

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM**

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

CLENIR SANI AVANZA

**JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
SURGIMENTO, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS**

VITÓRIA

2017

CLENIR SANI AVANZA

**JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
SURGIMENTO, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz

VITÓRIA

2017

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Avanza, Clenir Sani.
A277j Judicialização das políticas públicas de saúde : surgimento, causas e
consequências / Clenir Sani Avanza. – Vitória: EMESCAM, 2017. 118 p.: il.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Albenes de Mendonça Cruz.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2017.

1. Direito à saúde. 2. Judicialização – políticas de saúde. 3. Acesso à
justiça.
4. Cidadania. 5. Direito social à saúde. I. Cruz, Cesar Albenes de Mendonça.
II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDU: 364:614

CLENIR SANI AVANZA

**JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
SURGIMENTO, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM - como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Aprovada em 28 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cesar Albenes de Mendonça Cruz
Orientador – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória._ EMESCAM

Prof.^a Dr^a Raquel de Matos Lopes Gentilli
Escola Superior de ciências a Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM

Prof. Dr. Alexandre Reis Rosa
Universidade Federal do Estado do Espírito Santo- UFES

DEDICATÓRIA

Ao Senhor Jesus Cristo, Senhor da minha existência e autor da minha fé, que a cada manhã me levanta renovando as minhas forças e esperanças num mundo mais igual. A Ele o reconhecimento da minha alma por cada conquista na passagem por este mundo. Ao meu pai Agostinho Sani e a minha mãe Hermogenea Lyra Sani que me ensinaram o valor da fé e da resiliência. Aos meus filhos e amigos queridos, que me fazem alvo de afetos e pertencimentos a círculos de conhecimentos de produções solidarias.

AGRADECIMENTOS

A memória do coração é a gratidão, por isso, externo aqui os meus agradecimentos ao professor Cesar Albenes de Mendonça Cruz e a professora Ilza Bitran, pela oportunidade a mim concedida nesse curso de mestrado. Não poderia esquecer a minha orientadora inicial professora doutora Maria Diana Sales e a professora Raquel de Mattos Gentilli. Foram muitos debates e dúvidas sanadas e tantas outras suscitadas. Também expresso a minha gratidão e agradecimento ao professor e juiz federal Clenio Jair Schulze e ao Desembargador Federal João Pedro Gebran Neto, que contribuíram e influenciaram fortemente a linha de pesquisa por mim trilhada. A secretária do mestrado Yara Mussiello que tantas vezes me alertou quanto ao prazo de conclusão deste trabalho. Aos meus três filhos, por me permitir tirar tempo das tarefas de mãe, para ler, estudar e escrever. Aos queridos colegas de turma e em especial a Alexandre Machado e Ziele Rocha sempre presentes quando as dificuldades se apresentavam. Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que eu vencesse e concluísse mais esta etapa de aprendizagem em minha existência.

O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A
sabedoria se aprende com a vida e com os humildes.

Cora Coralina

RESUMO

Esta dissertação analisou o fenômeno da Judicialização das políticas de saúde em vários aspectos, com atenção especial ao surgimento da judicialização das políticas de saúde. Buscou responder as perguntas; em que momento e o que motivou o cidadão a procurar o judiciário para fazer valer o seu direito de acesso aos serviços de saúde? Será necessário usar a força coercitiva do Estado Juiz para que o cidadão receba o que o próprio Estado prometeu entregar? Será o Estado obrigado a entregar o que não prometeu, isto é, o que não se encontra na Lei 8080? Levantando fatos e cortes histórico se buscou identificar as causas da crescente demanda judicial por obtenção de serviços, medicamentos e tratamentos de saúde. Sua base teórica esta firmada na Carta Constitucional de 1988, considerada a Constituição Cidadã, que incorporou o direito à saúde como direito fundamental de todos cidadãos. Seu objetivo geral analisou criticamente as causas, motivações que impulsionam o crescimento da Judicialização e as consequências e impacto que esta prática ocasiona na gestão pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos específicos foram a identificação do que é Judicialização das políticas de saúde e a diferenciação entre políticas de saúde e a identificação do nascimento enquanto direito a ser exigido das políticas públicas de saúde, relacionadas à garantia da universalização, a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados e a regionalização dos serviços. Procurou-se também identificar as principais causas do aumento das ações judiciais na saúde, as políticas e formas de financiamentos e repasses ao SUS e por fim as consequências, causas e impactos da Judicialização.

O método empregado foi a pesquisa com abordagem quantitativa, observacional de caráter exploratório de corte transversal (*Cross section*), envolvendo a pesquisa bibliográfica para criação de base teórica, e pesquisa documental, na qual foram avaliados os números de ações judiciais, através dos sites oficiais dos Tribunais de justiça, Tribunal de Contas da União, Procuradoria-Geral da União e Portal da Transparência, jornais e revistas. O estudo dos conceitos envolvidos com o tema foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica onde foram identificados os conceitos de saúde, Direito, SUS, Orçamento/Financiamento e Judicialização.

