido, assim como o diagnóstico, que pode ser feito com um teste rápido, com resultado pronto em dez minutos. No caso da sífilis primária, uma única dose de penicilina benzatina intramuscular já é suficiente para a cura.

O aumento dos casos da doença preocupa especialistas. O Dr. Alexandre Chieppe,

subsecretário Estadual de Vigilância em Saúde, afirma que, desde 2011, vem sendo observado um aumento de casos de sífilis congênita e do número de casos na população geral. Desde o início dos anos 2000, a comunidade médica internacional já vinha alertando para o aumento do número de casos da doença. No Brasil, especialmente nos grandes centros urbanos, a infecção dava sinais de avanço rápido e preocupava as autoridades. Tanto que, em meados de 2007, a ONG do Rio de Janeiro "Centro de Educação Sexual", junto com outros parceiros, lançou uma campanha de prevenção, estrelada por artistas como Glória Pires e o marido Orlando Moraes. E ainda a dupla Camila Pitanga e Tony Ramos.

O infectologista Gustavo Maia comenta que muitos pacientes se surpreendem com a volta de casos da doença: "Efetivamente é uma doença muito antiga, que está presente no imaginário popular, na literatura, nos filmes". E esse fenômeno não parece ser exclusivo no Brasil. A Organização Mundial de Saúde estima que todos os dias sejam diagnosticados pelo menos um milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis por dia e, dentre elas, uma que chama muita atenção é a sífilis. Estima-se que, a cada ano, cerca de 131 milhões de pessoas são infectadas pela clamídia, 78 milhões pela gonorreia e quase seis milhões pela sífilis, sem contabilizar outras infecções sexualmente transmissíveis, como por HIV, HPV, herpes e hepatites virais.

O Dr. Francisco alerta para o aumento da sífilis congênita, sífilis gestacional e sífilis adquirida em todas as regiões do Brasil, e destaca o desconhecimento sobre a doença - não só em relação ao risco, como em relação às consequências da infecção: "Há comprometimentos muito sérios do sistema nervoso central, com doença neurológica, com quadros de demência, manifestações auditivas, oculares, com manifestações cardíacas e ósseas. É importante lembrar que não existe uma vacina. A única forma de prevenir a sífilis é através do sexo seguro".

A população jovem de hoje, por não ter vivido tanto a epidemia de sífilis nas décadas anteriores, quanto o início da epidemia de aids, eventualmente pode estar se descuidando dos métodos de prevenção, como alerta o Dr. Alexandre Chieppe.

Dados do **Ministério da Saúde** revelam números preocupantes. Em 2010, foram notificados 1.249 casos de sífilis adquirida, a que se pega através da relação sexual sem camisinha. Em 2015, apenas cinco anos depois, esses números saltaram para 65.878, um aumento de mais de 5.000%.

Famosos que já foram vítimas da doença

O polêmico craque do Botafogo Heleno de Freitas fez muito sucesso - no campo e fora dele - entre os anos 40 e 50 do século passado. De família abastada, formado em advocacia, mulherego, boa pinta, elegante e frequentador da alta sociedade, Heleno morreu louco, vítima de sífilis aos 39 anos, num manicômio na cidade de **Barbacena**, em Minas Gerais. Talvez ele tenha sido a primeira celebridade brasileira vítima dessa infecção que, no passado atingiu, entre inúmeras outras personalidades, artistas importantes como os escritores Oscar Wilde, James Joyce, Baudelaire. Os compositores Beethoven, Schumann, Schubert. Os pintores Van Gogh, Gauguin, Toulouse Lautrec. Pesquisadores afirmam que o rei francês Luiz XV e o mafioso Al Capone morreram de sífilis. E, segundo alguns historiadores, até mesmo Lenin e Hitler teriam sido vítimas da doença.

Os primeiros relatos da sífilis datam dos primórdios da idade média, quando se alastrou pela Europa, contaminando figuras importantes do clero e da nobreza. Na época, dizia-se que a infecção fatal - que posteriormente ficou conhecida como "a doença francesa" - era uma Vingança da América contra os colonizadores europeus: Colombo teria regressado para o Velho Mundo carregando nas caravelas a bactéria da nova doença.

Os estágios da infecção

A sífilis pode ter três tipos de apresentação principal, como explicam a Dra. Brenda Hoagland e o Dr. Francisco de Oliveira. Na primeira fase da doença, que é a fase da lesão, muitas vezes, a úlcera desaparece espontaneamente depois de alguns dias ou semanas, levando ao paciente à falsa impressão de que ele está curado. Num segundo momento, que pode ser duas ou três semanas após a primeira lesão, surge um quadro clínico mais extenso, em que se pode ter lesões por todo o corpo, que podem muitas vezes ser confundidas com um quadro de alergia. Lesões nas palmas das mãos e nos pés

também são comuns. O período contínuo, onde o paciente não tem sintomas, mas transmite a infecção, é chamado de sífilis latente. E nos quadros mais graves, que são anos de sífilis latente não diagnosticada, pode-se fazer um quadro muito grave de sífilis terciária, com manifestações neurológicas, e até alguns quadros de demência relacionados à sífilis não diagnosticada mais cedo.

Diagnóstico e tratamento

O acesso ao diagnóstico é fácil e está disponível em qualquer unidade de saúde, sem nenhum custo e com rapidez, segundo o infectologista Gustavo Maia. O resultado do teste rápido fica pronto em 10 minutos. O tratamento também é rápido e feito com penicilina, o primeiro antibiótico surgido na humanidade.

A Dra. Brenda Hoagland explica que, na sífilis primária, quando só se tem a ferida na região genital, normalmente uma dose de penicilina benzatina intramuscular já cura a pessoa. Na fase secundária, normalmente são feitas duas doses de penicilina benzatina com um intervalo de uma semana entre as duas. Já na fase latente, são oferecidas três doses.

Transmissão pela gravidez

O setor de neonatologia do Hospital Leonor Mendes de Barros é referência para gestação de alto risco na zona leste da capital de São Paulo. A pediatra Luciane Mancini, diretora do setor, afirma que atende grávidas de faixas etárias e níveis sócio econômicos diversos. Ela destaca que tem reparado muito no aumento do número de gestantes adolescentes internadas com a doença. "Isso é algo preocupante, porque eu noto que essas meninas grávidas não têm nenhuma informação. Além da própria surpresa com a

gravidez, elas ainda se deparam com um diagnóstico de sífilis, que é uma doença que elas nem têm ideia do que seja, do contágio, e de como se trata. Não sabem sequer os riscos que isso pode trazer para a saúde delas e do bebê".

Nos bebês, os sintomas são diversos. Segundo a Dra. Luciane, o pior é quando atinge o sistema nervoso central. O bebê pode apresentar microcefalia. "Não só o vírus da zika é responsável pela microcefalia. A sífilis congênita também causa convulsões, malformações múltiplas, deformidades ósseas, lesões de pele e renais. Para os bebês, a sífilis congênita chega a ser fatal", destaca a médica. Grávidas com sífilis podem sofrer aborto espontâneo no primeiro trimestre da gestação ou terem bebês prematuros, que terão muitas dificuldades para sobreviver. Com o tratamento adequado, a grávida pode ter 100% de chance de o feto não ser afetado pela sífilis. No Brasil, a notificação da sífilis em gestantes é obrigatória desde 2005. No ano seguinte, dados do Ministério da Saúde informam que foram registrados 3.508 casos. Em 2015, menos de 10 anos depois, os números chegaram a 33.381 - um salto de quase 900%. No mesmo período, o número de bebês infectados que morreram de sífilis pulou de 67 casos em 2006 para 221 em 2015. E esses números podem ser ainda mais expressivos, porque num país de dimensões continentais a subnotificação é uma triste realidade.

Fonte: http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilis-volta-ser-uma-epidemia-no-brasil-apesar-do-tratamento-rapido.html?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar-desktop&utm_campaign=share-bar

2.4. Medicamentos de alto custo são responsabilidade da União, decide TJ-PR

O Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Paraná decidiu que a despesa com quatro medicamentos de alto custo é responsabilidade da União. A decisão foi tomada após provocação da Procuradoria-Geral do Estado, que aponta gastos superiores a R\$ 10 milhões para fornecimento de quatro medicamentos a cerca de 50 pacientes.

A decisão não causa prejuízos para as partes, que, a partir de agora, devem entrar com ação contra a União para obter os remédios. Os casos ainda protocolados na Justiça Estadual

serão incluídos na decisão proferida pelo TJ-PR no início de maio e que deve ser publicada nos próximos dias.