Esse projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EMESCAM, sob o número de protocolo: 3347 em junho de 2015 e foi aprovado. Essa pesquisa traz risco mínimo, pois não trará complicações legais e os dados são públicos. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade, ou ao bem-estar físico, emocional, psicológico e moral.

Estabelecida uma formulação geral, centrou-se a pesquisa nas partes do fenômeno com a intenção de identificar as motivações e pensamentos de julgadores das demandas judicializadas. As fontes adotadas, no geral, são as primárias. A dissertação apresenta-se por meio de quatro temas: (1) as transformações do modelo de oferta dos serviços de saúde pública e a sua dispensação obrigatória, através da história das Constituições brasileiras e a aplicação do direito constitucional à saúde; (2) estabelece a diferença entre conceito de saúde e tratamento dos agravos da saúde e de doenças; (3) O movimento sanitário, surgimento do SUS e o financiamento do SUS; (4) Judicialização das políticas de

saúde, surgimento, causas, consequências e impactos nos orçamentos públicos. Os resultados conclusivos são descritos nas Considerações Finais, na qual se assinala a Judicialização das políticas públicas de saúde como resultado das transformações operadas nas esferas jurídicas, políticas e sociais e que resultaram no surgimento de uma sociedade participativa e consciente de seus direitos, e a transformação de um judiciário ativo e atento ao cumprimento dos preceitos de que de acima dos orçamentos está a preservação da vida.

Concluindo com a responsabilidade de se manter fiel às ideias no relato da pesquisa, adotou-se citações diretas, paráfrases e citações mistas, e em todos os casos indicando as fontes de pesquisas e seus autores. Esta dissertação está vinculada ao grupo de pesquisas de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da linha de pesquisa em políticas públicas de saúde, área de concentração fundamentos do direito social a saúde, do Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Palavras-chaves: Acesso à justiça. Direito à saúde. Judicialização.

ABSTRACT

This dissertation, analyzed or phenomenon gives Judicialization gives health policies in several aspects, with special attention to the emergence gives judicialization gives health policies. He tried to answer the questions; at what time and or what motivated or citizen to try or judiciary to assert or their right of access to health services? Is it necessary to use the coercive force of the State Judge so that either citizen receives or that the State itself has promised to deliver? Is it a state obliged to deliver or not promised, that is, or that is not found in Law 8080? Raising facts and historical cuts sought to identify the causes of increasing judicial demand for services, medicines and health care. The specifics were the identification of what is Judicialization of health policies and the differentiation between health policies and the identification of birth as a right to be demanded of public health policies, related to the guarantee of universalization, equity in access to services, Care and the regionalization of services. It also sought to identify the main causes of the increase in lawsuits in health, the policies and forms of financing and onlendings to the SUS, and finally the consequences, causes and impacts of the Judiciary.

The methodology used was a quantitative, observational, cross - sectional, cross - sectional exploratory research, involving bibliographic research to create a theoretical basis, and documentary research, in which the numbers of lawsuits were evaluated through the official websites The Courts of Justice, TCU, PGU and Transparency Portal, newspapers and magazines. The study of the concepts involved with the theme was developed through a bibliographic research where the concepts of health, Law, SUS, Budget / Financing and Judicialization were identified.

This project was presented to the Ethics and Research Committee (CEP) of EMESCAM, under protocol number: 3347 in June 2015 and was approved by the same. This research carries minimal risk, as it will not bring legal complications and the data are public. The procedures adopted in this research will obey the Criteria of Ethics in Research with Human Beings according to Resolution no. 466/2012 of the National Health Council. None of the procedures used poses risks to dignity, or to physical, emotional, psychological and moral well-being.

Having established a general formulation, the research was focused on the parts of the phenomenon with the intention of identifying the motivations and thoughts of judges of the lawsuits. The sources adopted, in general, are the primaries. The dissertation is presented through four theme: (1) the transformations of the public health service provision model and its mandatory dispensation, through the history of the Brazilian Constitutions and the application of the constitutional right to health (2) establishes the Difference between health concept and treatment of health and illness diseases; (3) The health movement, the emergence of the SUS and the financing of SUS, (4) Judicialization of health policies, emergence, causes, consequences and impacts on public budgets. The conclusive results are described in the Final Considerations, in which the Judicialization of public health policies as a result of the transformations carried out in the legal, political and social spheres is pointed out, resulting in the emergence of a more participatory and conscientious society. Transformation of an active judiciary and attentive to the fulfillment of the precepts that from above the budgets is the preservation of life.

Concluding with the responsibility of remaining faithful to the ideas in the research report, direct citations, paraphrases and mixed citations were adopted, and in all cases indicating the sources of research and their authors. This dissertation is linked to the Public Policies and Local Development research group, the line of research in public health policies, the area of concentration of the social rights to health, of the Strictu Sensu Postgraduate Program of the Santa Maria School of Sciences Mercy House of Victory - EMESCAM.