Os remédios da lista são Nintedanib (Ofev); Ibrutinib (Imbruvica); Nivolumab (Opdivo); e Ipilimumab (Yervoy). O valor gasto com a distribuição por meio judicial dos medicamentos é três vezes maior que o dispensado aos atendimentos regulares da rede de saúde pública do Paraná. Enquanto a média per capita dos usuários comuns (administrativos) corresponde a R\$ 4,7 mil, o

valor judicializado está em R\$ 15 mil, conforme dados de 2017.

“As decisões que determinaram o fornecimento dos medicamentos indicados provocam gravíssima lesão à economia pública, na medida que impõem ao Estado o fornecimento de medicamentos de altíssimo custo cuja incumbência pelo financiamento é de responsabilidade da União”, disse o procurador-chefe da Procuradoria de Saúde, Fernando Alcântara Castelo. Essa é a primeira vez que o Executivo consegue uma decisão coletiva sobre o assunto.

Medicamentos

No caso do Nintedanib – usado para tratamento e retardo da progressão da fibrose pulmonar idiopática – o custo médio mensal é de R\$ 12 mil por paciente. Com a responsabilidade da União em fornecer o remédio aos mais de 30 pacientes que o solicitavam, o Estado deixa de gastar ao menos

R\$ 5 milhões por ano, podendo chegar a R\$ 8 milhões, conforme dados da Secretaria de Estado da Saúde do Estado.

O Ibrutinib, consumido para tratar algumas neoplasias hematológicas, era solicitado por pelo menos 13 pacientes, sendo o custo anual de cada um em R\$ 400 mil. Considerando todos os pacientes que usam o medicamento atualmente, a União poderá passar a arcar com um custo de R\$ 9,7 milhões.

O Nivolumab, que serve para tratamento de câncer de pulmão e melanoma, é pedido por no mínimo oito pacientes e o custo é de R\$ 2 milhões por ano. E o Ipilimumab – para melanoma avançado – foi requerido por três pessoas e o montante fica em R\$ 200 mil/ano por paciente

Fonte:

<http://www.crmpr.org.br/Medicamentos-de-alto-custo-sao-responsabilidade-da-Uniao-decide-TJPR-11-49468.shtml>

3. ATUALIZAÇÕES LEGISLATIVAS

3.1. PORTARIA Nº 2.615, DE 22 DE AGOSTO DE 2018

Estabelece prazo para que Estados, Distrito Federal e Municípios comprovem, ao Ministério da Saúde, a execução dos recursos financeiros transferidos para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos do disposto no art. 14, da Portaria nº 2.923/GM/MS, de 28 de novembro de 2013.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 2.923/GM/MS, de 28 de novembro de 2013, que institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando que os Estados, Distrito Federal e Municípios apresentaram proposta,

homologada e legitimada pelo Ministério da Saúde, nos termos da Portaria nº 2.907/GM/MS, de 23 de novembro de 2009, vigente à época, e fizeram jus ao recebimento de recursos financeiros liberados em três etapas, sendo a primeira etapa correspondente a 30% do valor total aprovado, mediante publicação de portaria específica e homologação da proposta pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a segunda etapa correspondente a 40% do valor total aprovado, liberada mediante comprovação da publicação oficial do processo de compra dos objetos, e a terceira etapa correspondente a 30% do valor total aprovado, liberada mediante demonstrativo dos gastos efetuados nas etapas anteriores; e

Considerando o Acórdão nº 1.189, de 2010, do Tribunal de Contas da União (TCU), que determina ao Ministério da Saúde a tomada de providências para que Estados, Distrito Federal e Municípios restituam ao Fundo Nacional de Saúde o recurso financeiro não utilizado na implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido o dia 31 de dezembro de 2018, como prazo para que Estados, Distrito Federal e Municípios comprovem

junto ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DRAC/SAS/MS) a execução dos recursos financeiros que foram transferidos para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, de acordo com o art. 14 da Portaria nº 2.923/GM/MS, de 28 de novembro de 2013.

Art. 2º Encerrado o prazo determinado, o Ministério da Saúde tomará as providências

para que Estados, Distrito Federal e Municípios restituam ao Fundo Nacional de Saúde o recurso financeiro não utilizado na implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores nos termos da legislação vigente.

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

GILBERTO OCCHI

3.2. PORTARIA Nº 2.369, DE 6 DE AGOSTO DE 2018

Divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2017 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único, do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse, regular e automático, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

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

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

Art. 1º Fica divulgado o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das

Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2017 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa.

Art. 2º Fica autorizado o repasse dos valores de recursos federais aos Fundos dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde, em parcela única, relativo ao incentivo financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), no ano de 2018, totalizando o montante de R\$ 204.647.661,97 (duzentos e quatro milhões, seiscentos e quarenta e sete mil seiscentos e sessenta e um reais e noventa e sete centavos) de acordo com os Anexos I, II e III.

Parágrafo único. Os valores destinados aos Fundos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios foram definidos em conformidade aos valores estabelecidos na Portaria nº 2.510/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 3º O Distrito Federal foi avaliado conforme o critério estabelecido no inciso V do artigo 478 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e seu resultado está apresentado no Anexo II.

Art. 4º O ente federativo beneficiado, constante desta Portaria, que esteja com o repasse dos valores de recursos financeiros do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde bloqueado, por não alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), não fará jus aos recursos previstos nesta Portaria caso a regularização da alimentação dos sistemas ocorra após 90

(noventa) dias da data de publicação do bloqueio, conforme disposto no § 2º do art. 453 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 5º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidas nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamentos instruídos.

Art. 6º Os créditos orçamentários de que tratam a presente Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - 10.305.2015.20AL incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a

Vigilância em Saúde - Plano Orçamentário 0000.

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

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GILBERTO OCCHI

ANEXOS disponíveis no Link:

http://www.imprensa nacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36659674/do1-2018-08-14-portaria-n-2-369-de-6-de-agosto-de-2018-36659226

3.3. RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho 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, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

considerando a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme determina a Constituição Federal de 1988;

considerando que, segundo previsão constitucional, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais compõe uma das diretrizes do SUS;

considerando que compete ao SUS, entre outras atribuições, a execução das ações de vigilância em saúde, conforme determina a Constituição Federal de 1988;

considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, especialmente quando define como um dos objetivos do SUS a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde,

com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;

considerando a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde e seu anexo I, que trata das Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS;

considerando a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS e seu anexo III, que trata das Ações e Serviços de Vigilância em Saúde;

considerando a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e as transferências dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS;

considerando a necessidade de implementação de ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção do SUS;

considerando a necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à vigilância em saúde;

considerando as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS);

considerando o disposto no Art. 1º da Resolução CNS nº 535/2016, que trata do Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), segundo o qual o objetivo da conferência foi o de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à Saúde”;

considerando o disposto na Resolução CNS nº 539/2016, no sentido de reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS no âmbito da formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS);

considerando a necessidade de que a PNVS deve estar centrada no direito à Proteção da Saúde, e alicerçada num SUS público e de qualidade;

considerando a necessidade do fortalecimento do território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da vigilância em saúde;

considerando a necessidade de equipes aptas a atuar no âmbito da vigilância em saúde, com capacidade de analisar contextos e identificar na população do seu território potenciais riscos à saúde, organizar, monitorar e avaliar os processos de trabalho; e

considerando as deliberações da 1ª CNVS, publicadas pela Resolução CNS nº 583, de 09 de maio de 2018, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução.

Art. 2º A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

§1 Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

§2 A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

Art. 3º A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador

e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.

Parágrafo único. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.

Art. 4º A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.

Parágrafo único. A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Art. 5º A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais.

Parágrafo único. Os riscos e as vulnerabilidades de que trata o caput devem ser identificadas e definidas a partir da análise da situação de saúde local e regional e do diálogo com a comunidade, trabalhadores e trabalhadoras e outros atores sociais, considerando-se as especificidades e singularidades culturais e sociais de seus respectivos territórios.

Art. 6º Para efeito desta Política serão utilizadas as seguintes definições:

I – Ações laboratoriais: aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos

riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo.

II – Ações de promoção da saúde: estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articuladas com as demais redes de proteção social, abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, para o favorecimento da mobilidade humana e a acessibilidade e promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.

III – Análise de situação de saúde: ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

IV – Centro de Informação e Assistência Toxicológica: Estabelecimento de saúde ou serviço de referência em Toxicologia Clínica com atuação em regime de plantão permanente, podendo prestar atendimento via teleatendimento exclusivo ou via teleatendimento e presencial, provendo informações toxicológicas aos profissionais da saúde, à população e a instituições, relativas a intoxicações agudas e crônicas e acidentes com animais peçonhentos.

V – Emergência em saúde pública: situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

VI – Integralidade da atenção: um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Deve compreender o acesso às ações, serviços e produtos seguros e eficazes, indispensáveis para as necessidades de saúde da população, objetivando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

VII – Linha de Cuidado (LC): uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas

possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

VIII – Modelo de Atenção à Saúde: sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

IX – Rede de Atenção à Saúde: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

X – Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

XI – Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora: conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.

XII – Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.

XIII – Vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de

consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

XIV – Vulnerabilidade: designa tanto os processos geradores quanto as características das populações e territórios que possuem maiores dificuldades em absorver os impactos decorrentes de diferentes e variados graus de eventos de risco

XV – Risco: Compreende a probabilidade de ocorrência de evento adverso ou inesperado, que cause doença, danos à saúde ou morte em um ou mais membros da população, em determinado lugar, num dado período de tempo.

Art. 7º A PNVS tem como princípios:

I – Conhecimento do território: utilização da epidemiologia e da avaliação de risco para a definição de prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática.

II – Integralidade: Articulação das ações de vigilância em saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

III – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

IV – Inserção da vigilância em saúde no processo de regionalização das ações e serviços de saúde.

V – Equidade: Identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, atuando de forma compartilhada com outros setores envolvidos.

VI – Universalidade: Acesso universal e contínuo a ações e serviços de vigilância em saúde, integrados a rede de atenção à saúde, promovendo a responsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos usuários e da coletividade.

VII – Participação da comunidade de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social.

VIII – Cooperação e articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.

IX – Garantia do direito das pessoas e da sociedade às informações geradas pela

Vigilância em Saúde, respeitadas as limitações éticas e legais.

X – Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Art. 8º A PNVS tem as seguintes diretrizes:

I – Articular e pactuar responsabilidades das três esferas de governo, consonante com os princípios do SUS, respeitando a diversidade e especificidade localregional.

II – Abranger ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção

III – Construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado.

IV – Integrar as práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador e da trabalhadora e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

V – Promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico no âmbito nacional e internacional.

VI – Atuar na gestão de risco por meio de estratégias para identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação, monitoramento de riscos, doenças e agravos.

VII – Detectar, monitorar e responder às emergências em saúde pública, observando o Regulamento Sanitário Internacional, e promover estratégias para implementação, manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de vigilância em saúde.

VIII – Produzir evidências a partir da análise da situação da saúde da população de forma a fortalecer a gestão e as práticas em saúde coletiva.

IX – Avaliar o impacto de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde de forma a prevenir riscos e eventos adversos.

Art. 9º As estratégias para organização da Vigilância em Saúde devem contemplar:

I – A articulação entre as vigilâncias, que pressupõe:

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com identificação de prioridades para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde, e no mapeamento das atividades de produção, consumo e infraestrutura e com potencial impacto no território.

b) produção conjunta, sempre que necessário, de protocolos, instrumentos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores no desenvolvimento das ações de vigilância.

c) harmonização e, no que couber, unificação dos instrumentos de registro e notificação de doenças, agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância.

d) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde.

e) investigação conjunta de surtos e eventos inusitados ou situação de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, em saúde do trabalhador e da trabalhadora e a rede de laboratórios de saúde pública.

f) produção conjunta de metodologias de ação, investigação, tecnologias de intervenção, monitoramento e avaliação das ações de vigilância.

g) revisão e harmonização dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde, nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

II – Processos de trabalho integrados com a atenção à saúde, que devem:

a) ser pautados pelo conhecimento epidemiológico, sanitário, social, demográfico, ambiental, econômico, cultural, político, de produção, trabalho e consumo no território, e organizados em diversas situações.

b) considerar o planejamento integrado da atenção, que contempla as ações de vigilância e assistência à saúde, como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, tomando como base a análise da situação de saúde e a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território.

c) considerar a colaboração necessária para a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração das diversas ações e serviços que compõem a rede de atenção à saúde;

articulação das ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e agravos e do manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias à detecção, prevenção, tratamento e reabilitação; nas demais responsabilidades específicas da vigilância em saúde, bem como a articulação intersetorial.

III – A regionalização das ações e serviços de vigilância em saúde articuladas com a atenção em saúde no âmbito da região de saúde.

IV – A inserção da vigilância em saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que deve contribuir para a construção de linhas de cuidado que agrupem doenças e agravos e determinantes de saúde, identificando riscos e situações de vulnerabilidade.

V – O estímulo à participação da comunidade no controle social, o que pressupõe:

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social.

b) articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações das comunidades presentes no território, inclusive as populações em situação de vulnerabilidade.

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Vigilância em Saúde dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em vigilância em saúde, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de vigilância em saúde nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social.

f) inclusão de grupos de populações em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de proteção e promoção da saúde.

g) assegurar o acesso às informações aos representantes da comunidade e do controle social.

VI – A gestão do trabalho, o desenvolvimento e a educação permanente, o que pressupõe:

a) estar em consonância com as necessidades locais de modo a qualificar os profissionais de vigilância e de todos os níveis de atenção.

b) a adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de vigilância em saúde, que exercem função típica de Estado, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público.

c) a valorização dos trabalhadores e das trabalhadoras por meio de planos de cargos, carreiras e salários que contemplem, dentre outros, o regime de dedicação exclusiva a que estão expostos os trabalhadores de vigilância em saúde, por determinação legal.

d) investimento na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde.

e) inserção de conteúdos de vigilância em saúde nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores.

f) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de vigilância em saúde nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e estrito, possibilitando a articulação ensino, pesquisa e extensão.

g) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação vigente.

VII – Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe:

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, profissionais, comunidade e controle social.

b) articulação, quando necessário, com organismos internacionais de saúde para o desenvolvimento de estudos e pesquisas.

c) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o

enfrentamento de problemas prioritários no contexto da vigilância em saúde.

d) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a vigilância em saúde que resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários para cada território.

e) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico-conceituais do campo da vigilância em saúde, incluindo os grupos populacionais em vulnerabilidade e as doenças negligenciadas, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da proteção à saúde.

f) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados.

g) observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos.

VIII – Sistemas de informação integrados com potencialidade para a coleta, consolidação, análise de dados e a geração e disseminação de informações que contribuem para aprimorar e consolidar a gestão da Vigilância em Saúde, notadamente nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, em tempo oportuno.

IX – A comunicação, que desempenha as seguintes funções:

a) o alerta de risco sanitário, que consiste na divulgação de informações sobre a ocorrência de eventos com potencial de risco à saúde, com detalhada descrição da situação, de cuidados e medidas necessários à redução ou eliminação do risco. Pode ser direcionada a determinados grupos populacionais ou à população em geral. Objetiva a mudança imediata de comportamentos individuais ou a implementação de medidas de caráter coletivo. Exige a utilização de diferentes veículos de comunicação de forma a atingir, em tempo oportuno, o público-alvo.

b) a comunicação do risco, que consiste em um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições, relativa a acontecimentos ou situações que ameaçam a saúde humana ou a

segurança dos indivíduos ou das comunidades. Deve ser oportuno e transparente na veiculação de informação veiculada no decurso do processo de comunicação do risco em saúde, no que se refere à natureza, magnitude, significância e medidas de controle do risco.

c) a disponibilização de material técnico-científico, voltado para a disseminação do conhecimento, de dados, informações, normativas, com o objetivo de aperfeiçoamento das ações voltadas para a Vigilância em Saúde. Deve ser uma ação de rotina, sempre atualizada, dirigida para públicos específicos e utilizando os meios mais adequados para alcançar sua finalidade.

d) a mobilização social, por meio da disseminação de informações, dados, análise de situação de saúde, entre outras ações, com o objetivo de possibilitar a ampliação do comprometimento da população com a eliminação ou redução dos riscos à saúde.

X – Respostas, de forma oportuna e proporcional, às emergências em saúde pública, com o estabelecimento de plano de resposta, a ser elaborado por cada esfera de gestão, considerando as vulnerabilidades do seu território e cenários de risco. Na resposta à emergência em saúde pública, é necessária uma atuação coordenada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais envolvidas, articulando e organizando o esforço para a minimização de seus efeitos.