Keywords: Access to justice. Right to health. Judicialization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. JUDICIALIZAÇÃO - Evolução no ES.....	43
Figura 2. JUDICIALIZAÇÃO - Por Região de Saúde.....	44
Figura 3. JUDICIALIZAÇÃO - Municípios que mais judicializam.....	45
Figura 4. JUDICIALIZAÇÃO - Por Tipos de Mandados.....	46
Figura 5. JUDICIALIZAÇÃO - Mandados Judiciais.....	46
Figura 6. JUDICIALIZAÇÃO - Por Tipo de Mandados.....	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	SAÚDE, CONCEITO E DIFERENÇAS ENTRE TRATAMENTO AOS AGRAVOS DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	18
2.1	CONCEITO E DIFERENÇAS	18
2.2	FATORES QUE DETERMINAM A SAÚDE E OS FATORES QUE DETERMINAM O TRATAMENTO DE DOENÇAS.....	19
3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A REFORMA SANITARISTA.....	22
3.1	OITAVA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, INFLUÊNCIA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	22
3.2	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS FASES QUE O ANTECEDERAM.	24
3.3	PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS - EDIÇÃO DA LEI 8080.....	25
3.4	FINANCIAMENTO DA SAÚDE PREVISTO NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA.....	26
3.4.1	Emenda Constitucional Nº 29 de 13 .09. 2000.....	27
4	A SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS.....	30
4.1	O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A SAÚDE ENQUANTO DIREITO.	30
5	SURGIMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	34
5.1	JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E PRINCIPAIS CAUSAS.....	38
5.2	NÚMEROS E CUSTOS DA JUDICIALIZAÇÃO.....	40
5.3	CUSTO FINANCEIRO DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL.....	40
5.4	A RESPONSABILIDADE E A COMPETÊNCIA DO ESTADO, UNIÃO E MUNICÍPIO.....	41
5.5	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS....	48
7	REFERÊNCIAS.....	53
8	ANEXO - LEGISLAÇÃO.....	57

1. INTRODUÇÃO

A garantia Constitucional de Direitos sociais e o acesso de litigar no Sistema de Justiça brasileiro surgiram da inclusão e reconhecimento da importância dos direitos coletivos e individuais no texto legal. Somente no último século os direitos sociais passaram a ser protegidos e exigidos pelo Estado, que começou a regulá-los através da CF de 1824. No início, de forma facultativa, e, depois, de forma obrigatória, os conflitos de interesses passaram a ser resolvidos ou intermediados pelo Estado.

Após a aplicação da teoria da repartição dos Poderes Legislativos, Executivo e Judiciário, contida na obra de Montesquieu, no Século XVII, intitulada “Espírito das Leis”, o Estado passou a ter a competência do poder de aplicar e dizer o Direito, a regular as relações sociais e a deter o monopólio da jurisdição.

Assim podemos afirmar que a garantia constitucional do acesso à justiça nasceu de uma necessidade social e foi elencada dentre os direitos e garantias fundamentais da Constituição Federal de 1988.

Essa garantia é também denominada de Princípio da Inafastabilidade da jurisdição e é retratada no art. 5º, inciso XXXV da Constituição Federal de 1988: “(...) a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito.”

Passou a ser considerado direito exigível por todos os direitos fundamentais sociais como o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a partir da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, em seus artigos 6º e 196º;

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Entretanto, a prestação de serviços públicos de saúde não tem sido próxima do que expressa a Carta Constitucional de 1988. Percebe-se a insatisfação dos usuários desses serviços, através das inúmeras pesquisas de opinião, vide IBOPE/CNI, em 2013, 2014 e 2015 exibidos nos veículos de comunicação, jornais e revistas, em que a saúde aparece com a pior avaliação e retratam ainda o caos na gestão pública da saúde, o descaso com as queixas dos pacientes, as péssimas

condições de trabalho dos profissionais, falta de medicamentos e materiais necessários, e atendimento indigno e ineficaz.

Soma-se a isso, as epidemias de gripes, o envelhecimento da população, a poluição em alta escala promovendo o desequilíbrio da cadeia biológica humana e animal, ausência de saneamento básico e políticas de prevenção ambiental.

Esse contexto tem levado os pacientes desassistidos, a procurar as instâncias judiciárias para conseguir acesso aos serviços de saúde ou mesmo para garantir o que foi contratado pelo plano de saúde.

Passou então a ser percebido pelos gestores públicos e também pelo judiciário o crescente número de ações requerendo a entrega da prestação dos serviços públicos de saúde.

Um forte fator para o crescimento da busca por socorro ao judiciário é o déficit do custeio das políticas públicas de saúde e o baixo investimento em equipamentos de assistência a saúde, que promovem verdadeiras batalhas judiciais coletivas e individuais.

O Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Celso de Mello, afirmou no RE nº 581.352 AGR/AM,

(...) “é preciso intervenção judicial diante da omissão do Poder Público quando se trata de prestação de serviços garantidos no texto Constitucional”. (MELLO, 2013).

Outro motivo que impulsiona o aumento das ações é a crise econômica e política instalada no Brasil nas últimas décadas, que tem tido impacto significativo no orçamento público da saúde, promovendo cortes importantes e fechamento de unidades de atendimentos hospitalares, deixando a população desassistida e agravando o quadro de doenças.