XI – O planejamento, a programação e a execução de ações de vigilância em saúde, que devem ter como base a análise da situação de saúde, identificando os fatores condicionantes e determinantes, as necessidades de saúde no território, o grau e a forma de urbanização, produção, consumo e trabalho, as diferenças socioeconômicas, culturais e ambientais, entre outras, que interferem no risco de ocorrência de várias doenças e agravos.

XII – O monitoramento e a avaliação devem ser utilizados nas três esferas de governo como ferramentas capazes de identificar problemas e possibilitar a revisão das estratégias definidas.

Art. 10 São responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que sejam pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I – assegurar a oferta de ações e de serviços de vigilância em saúde, considerando o âmbito regional.

II – garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de Vigilância em Saúde.

III – orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de vigilância em saúde.

IV – monitorar o acesso às ações e aos serviços de vigilância em saúde.

V – estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde e pactuar agenda prioritária de ações intersetoriais.

VI – desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

VII – promover a formação e capacitação em vigilância em saúde para os profissionais de saúde do SUS, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação vigente.

VIII – elaborar, em seu âmbito de competência, perfil epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde.

XIX – promover, fortalecer e articular a atuação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica no apoio técnico a profissionais de saúde e a pessoas expostas ou intoxicadas por substâncias químicas e medicamentos ou acidentes com animais peçonhentos.

Art. 11 São responsabilidades da União, e compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a gestão da vigilância em saúde no âmbito da União, compreendendo:

I – coordenar, em âmbito nacional:

a) a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

b) a formulação de diretrizes e prioridades em vigilância em saúde no âmbito nacional, em

consonância com esta política e de forma articulada com as demais esferas de governo.

c) as ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional.

d) as ações de monitoramento da qualidade e segurança dos bens, produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.

e) as ações de laboratório necessárias para a vigilância em saúde.

f) as ações de promoção da saúde.

g) programas estratégicos nacionais voltados à atuação da vigilância em saúde.

h) as ações de vigilância em saúde, nas emergências em saúde pública de importância nacional e internacional, em consonância com o Regulamento Sanitário Internacional, bem como cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em situação de emergências em saúde pública, quando pertinente.

II – conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de vigilância em saúde no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico em consonância com esta política.

III – participar do financiamento das ações de vigilância em saúde, alocando recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política.

IV – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIVS/CNS);

V – apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

VI – promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância em saúde junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde.

VII – monitorar, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de vigilância em saúde.

VIII – implementar a gestão dos sistemas nacionais de informação de interesse da vigilância em saúde.

IX – estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos Municípios e nos Estados a partir dos sistemas de informação em saúde.

X – elaborar normas pertinentes à vigilância em saúde.

XI – regular, controlar, avaliar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.

XII – promover a harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito da vigilância sanitária.

XIII – executar as ações de vigilância em saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, podendo atuar de forma suplementar no âmbito da vigilância sanitária.

XIV – executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo ser compartilhada com Estados, Distrito Federal e Municípios.

XV – promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde.

XVI – promover e realizar estudos, pesquisas e avaliação de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de vigilância em saúde.

XVII – promover e desenvolver estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde.

XIX – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referente à vigilância em saúde.

XX – conduzir a revisão periódica da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

XXI – prover os insumos estratégicos conforme termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

XXII – gerir os estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da vigilância em saúde.

XXIII – regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de vigilância em saúde, no âmbito de sua competência.

Art. 12 São responsabilidades dos Estados, e compete às Secretarias de Saúde, a gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual, compreendendo:

I – coordenar, em âmbito estadual:

a) a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

b) definição de prioridades com base nas políticas e diretrizes na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais.

b) as ações relacionadas a esta política, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal.

e) ações de vigilância, nas emergências em saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em situação de emergências em saúde pública de importância municipal, quando indicado e com outras unidades federadas quando solicitado.

II – coordenar e executar, em âmbito estadual:

a) as ações laboratoriais, sob sua competência, necessárias para a vigilância em saúde, de forma articulada com a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

b) programas estratégicos estaduais voltados à atuação da vigilância em saúde.

III – conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de vigilância em saúde no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

IV – participar do financiamento das ações de vigilância em saúde, alocando recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política.

V – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo a criação, o apoio e o fortalecimento de comissões de vigilância em saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde.

VI – apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as Secretarias Municipais de Saúde na implementação das ações de vigilância em saúde.

VII – organizar as ações de vigilância em saúde nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, e de forma articulada com a União, os mecanismos e os fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para

assegurar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde.

VIII – realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de vigilância em saúde.

IX – elaborar normas pertinentes à vigilância em saúde complementar à disciplina nacional.

X – regular, controlar, avaliar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.

XI – executar as ações de vigilância de forma complementar a atuação dos Municípios.

XII – colaborar com a União na execução das ações sob vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite.

XIII – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu âmbito territorial, bem como regular e auditar as ações e a prestação de serviços de vigilância em saúde, no âmbito de sua competência.

XIV – implementar a gestão dos sistemas de informação de interesse da vigilância em seu âmbito territorial.

XV – monitorar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de vigilância em saúde.

XVI – promover e desenvolver ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde.

XVII – promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional.

XVIII – implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, o registro de doenças e agravos de notificação compulsória, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, assim como de outros dados pertinentes à vigilância em saúde no conjunto dos sistemas de informação em saúde.

XIX – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referente à vigilância em saúde.

XX – definir e executar projetos especiais em questões de interesse locoregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber.

XXI – prover os insumos estratégicos conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

XXII – gerir os estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da vigilância em saúde.

Art. 13 São responsabilidades dos Municípios, e compete às Secretarias de Saúde, a gestão da vigilância em saúde no âmbito municipal, compreendendo:

I – coordenar em âmbito municipal a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde:

II – coordenar e executar, em âmbito municipal.

a) as ações e serviços de vigilância em saúde sob sua competência.

b) as ações de laboratório sob sua competência, necessárias para a vigilância em saúde, de forma articulada com a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

c) os programas estratégicos municipais voltados a atuação da vigilância em saúde.

d) as ações de vigilância, nas situações de emergências em saúde pública de importância municipal.

III – participar da pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de vigilância em saúde.

IV – conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de vigilância em saúde no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

V – pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

VI – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo a criação, o apoio e o fortalecimento de comissões de vigilância em saúde nos Conselhos Municipais de Saúde.

VII – elaborar normas pertinentes à vigilância em saúde complementares às disciplinas estadual e nacional.

VIII – regular, controlar, avaliar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.

IX – colaborar com a União na execução das ações sob vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite.

X – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu território, incluindo os indicadores

pactuados para avaliação das ações de vigilância em saúde.

XI – implementar a gestão e a alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância.

XII – promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional.

XIII – participar, em conjunto com o Estado e com a União, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência.

XIV – articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns.

XV – implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, o registro de doenças e agravos de notificação compulsória, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, assim como de outros dados pertinentes à vigilância em saúde no conjunto dos sistemas de informação em saúde.

XVI – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde.

XVII – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu território, bem como regular, e auditar as ações e a prestação de serviços em vigilância em saúde, no âmbito de sua competência.

XVIII – prover insumos estratégicos, conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

XIX – gerir o estoque municipal de insumos de interesse da vigilância em saúde.

XX – participar do financiamento das ações de vigilância em saúde, alocando recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política.

XXI – promover e desenvolver ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde.

Art. 14 As responsabilidades do Distrito Federal, e competências de sua Secretaria de Saúde, compreendem, simultaneamente, aquelas relativas a Estados e Municípios.

Art. 15 As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Vigilância em Saúde devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS:

I – Planos de Saúde;

II – Programações Anuais de Saúde; e

III – Relatórios Anuais de Gestão.

§1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos nos moldes de uma atuação permanentemente, articulada e sistêmica.

§2º Os conselhos de saúde devem ser protagonistas no processo de avaliação e monitoramento da PNVS.