Ao longo dos últimos anos, tem-se acompanhado o sucateamento da saúde pública no Brasil. Em todos os aspectos e em todos os níveis. Diante dessa situação, o cidadão, hoje mais consciente e conhecedor de seus direitos, tem buscado a tutela jurisdicional, como forma de receber o tratamento e, ou, outros

procedimentos necessários à manutenção de seu bem-estar, que lhe garantam a vida. Nesse sentido, afirma Barroso (2009):

A Judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política. (BARROSO, 2009).

No entanto, no contraponto da Judicialização encontramos o alerta de Wang (2009), pesquisador e professor de Direitos Humanos da *London School of Economics*, que faz uma contestação preocupante com relação ao princípio da igualdade e a escassez de recursos da saúde:

O litígio de saúde no Brasil está fazendo o sistema público de saúde menos justo e racional. Os tribunais estão criando um sistema público de saúde de dois níveis - um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. (WANG, 2009).

O cidadão, usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), vem, de maneira sistemática, sendo acusado de causar desequilíbrio no orçamento da saúde, quando vai ao judiciário em busca da prestação dos serviços de saúde garantida pela Constituição de 1988 e prometida pelo Estado através de suas políticas públicas.

O desafio de cumprir o preceito constitucional de garantir direitos fundamentais a todos os cidadãos, continua sendo uma tarefa imensa e difícil. Mesmo após mais de 25 anos de promulgada a Constituição de 1988, ainda persiste a necessidade da atuação do judiciário e operadores do direito, em prol da efetividade da prestação dos serviços decorrentes desse direito.

Os dados demográficos da demanda da prestação dos serviços de saúde, através das estimativas publicadas no Diário Oficial da União indicam que o Brasil abrigava, em 1º de julho de 2016, 206.081.432 milhões de habitantes, distribuídos em 5570 municípios, numa extensão territorial de 8.515.767,049 km², (publicado no DOU nº 118 de 22/06/2016, conforme Resolução Nº 02, de 21 de junho de 2016).

Isto significa que os usuários do sistema de saúde brasileiro são 206.081.432 milhões de pessoas das mais variadas faixas etárias e distribuídas em diferentes regiões e localidades, onde o financiamento da saúde permanece defasado por quase uma década.

Portanto, podemos deduzir através dessa rasa análise de demografia que estamos diante de demandas constitucionais exigíveis ilimitadas e recursos financeiros limitados e insuficientes.

Somam-se a esses fatores os desvios de toda ordem, inclusive, desvios provocados por *lobbys* da indústria de medicamentos e laboratórios e as gestões temerárias e ineficientes.

O recente Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado de “O Financiamento da Cobertura Universal”, afirma que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência. Apenas em países desenvolvidos a fraude e outras formas de desperdícios podem representar um custo estimado de US\$ 12 a US\$ 23 bilhões por ano para os governos (OMS, 2017).

Dados da Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde demonstram que dos US\$ 5,3 trilhões das despesas globais em saúde, aproximadamente US\$ 300 bilhões são perdidos para os erros e para a corrupção.

No Brasil, não é diferente. As notícias públicas de diversas operações e prisões de gestores públicos, a partir do ano de 2014, por desvios e fraudes em recursos públicos tem demonstrado o quanto essa prática é nociva a saúde brasileira.

Diante desse contexto, resta somente ao cidadão utilizar o seu direito de demandar em juízo pela prestação dos serviços necessários que lhe garantam o direito e acesso aos serviços de saúde.

Importante entender e identificar os motivos de seu surgimento e as causas que levam ao crescimento da judicialização e o seu provável impacto nos orçamentos das Secretarias de saúde. E como tudo é preciso conhecer quais os conceitos adotados por saúde e a diferença entre prevenção, promoção e tratamento.

Também para exigir, é preciso identificar o que o Estado se comprometeu a entregar e quais as formas e métodos de entrega destes serviços de políticas públicas de saúde contidas na Lei 8080 de 1990.

2. SAÚDE, CONCEITO E DIFERENÇAS ENTRE TRATAMENTO AOS AGRAVOS DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 CONCEITO E DIFERENÇAS

É preciso diferenciar o que é saúde, da prevenção e tratamento a agravos de doenças. As práticas das políticas públicas se organizam em torno do conceito de doenças e se definem como responsável pela promoção da saúde. Dois fatores absolutamente dissociados. A vida humana se apresenta através de várias manifestações e a saúde e a doença são algumas delas.

Saúde e doença são manifestações diversas e que exigem tratamentos e políticas diferenciadas. Não se consegue delimitar a saúde enquanto objeto, porque a saúde não é objeto. A declaração de Nietzsche em 1983, mostra que há ainda um longo caminho a percorrer:

Ainda estou à espera de um médico filosófico, no sentido excepcional da palavra - um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar -, terá uma vez o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo o filosofar até agora nunca se tratou de 'verdade', mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida. (NIETZSCHE, 1983, p. 190).

Reproduzimos aqui parte do texto da pesquisadora Czeresnia (2003), da Fiocruz, que diferencia prevenção em saúde de doença e saúde:

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. 'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clarck, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersectorial (Terris,

1990). Tal como a própria medicina, a saúde trata, como afirma a citação de Nietzsche feita anteriormente, não de 'verdade', mas de "(...) futuro, crescimento, potência e vida" (1983: 190). Essa questão é estrutural à constituição do campo da saúde pública e está na origem do que se denomina a sua 'crise'. Para compreender o que diferencia prevenção e promoção da saúde, esse aspecto é fundamental, pois situa o contexto das transformações contemporâneas do discurso _ saúde pública. As transformações discursivas envolvidas não são somente internas à lógica do discurso científico, mas recolocam, em especial, os limites e os sentidos do conhecimento produzido na configuração das práticas de saúde e, por consequência, na elaboração dos programas de formação profissional. Trata-se da proposta de uma forma inovadora no que se refere a utilizar a racionalidade científica para explicar o real e, em particular, para agir. (CZERESNIA, 2003, p. 39).

2.2 FATORES QUE DETERMINAM A SAÚDE E OS QUE DETERMINAM O TRATAMENTO DE DOENÇAS

Os principais fatores que determinam a saúde, são diferentes dos fatores do sistema de tratamento de doenças. Em *Ottawa* durante a Conferência internacional de Promoção à Saúde, a declaração oficial do discurso sanitarista, descreveu a saúde como resultado de condições de alimentação, renda, educação, justiça social, moradia e saneamento básico entre outros. Fatores esses não tratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na prevenção dos agravos de doenças.

A 8ª Conferência Nacional de saúde, realizada no Brasil em 1986, adotou amplamente a conceituação do discurso sanitarista já proferido em *Otawa*:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida E acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL/MS, 1986).

Através da evolução da saúde pública, George Rosem (1984), em uma de suas citações discorreu que:

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária, como o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. (ROSEN, 1984, p. 31).

A importância e a inter-relação de cada um desses problemas, evoluiu no tempo e se transformou em um procedimento da saúde pública como vemos hoje. A pesquisadora e escritora Ieda Cury (2005), registrou a evolução da necessidade das prestações dos serviços de saúde, que é importante conhecer:

(...) A reunião de certas comunidades que se esforçavam em aplicar uma política de saúde era usualmente indicada pela expressão "saúde pública". Tais políticas comunitárias de saúde se esforçavam, por exemplo, na prevenção de doenças, no prolongamento da vida e na promoção do bem-estar, nos esforços de sanitização do ambiente, no controle das infecções, na educação sobre os princípios de higiene, na organização dos serviços médicos e de enfermagem para propiciar um diagnóstico mais rápido e preventivo no tratamento de doenças e no desenvolvimento de mecanismos sociais que visassem assegurar um padrão de vida adequado à manutenção da saúde... Através dos anos, as civilizações se conscientizaram de que a correta sanitização seria o principal fator para se melhorar a saúde humana. Foram tomadas diversas medidas para melhorar a higiene, especialmente nas cidades. A preocupação dos governantes com a água e com os dejetos, associando-os à saúde das populações, data da Antiguidade. A primeira atividade sanitária encontrada ao longo da história foi a construção de sistemas de suprimento e drenagem de água no antigo Egito, na Índia, na civilização creto-micênica, em Tróia e na sociedade inca. (...). Entre as glórias de Roma, esteve a criação de serviços públicos de saúde, sob a administração de Augusto, em um sistema administrativo eficiente que continuou a funcionar mesmo quando o Império decaiu e se desintegrou. (CURY, 2005, p. 95).

Entendendo o surgimento das iniciativas da prestação dos serviços públicos, conseguimos mensurar que a maior conquista para a saúde da humanidade foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU, 1949):

Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família, a saúde e o bem-estar, principalmente quanto a alimentação, ao vestuário, ao alojamento, a assistência médica e aos serviços sociais necessários, e o direito a segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias alheias a sua vontade. (ONU, 1949).

Essas diretrizes foram incorporadas ao SUS, como a universalidade, a equidade ao acesso dos serviços, à integralidade dos cuidados e a regionalização dos serviços.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL. A REFORMA SANITARISTA

Há pelo menos meio século que as políticas públicas de saúde são centros de importantes discussões. Entre o fim do séc. XIX e início do séc. XX, surgiram as campanhas sanitárias, coordenadas pelo sanitarista Oswaldo Cruz. Essas campanhas eram controversas e envolviam grandes demandas conceituais entre os pesquisadores da época. Impulsionado por essas discussões foi criado o Ministério da Saúde e Educação em 1953, que evoluiu em seguida para Ministério da Saúde e Saneamento.

Nesse período o sistema de saúde brasileiro, vivia uma profunda crise de má distribuição e ineficiência dos serviços. Jairnilson Silva Paim, descreve em seu livro *O que é o SUS* (2009):

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.32).

Surge então, no fim da década de 1970, o que se chamou de movimento sanitarista, uma imensa rede de pesquisadores, estudantes, profissionais da saúde e a sociedade civil. Foi um movimento que se opunha de forma técnica, científica e política, as diretrizes de saúde do regime militar. Esse movimento originou a Reforma Sanitarista Brasileira.