Art. 16 O financiamento das ações da vigilância em saúde, garantido de forma tripartite, deve ser específico, permanente, crescente e suficiente para assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão, bem como deve contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de suas ações.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho

Homologo a Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI

Ministro

3.4. PORTARIA SAS N. 1.119, DE 23 DE JULHO DE 2018

Torna obrigatória a inserção da informação de formalização de contrato entre os estabelecimentos de saúde e o gestor de saúde para prestação de serviços no âmbito do SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

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

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

Considerando a Lei nº 13.650, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis nºs 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.429, de 2 de junho de 1992;

Considerando o Título VI – Da Participação Complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o Capítulo IV – Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Título VII – Dos Sistemas de Informação da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e

Considerando a necessidade de promover a racionalização do uso da informação de formalização contratual do estabelecimento junto a gestão local do SUS no CNES, resolve:

Art. 1º Fica obrigatória a inserção da informação de formalização de contrato entre

os estabelecimentos de saúde e o gestor de saúde para prestação de serviços no âmbito do SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

§ 1º Inclui a informação de formalização de contrato, na seção módulo básico, caracterização do estabelecimento de saúde, do CNES.

§ 2º Os Estabelecimentos de Saúde, de Natureza Jurídica dos grupos 2 – Entidades Empresariais, 3 – Entidades sem Fins Lucrativos e 4 – Pessoas Físicas, deverão informar obrigatoriamente, se há formalização de contrato junto ao gestor de saúde quando prestar serviços de saúde no âmbito do SUS.

§ 3º Exclui a seção Convênio/Contrato/TCEP do CNES.

Art. 2º Os gestores terão o prazo de 03 (três) competências, a partir da implementação das alterações definidas nesta Portaria, para adequar as informações dos estabelecimentos no CNES, que passam a ser inconsistentes após o fim do prazo.

Art. 3º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS), formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a operacionalização desta Portaria no CNES.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor a partir da disponibilização das versões dos sistemas que contemplem as modificações realizadas pelo

DATASUS/SE, conforme cronograma disponível no site <http://cnes.saude.gov.br>.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

3.5. RECOMENDAÇÃO CNS N. 32, DE 13 DE JULHO DE 2018

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho 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, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

considerando que cerca de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (PNAD, 2015) e que as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos; considerando que o envelhecimento populacional se apresenta como uma conquista social e que garantir o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de uma maior qualidade de vida representa um desafio para as políticas públicas;

considerando que o Ministério da Saúde oferece a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como ferramenta para a avaliação multidimensional a ser realizada no nível primário de atenção, pois auxilia as equipes de saúde na avaliação das condições clínicas, psicossociais, funcionais da pessoa idosa, possibilitando a organização do processo de trabalho, pois permite conhecer, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as necessidades de saúde da pessoa idosa;

considerando que por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa são coletadas informações sobre o uso de medicamentos, vacinas realizadas, diagnósticos e internações prévias, as cirurgias realizadas e reações adversas identificadas, que permitem a avaliação ambiental para a prevenção de quedas e os hábitos de vida da pessoa idosa, possibilita a avaliação de contextos familiares, sociais e econômicos que possam contribuir para a identificação de melhores ou piores prognósticos, permite o controle de condições crônicas como a hipertensão arterial e o

diabetes mellitus, bem como de seus fatores de risco e que através dela também é possível monitorar dados antropométricos como peso, índice de massa corporal e o perímetro da panturrilha, bem como do acompanhamento de agravos e de sinais de alerta que podem representar o risco de declínio da capacidade funcional e que por fim subsidiarão a elaboração de um projeto de cuidados e/ou projeto terapêutico singular;

considerando que a caderneta é uma importante ferramenta e foi formulada a partir de instrumentos validados e fidedignos para a avaliação das condições de saúde da pessoa idosa e que a sua aplicação não exige contrapartidas a não ser aquelas relacionadas à qualificação por parte dos profissionais e comprometimento na sua implementação planejada por parte do gestor de saúde municipal; considerando que a caderneta de saúde representa um instrumento de cidadania para as pessoas idosas, uma vez que estes indivíduos passam a ter acesso à suas informações de saúde e de incentivo às ações de autocuidado, além de orientações acerca de seus direitos;

considerando o compromisso deste CNS com o monitoramento da execução e implementação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, Agenda 2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS), especificamente os objetivos 3 e 10, que dizem respeito à necessidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar e a inclusão social, econômica e política de todos; e considerando os debates havidos durante a última Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV/CNS), realizada nos dias 28 e 29 de junho de 2018, no item 1 da pauta, que debateu, entre outros, o Relatório Anual de Gestão de 2017 e o Plano Anual de Saúde de 2018.

Recomenda ao Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que realizem articulação entre as secretarias municipais e estaduais para o

desenvolvimento de atividades de divulgação e de estímulo à adesão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de julho de 2018.

3.6. PORTARIA Nº 2.242, DE 24 DE JULHO DE 2018

Prorroga o prazo para a adequação da carga horária do profissional médico das Equipes de Saúde da Família Tipo I, II, III, IV e V (Transitória), de que trata o Art. 1º da Portaria nº 3.796/GM/MS, de 26 de dezembro de 2017.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 3.796/GM/MS, de 26 de dezembro de 2017, que institui prazo para adequação da carga horária do profissional médico das Equipes de Saúde da Família;

Considerando o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica;

Considerando a Seção I do Capítulo I do Título II do Custeio da Atenção Básica da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, referente ao

Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família; Considerando a Portaria nº 3.992 GM/MS, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de estabelecer um período de transição para efetivação das regras de composição das equipes de acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica, resolve:

Art. 1º Fica prorrogado, por 6 (seis) meses, a partir da competência SCNES julho de 2018, o prazo para adequação da carga horária do profissional médico das Equipes de Saúde da Família (eSF) Tipo I, II, III, IV e V (Transitória), conforme as regras de composição de equipe estabelecida na atual Política Nacional de Atenção Básica.

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

GILBERTO OCCHI

3.7. PORTARIA GM N. 2.087, DE 17 DE JULHO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a finalidade de aprovar o Manual de Normas Técnicas para Estruturas Físicas de Unidades de Vigilância de Zoonoses

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando os art. 230 a 237 da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que define as ações e os serviços de saúde voltados para a vigilância, prevenção e

controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública;

Considerando a Portaria nº 758/SAS/MS, de 26 de agosto de 2014, que inclui subtipo na tabela de tipos de Estabelecimentos de Saúde do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Considerando a Portaria nº 2.022/GM/MS, de 07 de agosto de 2017, que altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde;

Considerando a Portaria Nº 1.968/GM/MS, de 23 de agosto de 2006 que estabelece a transferência das competências técnicas relativas à gestão do financiamento e definição técnica sobre as Unidades de Zoonoses da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria de Vigilância em Saúde;

Considerando os artigos 374 a 378 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde; e Considerando a necessidade de atualização das normas técnicas referentes à estruturação física das Unidades de Vigilância de Zoonoses, visando à consonância operacional, resolve:

Art. 1º O artigo 233 da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 233.

.....
.....
.....

§ 1º Os estabelecimentos de que trata o “caput” têm por objetivos:

I – gerais: realizar ações, atividades e estratégias de vigilância, de prevenção, de controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública; e

II – específicos: realizar ações, atividades e estratégias de:

a) vigilância, de forma contínua e sistemática, de populações de animais potencialmente ou

sabidamente de relevância para a saúde pública;

b) prevenção, de forma sistemática, de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública; e

c) controle, quando pertinente e necessário, de animais peçonhentos, venenosos, vetores, hospedeiros, reservatórios, amplificadores, portadores, suspeitos ou suscetíveis às zoonoses, quando estes forem de relevância para a saúde pública

§ 2º Os estabelecimentos responsáveis por vigilância de zoonoses pertencentes ao SUS deverão observar o Manual de Normas Técnicas para Estruturas Físicas de Unidades de Vigilância de Zoonoses, disponível no endereço eletrônico

www.saude.gov.br/svs.”(NR)

Art. 2º As normas estabelecidas no Manual de Normas Técnicas para Estruturas Físicas de Unidades de Vigilância de Zoonoses substituem, a partir da data de publicação desta Portaria, as normas apresentadas pelo Manual de “Diretrizes para projetos físicos de unidades de controle de zoonoses e fatores biológicos de risco”, da Fundação Nacional de Saúde, de 27 de fevereiro de 2002.