Em 1987, foi criado o Conselho Nacional de Saúde, através do Decreto N. 93.933. E, a partir de então, o movimento cresceu e se contrapôs ao sistema de saúde praticado à época.

3.1 OITAVA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Em março de 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram delineados os princípios e organização do que viria a ser incorporado na Constituição de 1988. Essa conferência foi precedida de várias outras conferências

estaduais em todo o país. O professor Antônio Sergio da Silva Arouca, que era a época presidente da FIOCRUZ, coube a presidência da 8ª Conferência de Saúde.

Em 1988, a Constituição Brasileira, incorporou nos seus art. 196 e seguintes os princípios que norteariam as políticas públicas de saúde no Brasil, extraídos dos documentos e notas técnicas dessa conferência. E assim, se escreveu na Carta Constitucional Brasileira a tutela à saúde, como garantia fundamental do Direito de todos à vida, com qualidade e dignidade:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A manifestação do STF, acerca desta norma, foi clara na RE 271.286/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 24/11/2000:

PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive

àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. (MELLO, 2000).

Ao observarmos as fases da Reforma Sanitarista Brasileira, percebemos que ainda é um movimento que se encontra em marcha, e a sua história relata, que a implantação do SUS se deu através de uma longa e dura luta entre o direito e a divisão das diversas classes sociais. Participaram desse embate, as universidades brasileiras, pesquisadores, estudantes, sociedade civil e políticos.

3.2 SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS FASES QUE O ANTECEDERAM

A mudança para um sistema universal e igualitário de saúde foi promovida por etapas. A primeira a ser implantada foi o SUDS - Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados.

Em seguida houve a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência (INAMPS), através do Decreto nº 99.060, março de 1990, ao Ministério da Saúde. Sua extinção só se deu em julho de 1993, quando foi transformado no atual sistema de seguridade social, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), criado através do Decreto nº 99.350 de junho de 1990.

Como decorrência de toda essa mobilização social e política, e da incorporação dos princípios contidos na Constituição Brasileira de 1988, se elaborou em setembro de 1990 a chamada Lei do SUS, a Lei infraconstitucional nº 8.080, e em dezembro do mesmo ano, a Lei 8.142, sendo consideradas como as bases jurídicas legais do Sistema único da Saúde.

Com a implantação do SUS, o resultado mais importante foi a inclusão de todos os brasileiros, excluídos do antigo sistema de saúde.

Importante frisar, que anterior ao SUS, somente os detentores da carteira do INAMPS, tinham acesso ao sistema público de saúde:

Criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o INSS, o INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da

Previdência Social), com a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados com carteira de trabalho ativa. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde (BRASIL/SUS, 2017). Essa lógica permanece nas políticas de saúde de muitos órgãos dos dias atuais.

O movimento sanitário continua nos dias atuais na busca da efetividade da implantação dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde. Em 2009, Paim afirmou que seria necessário que o empenho e cuidado prosperassem:

[...] se na ditadura era preciso coragem para tal exercício; apontar as questões que então comprometiam a exequibilidade do Plano Nacional de Saúde de 1967; na democracia trata-se de um imperativo ético-político. – Um Pacto pela Saúde no Brasil; no entanto, é esse pacto pela saúde que hoje cristaliza da forma mais explícita o “conteúdo atual da reforma sanitária (PAIM, 2009, p. 388).

A busca pelo pacto em favor da saúde no Brasil tem sido árdua e esbarra sempre numa premissa de que é impossível dar tudo para todos.

3.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS - EDIÇÃO DA LEI 8080

Podemos entender o SUS como uma política do Estado Brasileiro quando incorporou na Constituição de 1988 a Saúde como um direito social de Cidadania e um dever do Estado.

O resultado disso numa sociedade capitalista e desigual como a brasileira, onde não há consenso entre as concepções sobre o Estado, público, estatal e privado é preciso entender o que significa cada um dos princípios dessa política de Estado, desenhada como um programa amplo, público da esfera governamental, incluído na Constituição Brasileira de 1988, tendo como baliza os princípios da UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE. Concebido para garantir o acesso universal a toda a população a bens e serviços de forma integral que promovam o bem-estar e saúde de todos.

Em um estudo apurado, Cipriano Maia de Vasconcelos e Dario Frederico Pasche (2006), ensinaram sobre os princípios do SUS.

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema:

[...] A integralidade pressupõe considerar várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação [...]. A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde [...] justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 535).

Tão avançados quanto a linha conceitual de princípios, também foram a delimitação das diretrizes administrativas e políticas desse sistema de saúde, o qual tem o escopo fundado na descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social em todo o território nacional, tendo como norteador os princípios, como explica Roseni Pinheiros (2009):

A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade" (PINHEIRO, 2009, p37).