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

ADEILSON LOUREIRO CAVALCANTE

3.8. PORTARIA GM N. 2.041, DE 17 DE JULHO DE 2018

Altera a Portaria nº 621/GM/MS, de 16 de março de 2018, que atualiza os registros das Portas de Entrada Hospitalar de Urgência da Rede de Atenção às Urgências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 19 da Portaria nº 706/SAS/MS, de 20 de julho de 2012, que institui a Tabela de Incentivos Redes no CNES;

Considerando o Título I – que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, do Livro II, do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Seção I – que dispõe sobre o Financiamento do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências; do Capítulo II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde; Considerando a Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 621/GM/MS, de 16 de março de 2018, que atualiza os registros das Portas de Entrada Hospitalar de Urgência da Rede de Atenção às Urgências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme anexo a esta Portaria;

Considerando a Nota Técnica nº 42-SEI/2018-CGUE/DAHU/SAS/MS; e

Considerando a necessidade de publicizar os incentivos da Rede de Atenção às Urgências, resolve:

Art. 1º Fica alterada a Portaria nº 621/GM/MS, de 16 de março de 2018, que atualiza os registros das Portas de Entrada Hospitalar de Urgência da Rede de Atenção às Urgências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde (CNES), conforme anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A competência inicial dos registros mencionados no caput deste artigo se dará de acordo com a aprovação da Porta de Entrada Hospitalar no Plano de Ação Regional às Urgências, conforme anexo a esta Portaria.

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

ADEILSON LOUREIRO CAVALCANTE

ANEXO

Município	Região de Saúde	Estabelecimento de Saúde	Tipologia	Fundo de Repasse	Portaria de Repasse	Competência inicial
Água Branca	Entre Rios	Hospital Senador Dirceu Mendes Arcoverde	Hospital Geral	Municipal	PORTARIA GM/MS Nº 1.790, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	jul-12
Florianópolis	Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	Hospital Regional Tibério Nunes	Hospital Geral	Municipal	PORTARIA GM/MS Nº 1.494, DE 18 DE SETEMBRO DE 2015	ago-15
Parnaíba	Planície Litorânea	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde	Hospital Geral	Municipal	PORTARIA GM/MS Nº 1.493, DE 18 DE SETEMBRO DE 2015	ago-15
Teresina	Entre Rios	Unidade de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha HUT	Hospital Geral	Municipal	PORTARIA GM/MS Nº 1.790, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	jul-12
União	Entre Rios	Hospital Municipal de União	Hospital Geral	Estadual	PORTARIA GM/MS Nº 525, DE 29 DE MARÇO DE 2016	mar-16

3.9. RDC ANVISA N. 203, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre os critérios e procedimentos para importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe conferem o art. 15, III e IV aliado ao art. 7º, III, e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o art. 53, V, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, resolve adotar a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 12 de dezembro de 2017, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução estabelece os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, nos termos do § 5º, do art. 8º da Lei nº 9.782, de 1999, e do § 5º do art. 7º do Decreto

nº 8.077, de 2013, destinados exclusivamente para uso em programas de saúde pública pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas.

Art. 2º Enquadram-se nos dispositivos desta Resolução os produtos sujeitos à vigilância sanitária a serem adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais.

Art. 3º Poderão ser autorizados para importação, em caráter de excepcionalidade, os produtos sujeitos à vigilância sanitária cujo fármaco e/ou tecnologia se enquadrem em, pelo menos, uma das seguintes situações:

I – indisponibilidade no mercado nacional, bem como de suas alternativas terapêuticas ou produtos usados para a mesma finalidade devidamente registrados, quando existirem;

II – emergência de saúde pública de importância nacional, nos termos do Decreto nº 7.616, de 2011, ou de importância internacional (ESP II), conforme o Regulamento Sanitário Internacional;

III – imunobiológicos integrantes do Programa Nacional de Imunização, adquiridos por meio do Fundo Rotatório para Aquisições de Imunobiológicos da Organização Pan-americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial de Saúde (OMS); ou

IV – doações oriundas de organismos internacionais multilaterais ou agências oficiais de cooperação estrangeira.

§ 1º Para fins desta Resolução, a indisponibilidade no mercado nacional é caracterizada pela incapacidade, temporária ou definitiva, de atendimento à demanda do Sistema Único de Saúde por detentores de registro devidamente regularizados no país.

§ 2º As aquisições de produtos sujeitos à vigilância sanitária para atendimento às situações do inciso II deste artigo poderão ser autorizadas mesmo quando não realizadas por intermédio de organismos multilaterais internacionais.

Art. 4º Os produtos a serem importados em caráter de excepcionalidade devem ser pré-qualificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

§ 1º Quando o tipo de produto não for objeto de programas de pré-qualificação da OMS, poderá ser autorizada a importação mediante a comprovação de registro válido em país cuja autoridade regulatória competente seja membro do Conselho Internacional para Harmonização de Requisitos Técnicos de Produtos Farmacêuticos de Uso Humano (International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use – ICH) e de certificação de boas práticas de fabricação, ou documento equivalente, do país.

§ 2º Nas situações de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, desde que justificada a impossibilidade de atendimento aos requisitos estabelecidos nos caput e § 1º deste artigo, poderá ser autorizada a importação mediante, pelo menos, a comprovação de registro válido no país de origem ou onde é comercializado.

Art. 5º Caberá ao Ministério da Saúde e entidades vinculadas:

I – solicitar, previamente à aquisição dos produtos de que trata esta Resolução, por meio de requerimento eletrônico e de apresentação da documentação pertinente, a expressa autorização da importação, em caráter de

excepcionalidade, informando cronograma pretendido para a importação;

II – atestar, quando for o caso, a indisponibilidade dos produtos a serem importados, bem como de alternativas terapêuticas ou produtos usados para a mesma finalidade, devidamente regularizadas no mercado nacional;

III – verificar prazos de validade e estabelecer mecanismos para garantir condições gerais e manutenção da qualidade dos produtos importados, do transporte ao recebimento e armazenamento;

IV – prestar orientações aos serviços de saúde e pacientes sobre uso e cuidados de conservação dos produtos importados, bem como sobre como notificar queixas técnicas e eventos adversos a eles relacionados;

V – criar mecanismos para a realização do monitoramento pós-distribuição e pós-uso dos produtos importados pelos serviços de saúde e para que os casos de queixas técnicas e eventos adversos identificados sejam informados à Anvisa, por meio dos sistemas de informação adotados; e

VI – responsabilizar-se pelo recolhimento dos produtos importados, em caráter de excepcionalidade, quando determinado pela Anvisa.

Parágrafo único. Para os produtos importados nos termos do § 2º do art. 4º desta Resolução, deverá ser elaborado plano de gerenciamento de riscos, para identificação de problemas decorrentes do uso desses produtos e descrição de medidas a serem adotadas.

Art. 6º Caberá à Anvisa:

I – manifestar-se em até 10 (dez) dias úteis a contar do recebimento da solicitação sobre a importação, em caráter de excepcionalidade;

II – monitorar o perfil de queixas técnicas e eventos adversos associados ao uso dos produtos importados nos termos desta Resolução; e

III – dar a publicidade às solicitações de autorização para importação em caráter de excepcionalidade.

Parágrafo único. Nos casos de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, a manifestação de que trata o inciso I será emitida em até 48 (quarenta e oito) horas a contar do recebimento da solicitação.

Art. 7º A qualquer tempo, a autorização de importação, em caráter de excepcionalidade,

poderá ser modificada, suspensa ou revogada, por razões técnicas e científicas ou com base nas informações provenientes do controle e do monitoramento dos produtos enquadrados nesta Resolução.

Art. 8º O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 9º Os dispositivos desta Resolução não se aplicam aos processos de aquisição iniciados ou pedidos de importação em caráter de excepcionalidade que deram entrada na Anvisa até o início da vigência desta norma.

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

FERNANDO MENDES GARCIA NETO
Republicada conforme decisão da Diretoria Colegiada em Reunião Ordinária Pública – ROP 016/2018, realizada no dia 03/07/2018.

4. ARTIGOS

4.1. A Insegurança Jurídica sobre o Tratamento Legal da Maconha

Por Vladimir Passos de Freitas

O uso da maconha avança na informalidade, porém o tratamento legal da matéria, sob todos os seus vieses, continua indefinido, criando insegurança jurídica aos que se envolvem com a matéria.

Ela, tal qual as drogas em geral, não faziam parte das preocupações do legislador brasileiro. Com efeito, o Código Criminal do Império, que entrou em vigor através de Lei de 16 de dezembro de 1830[i], não continha previsão alguma a respeito, nem sequer fazia menção a crimes contra a saúde.

Da mesma forma o Decreto 847, de 11 de outubro de 1890, editado após a Proclamação da República. Este tinha referência aos crimes contra a saúde, dos quais dispunha no Capítulo III, artigos 156 a 164. Muito embora severo quanto a práticas como o uso de “talismans e cartomancias para despertar sentimentos de odio ou amor” (art. 157), ele nada dispôs sobre o uso ou o comércio de entorpecentes.

Mas quando da edição do Código Penal de 1940, o mundo havia mudado e o legislador fez expressa referência, no artigo 281, ao crime pelo uso de entorpecentes, de variadas formas, punindo-o com “reclusão, de um a cinco anos, e multa, de dois a dez contos de réis”.

Anos depois, o Decreto-lei 385, de 1968,[iv] deu nova redação ao artigo 281, § 1º da lei penal, adicionando o inciso III, punindo o uso com o mesmo tempo de prisão que o tráfico, e multa de 10 a 50 vezes o maior salário-mínimo vigente no país. Sobreveio a Lei 6.368, de 1976[v], que separou em diferentes artigos o tráfico e o uso, punindo o segundo de forma bem menos severa, ou seja, seis meses a dois anos de detenção e multa. Finalmente, em

2006 entrou em vigor a Lei 11.343[vi], a que maior insegurança jurídica trouxe à matéria.

Sobre o uso de entorpecentes a nova lei foi particularmente branda. Sem coragem para tornar o fato atípico, acabou por fazê-lo por vias indiretas ao estabelecer, no artigo 28, incisos I a III, as sanções cabíveis: advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Ora, advertência é mero alerta, quase um conselho, que pode ou não ser aceita. Serviços à comunidade são, na maioria dos casos, um nada jurídico, porque não há servidores públicos encarregados de exercer fiscalização séria sobre a prestação. Comparecimento a programas ou cursos acabam caindo na mesma falta de estrutura do Estado.

Em caso de descumprimento das penas, segundo o § 6º do mesmo dispositivo, poderá o juiz admoestar o infrator e aplicar multa. Admoestar é o que se chamava de “dar um pito” e multa é penalidade inócua, porque não paga transforma-se em execução fiscal, que usualmente também não é quitada.

Mas, o problema maior está na indefinição do que é uso e o que é tráfico de entorpecentes. O primeiro foi implicitamente permitido. O segundo é punido severamente, cinco a quinze anos de reclusão e multa. Então, como é óbvio, todos os traficantes tentam demonstrar que são irremediavelmente viciados e se a quantidade da droga for expressiva, dirão que a compra foi a maneira de tê-la disponível por longo prazo.

Ainda. Como o artigo 33, § 3º dispõe que “oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para

juntos a consumirem” é apenado com apenas seis meses a um ano de detenção e multa, óbvio que esta também é uma boa alternativa para quem se acha traficando.

O Instituto Igarapé fez uma tentativa válida de estabelecer quantidades que serviriam de orientação à magistratura, principalmente ao STF no julgamento do Recurso Extraordinário n. 635.659, que sustenta a inconstitucionalidade do crime de uso de drogas. Uma Comissão de Especialistas, focando nas drogas mais usadas, maconha, crack e cocaína, ofereceu três hipóteses alternativas como critérios de referência para consumo per capita.[vii] Para maconha em gramas, o cenário 1 é de 25 g, o 2 de 40 g e o 3 de 100g.

No entanto, a sugestão não foi levada em conta e a falta de critérios faz com que se um acusado estiver sob julgamento em um Juizado Especial Criminal, por possuir 50 gramas de maconha, pode ser considerado consumidor. No Juizado ao lado, traficante, tudo a depender de quem é o juiz e qual a sua visão sobre o assunto. O mesmo poderá ocorrer em outras instâncias e Tribunais, inclusive no STJ e no STF. Uma loteria jurídica.

A inércia legislativa poderia facilmente ser suprida pela jurisprudência dos Tribunais. Bastaria fixar os parâmetros em uma Súmula. Preferencialmente, no STJ. Mas, na ausência de definição por esta Corte Superior, também os TJs poderiam suprir a falta de critérios claros, ainda que houvesse o risco de posterior revogação da Súmula por entendimento diverso do STJ ou STF.

O uso medicinal da maconha para doenças com epilepsia e Parkinson, é outro aspecto que não avança. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, reconheceu a maconha como planta medicinal, incluindo-a na Lista Completa das Denominações Comuns Brasileiras (DCB).[viii] No entanto, isto não autoriza o plantio para fins medicinais que, nos Estados Unidos da América, é permitido em 29 estados e em Washington D.C.

No Brasil “a alternativa é manter a importação do insumo, um caminho mais caro, burocrático e com menor controle de qualidade, mas que já é permitido”. Todavia, pessoas de baixa renda tem conseguido plantar em casa mediante

autorização judicial. Notícia a mídia que “O juiz Silvio César Arouck Gemaque, da 9ª Vara Criminal da Justiça Federal de São Paulo concedeu salvo-conduto ao designer aposentado, Gilberto Castro (45 anos), para que ele possa plantar até 20 sementes de maconha por mês em sua casa sem sofrer ações de autoridades. Gilberto usa a erva no tratamento de esclerose múltipla”.

Finalmente, registre-se que o plantio da maconha envolve, ainda, interesses econômicos vultuosos. Uma verdadeira indústria desenvolveu-se nos Estados Unidos nas sete unidades federativas que admitem tal prática, inclusive para fins recreativos. Segundo a mídia, era esperado com a venda legal de maconha um investimento de “US \$ 9,7 bilhões na América do Norte em 2017, de acordo com um relatório da Arcview Market Research”.[xii]

O mercado econômico é tão promissor que empresas que exploram o plantio de maconha já têm ações na Bolsa de Valores. Consta que “as ações da Tilray produtora canadense de cânabis, estrearam nesta quinta-feira (19) com alta de 32% na Nasdaq, o mais recente esforço da indústria da maconha para entrar no mercado financeiro convencional”.[xiii]

O tema tem muito mais a ser discutido. Aspectos de saúde pública, direito individual ao próprio corpo, direito social sobre os reflexos físicos e psicológicos dos usuários, vez que se refletem economicamente na Previdência Social, efeitos econômicos do uso da maconha por expressiva parcela da população, vez que uma das críticas é a de que os usuários ficam com reflexos mais lentos, aplicação (ou não) do pragmatismo norte-americano explorando economicamente o plantio e tantos outros.

Em suma, sem assumir qualquer posição definitiva sobre qualquer das facetas do tema ora exposto, sublinho a necessidade do Brasil fixar posição diante do tema. A omissão gera insegurança jurídica, decisões judiciais contraditórias e uso medicinal restrito a um pequeno grupo que pode promover a importação ou se valer do Poder Judiciário.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-22/inseguranca-juridica-tratamento-legal-maconha>

4.2. 20 anos da Lei Federal 9.637/98: avanços e retrocessos na relação com OSs da saúde

Por Daniel Bulha de Carvalho

A parceria entre entidades públicas e privadas para a assistência de serviços essenciais à coletividade não é algo novo no Brasil. Remontam à época da colonização nos cuidados à saúde e educação, principalmente com participação ativa das entidades religiosas.

Na verdade, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, mais intensamente, a partir do final da última década do século passado, ocorreram mudanças em nosso ordenamento jurídico com o objetivo de implantar estruturalmente no Brasil o modelo da denominada “administração gerencial” em substituição ao padrão tradicional até então estabelecido na administração pública.

A proposta de implantação do modelo de administração gerencial foi delineada no Brasil pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, um estudo elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado e aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em setembro de 1995. Também vulgarmente conhecido como Plano Bresser Pereira, o modelo ali delineado se apresenta como um contraponto aos outros modelos histórica e tradicionalmente existentes, pelo qual a reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação dos serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações. A diferença existencial encontra-se na forma de controle, que deixa de se basear nos processos para se concentrar nos resultados.

E foi ainda durante a tramitação da Emenda Constitucional 19/1998, o mais importante legitimador do supramencionado modelo, conhecida como emenda da “reforma administrativa”, que adveio a Medida Provisória 1.648-7, de 23 de abril de 1998, convertida posteriormente na Lei Federal 9.637, de 15 de maio de 1998, que estabeleceu no plano nacional a figura jurídica das Organizações Sociais, que nos 20 anos de sua vigência, completados recentemente, vem trazendo avanços na prestação dos serviços de saúde, porém também enfrentado alguns retrocessos no decorrer de sua existência.

Em que pese o incontestável avanço na área da saúde com a consolidação das Organizações Sociais, o que se tem observado, na prática, é um nítido e gradual retrocesso no controle exercido pelos órgãos internos e externos, ampliando as exigências nos procedimentos meios e, conseqüentemente, prejudicando os resultados e majorando os custos, ceifando as finalidades precípuas desse tipo de parceria público-privada.

As origens do contrato de gestão no Direito brasileiro, vinculado à prestação de serviços públicos de saúde, inicia-se com a experiência da Fundação das Pioneiras Sociais, em que a Lei Federal 8.246, de 22 de outubro de 1991, autorizou ao Poder Executivo celebrar contrato de gestão com a referida entidade, com atuação restrita à área da saúde e gestão supervisionada pelo Ministério da Saúde.

Essa positivação do contrato de gestão, em uma parceria público-privada na gestão da saúde, foi fruto da ideia neoliberal promovida fortemente à época sobre o “Estado mínimo”, segundo a qual o Estado será sempre menos eficiente do que o setor privado, devendo, portanto, atuar tão somente onde seja indispensável. Há no modelo um nítido foco na obtenção de resultados com conseqüente redução dos controles das atividades-meio.

Observem que desde sua origem “piloto”, conforme experiência aqui narrada, o contrato de gestão foi delineado com vistas a permitir à entidade contratada plena autonomia administrativa fundamentada na economicidade e eficiência, cujos critérios de controle se pautariam na avaliação do retorno obtido com a aplicação dos recursos públicos, ou seja, com avaliação baseada nos resultados.

E foi o êxito dessa experiência que serviu de inspiração para a criação da Lei Federal 9.637/98, que encontrou um ambiente legal propício para institucionalizar e inserir no ordenamento jurídico pátrio a gestão dos serviços públicos de saúde pelas entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas pelo poder público como Organizações Sociais, através de contratos de gestão, com estrita observância às diretrizes estabelecidas pelo SUS.

A caracterização dessas entidades parceiras (entes de cooperação) é dada com precisão por

um dos mais respeitados doutrinadores do tema:

“Os “entes de cooperação” são pessoas jurídicas de Direito Privado ocupadas com a satisfação de atividades de relevância pública ou de interesse social, fomentadas ou financiadas pelo Poder Público, submetidas a especial controle administrativo, mas não encartadas na Administração direta ou indireta do Estado” (MODESTO, Paulo. “Convênio entre entidades públicas executado por fundação de apoio – Serviço de Saúde – Conceito de serviço público e serviço de relevância pública” in RTDP – Revista Trimestral de Direito Público, nº 28, Malheiros Editores, São Paulo, 1999, p. 117)

Ou seja, mais do que pessoas jurídicas de direito privado atuando em parceria e cooperação com o poder público na execução de serviços públicos essenciais, é mister que a aludida relação jurídica esteja condicionada a um especial controle administrativo, que, como dito, se fundamentará nos resultados e na economicidade dos recursos públicos transpassados, dentro dos critérios definidos no contrato de gestão.

Todavia, essa autonomia administrativa inerente à finalidade das Organizações Sociais tem encontrado, na prática, fortes resistências dos órgãos de controle quanto (i) ao reconhecimento prático de sua existência e (ii) o livre exercício gerencial dela decorrente com vistas a tornar o objeto da parceria mais eficaz e econômico.

As entidades parceiras, como as Organizações Sociais, não perdem sua condição precípua de pessoa jurídica de direito privado na liberdade de gestão de seus objetivos estatutários, ao contrário, foi a manutenção dessas características que permitiu o êxito na prestação de serviços públicos de saúde, o que estimulou rapidamente os legisladores de outros entes federativos a positivarem esse modelo de parceria público-privada após a edição da Lei Federal 9.637/98.

E, neste ponto, tem-se mostrado contraproducente na prática executória desses contratos a intervenção dos órgãos contratantes nos aspectos gerenciais da entidade, mitigando sua capacidade administrativa de tornar mais eficiente e mais econômica a prestação dos serviços.

A bem da verdade, a participação de membros do Poder Público no Conselho de Administração dessas entidades como requisito para sua qualificação procurou

suplantar a necessidade de controle rígido dos atos de gestão da entidade como ocorre em outros ajustes públicos, focando o controle interno nos resultados.

A garantia do exercício pleno da autonomia administrativa ora expressa nos textos legais que disciplinam a atuação das Organizações Sociais é elemento basilar para a retomada ascendente dos avanços que tais parcerias têm proporcionado na área da saúde.

É importante aclarar que a defesa da autonomia das Organizações Sociais e o foco no controle dos resultados não implica em defender o descontrole estatal, tampouco defender a privatização dos serviços de saúde, mas, sim, a defesa de um mecanismo que, pensado há mais de 20 anos, ainda nos tempos atuais encontra resistências que impossibilitam sua efetividade plena e, por conseguinte, uma avaliação mais precisa de seus benefícios ao sistema nacional de saúde.

A experiência nacional já comprova a aptidão de tal modelo na racionalização de despesas decorrentes da expertise adquirida pelas entidades no desempenho das atividades assumidas e pelo modelo de gestão privado balizador de suas ações, mesmo com toda insegurança jurídica que ainda permeia tal relação.

Com a efetiva autonomia de gestão à entidade qualificada como Organização Social, controle das metas e resultados levado a cabo pelos órgãos contratantes, o adimplemento dos órgãos contratantes no decorrer da execução contratual e um controle externo eficiente, não há dúvidas de que o modelo que contribui com os avanços já consolidados no sistema único de saúde trará ainda maiores contribuições à efetivação do acesso universal e gratuito à saúde, direito fundamental esculpido em nossa Carta Cidadã.

“Art. 3º Competirá ao Ministério da Saúde supervisionar a gestão do Serviço Autônomo Associação Sociais, observadas as seguintes normas:

[...]

III - observado o disposto nesta lei, o Ministério da Saúde e a Secretaria da Administração Federal definirão os termos do contrato de gestão, que estipulará objetivamente prazos e responsabilidades para sua execução e especificará, com base em padrões internacionalmente aceitos, os critérios para avaliação do retorno obtido com

a aplicação dos recursos repassados ao Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, atendendo ao quadro nosológico brasileiro e respeitando a especificidade da entidade;

[...]

V - a execução do contrato de gestão será supervisionada pelo Ministério e fiscalizada pelo Tribunal de Contas da União, que verificará, especialmente, a legalidade, legitimidade, operacionalidade e a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades e na consequente aplicação dos recursos repassados ao Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, que será avaliada com base nos critérios referidos no inciso III deste artigo; VI - para a execução das atividades acima

referidas, o Serviço Social Autônomo Associações das Pioneiras Sociais poderá celebrar contratos de prestação de serviços com quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, sempre que considere ser essa a solução mais econômica para atingir os objetivos previstos no contrato de gestão, observado o disposto no inciso XV deste artigo.”

A doutrina brasileira também denomina como contrato de gestão aquele que, apesar de objetivo análogo a este, é firmado exclusivamente entre entidades públicas, nos termos previstos no artigo 37, parágrafo 8º da CF, incluído pela Emenda Constitucional 19/98.

Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-01/daniel-carvalho-avancos-retrocessos-relacao-oss-saude>

5. PRODUTIVIDADE CAODS

5.1. Produtividade CAODS – JULHO/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	8	(02/07 a 31/07)
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)	73
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.	3
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	20
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	41
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	5
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.3 Representações oriundas de atendimentos ao público	2
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	8
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	52
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	72
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	6
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	5 OUTROS - 5.1 Atendimentos ao público	2
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 – AGOSTO/2018

Ministério Público do Estado do Piauí
IMAGEM DO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO

2018

CIDADE	ÓRGÃO	MES	(01/08 a 31/08)
TERESINA	CAO DE DEFESA DA CIDADANIA E DA SAÚDE	9	
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)	79
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.	1
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	7
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	1 APOIO AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 1.6 Elaboração de outros atos	6
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.1 Subsídios doutrinários, legislativos e jurisprudenciais	41
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.2 Relatórios de auditorias, inspeções, autos de infração e outros	1
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.3 Representações oriundas de atendimentos ao público	8
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	2 REMESSA AOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO - 2.4 Notícias veiculadas em jornais e outros	6
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.1 Expedidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	72
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	3 CORRESPONDÊNCIAS - 3.2 Recebidas (ofícios, e-mails, memorandos e fax)	40
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	4 EVENTOS - 4.2 Participações em reuniões	15
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	6
CAO DE DEFESA DA SAÚDE	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAO	5 OUTROS - 5.1 Atendimentos ao público	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