O SUS tem como proposta fundante, a promoção, proteção, recuperação e prevenção de atividades e ações em saúde para todos em todo o território nacional e é regulamentado pela Lei 8080, que não traz o termo equidade e sim o princípio da igualdade. Esses princípios são identificados como princípios finalísticos. Os princípios estratégicos que descrevem como deve ser operacionalizado o programa e as diretrizes das ações de saúde no SUS são; a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social que se dá através dos conselhos municipais e estaduais.

Como se pode identificar a caracterização dos princípios teóricos, políticos e diretrizes do SUS, é o início de um programa que está em desenvolvimento, com a construção de uma verdadeira rede de serviços que ora acerta em algumas regiões e ora falha em outras tantas.

4.4 FINANCIAMENTO DA SAÚDE PREVISTO NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA

A Constituição Brasileira de 1988, quando elevou o direito à saúde a direito social de cidadania, também modificou o conceito de seguridade, incluindo o conceito de seguridade social, a previdência, a saúde e a assistência social.

Lembramos aqui a lição de Canotilho (1998): “(...) os direitos fundamentais não podem ser subjetiva e objetivamente preteridos, em seu estágio já adquirido” (CANOTILHO, 1998, p. 59).

Foi uma mudança conceitual estruturante e traumática para a gestão pública. Até então, o que existia era um sistema de seguros, que somente atendia às necessidades do processo econômico, beneficiando somente os indivíduos que tivessem vínculo formal com a produção de bens e serviços. Para ter direito à cobertura do seguro de saúde pública, o indivíduo necessitava ter uma carteira de trabalho. Os demais casos eram tratados como indigentes ou incluídos em programas de caridade.

Quando a seguridade, assistência e a previdência social, passaram a ser tratada na Constituição Brasileira, como Direito de todos os cidadãos, também foram estabelecidas as fontes, contribuições e formas de financiamento que se deu através da edição da Emenda Constitucional

3.4.1 Emenda Constitucional nº 29 de 13.09. 2000

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, teve como objetivo assegurar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo, vinculando recursos ao setor saúde. Define no caso da União que o valor mínimo será aquele apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). No caso dos estados e do Distrito Federal, os recursos mínimos serão equivalentes a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios. No caso dos municípios, os

recursos mínimos corresponderão a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais.

A Emenda Constitucional nº 29, foi uma importante conquista do movimento sanitaristas, apoiado pelos conselhos de saúde, universidades, pesquisadores e sociedade civil. Alterou os artigos 34, 35, 156, 160,167 e 198 da Constituição Federal e assegurou recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde.

Apesar de toda a sua importância normativa, a Emenda Constitucional 29, ficou onze anos em vigência provisória, sem regulamentação, de 2000 até 2011. Em 07 de dezembro de 2011, foi sancionada a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamentou a EC29 e estabeleceu em seu artigo 5º, que a aplicação anual realizada pela UNIÃO para todos os serviços de saúde e decorrentes, será o total correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB, produto Interno bruto, do ano anterior a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Estabeleceu ainda, que as três esferas de governo aportassem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas, determinando as suas bases de cálculo e vinculando recursos ao setor saúde.

Definiu que os recursos da União seriam o valor mínimo apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.

Em se tratando dos estados e do Distrito Federal, os recursos mínimos seriam equivalentes a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios.

Nos municípios, os recursos mínimos corresponderão a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais.

Não é objeto desta dissertação, a análise do sub financiamento da saúde. Somente a identificação de fontes e formas de financiamento. Mas incontestável não reconhecer o descaso a qual foi submetida a saúde quanto a criação das normas regulamentadoras da EC29.

Durante o longo tempo de espera, o financiamento da saúde foi submetido a normas transitórias de Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT),

além de fontes de financiamentos provisórias e instáveis como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

O PIB brasileiro teve um crescimento insignificante nos anos 2012 até 2016 e aumentar os recursos para saúde na mesma proporção da variação do PIB não permitirá que os recursos para a saúde cresçam na velocidade que se necessita para atender os direitos constitucionais mínimo que garantam a qualidade de vida das pessoas.

O relato da Organização Mundial da Saúde, publicada em dezembro de 2015, retrata o descaso do governo brasileiro nas últimas décadas com a saúde pública:

O governo brasileiro destina por ano à saúde de cada cidadão menos do que a média mundial. Os dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que mais da metade da conta da saúde de um brasileiro continua sendo arcada pelo bolso do paciente. Em média, o gasto público nos países ricos chega a ser mais de cinco vezes o que o Estado brasileiro oferece. O governo brasileiro destinou em média a cada cidadão US\$ 512 por ano em saúde. O valor, referente a 2012, é quase cinco vezes superior ao que se investia em 2000, quando o gasto público com saúde era de apenas US\$ 107 por ano. Apesar do crescimento, a constatação da OMS é de que os valores continuam abaixo da média mundial. Segundo a entidade, os gastos públicos com saúde no mundo em 2012 foram de US\$ 615,00 por pessoa. Uma constatação da OMS é de que, no Brasil, quem paga ainda pela saúde é o paciente, por meio de planos de saúde ou gastos privados. A disparidade com os gastos dos países ricos é ainda maior. Em média, os países desenvolvidos destinaram US\$ 2,8 mil a cada um de seus cidadãos em contas de saúde. Em alguns casos, os gastos são mais de dez vezes superior aos do Brasil. Na Noruega, por exemplo, o Estado arcou em média com US\$ 7,9 mil em saúde para cada um de seus cidadãos. No Japão, os gastos públicos chegam a US\$ 3,9 mil por pessoa, contra US\$ 6,3 mil em Luxemburgo e US\$ 5,9 mil na Suíça. Nos Estados Unidos, os gastos com saúde que acabam nas contas do Estado também são superiores às do Brasil. Em média, por ano, um americano consome US\$ 4,1 mil do governo. Mesmo em Portugal, os gastos públicos são mais de duas vezes superiores aos do Brasil em termos per capita. Do outro lado da classificação, a OMS revela que os gastos públicos na África continuam mínimos. No ano, um africano foi atendido por apenas US\$ 53,00 em dinheiro público. Outra constatação da OMS é de que, no Brasil, quem paga ainda pela saúde é o paciente, por meio de planos de saúde ou gastos privados. No País, 47,5% da conta final da saúde é arcada pelo poder público, contra 52,5% da conta para o cidadão. Na média mundial, a proporção é exatamente a oposta: 57,6% dos gastos com saúde são arcados por governos, contra 42,3% pagos pelos cidadãos. Apesar da diferença entre os gastos com a saúde no Brasil e a relação com o restante do mundo, a OMS aponta que o País tem feito certo progresso nos últimos anos. Em 2000, 4,1% do orçamento nacional do estado ia para a saúde. Em 2012, essa taxa chegou a 7,9%. No mundo, porém, os dados da OMS revelam que em média governos destinam 14% de seus orçamentos nacionais para a saúde. Nos países ricos, a taxa é de 16,8%. No total, 9,5% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro é destinado para a saúde em 2012, contra 7,2% em 2000. O Ministério da Saúde informou que o orçamento

federal voltado para ações de saúde triplicou entre 2004 e 2014, passando de R\$ 32,7 bilhões para R\$ 92,6 bilhões. A pasta afirma que "tem assegurado investimento crescente, estável e contínuo para a saúde pública em todo o País" e disse cumprir "rigorosamente o que determina a Constituição, que aponta que a União deve aplicar na saúde o mesmo valor destinado ao orçamento do ano anterior, mais a variação nominal do PIB. (OMS, 2015).

Resta nos então entender que o financiamento público da saúde permanece envolto em uma guerra fiscal equivocada, originada no orçamento da União, numa clara vinculação do financiamento dos serviços da saúde ao crescimento e variações do PIB e a arrecadação de impostos.

4. A SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

A primeira Constituição Brasileira editada na época do império em 25 de março de 1834 por membros de Conselho de Estado, não tratou da saúde e teve como objeto principal a concentração de poder ao Imperador (BRASIL, 1934).

A Constituição de 1934 foi a primeira Constituição Brasileira a fazer referência ao Direito à Saúde, inciso II do art. 10, como sendo de competência e responsabilidade concorrente da União e dos Estados os serviços de saúde (BRASIL, 1934).

Em 1937, Getúlio Vargas, outorgou a Constituição que ficou conhecida como Polaca, de caráter autoritário, trouxe previsão no inciso XXVII do art. 16, que caberia à União legislar privativamente sobre "normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança." (BRASIL, 1937).

O direito à saúde, era direito do trabalhador, e a regra da repartição das competências entre os entes da Federação, reconhecia até então, somente a responsabilidade da União e em todo o período ditatorial não houve avanços constitucionais quanto à saúde (BRASIL, 1934; 1937; 1947).

Na década de 1980, surge com muita força e articulado com as universidades, o movimento sanitário, e em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que consagra os princípios do SUS, como a universalidade e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados e a regionalização dos serviços (BRAVO, 2006).

4.1 O DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE E A SAÚDE ENQUANTO DIREITO

Analisar o que está descrito como saúde no texto legal e direito à saúde é fundamental, pois a baliza analítica precisa estar firmada em conceitos amplamente aceitos e utilizados mundialmente.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1946), definiu saúde como qualidade de vida, associada ao desenvolvimento humano e social:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados (OMS, 1946).

Seguidamente outras convenções e tratados definiram também, de forma objetiva o direito à saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção sobre os Direitos da Criança - CRC.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1949), em seu art. 3º e art.25,1, atribui ao direito à saúde, os atributos dos direitos humanos e sociais, e a prestação de serviços positivista do Estado, pugnando pelo desenvolvimento humano:

Art.3º Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal [...].

Art.25,1, Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. (ONU, 1949).

No direito interno, em 1988, a Constituição Brasileira trouxe em seu bojo a definição de direito à vida (art.5) (CF BRASIL) e o direito à saúde, inserindo-o, na órbita dos direitos garantidos constitucionalmente como direito fundamental social, subjetivo e indisponível. Conforme consta no Art.6º:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção

a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Também traz um liame subjetivo e disciplina o conceito de saúde como conceito de desenvolvimento humano e social:

Art. 196 - **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e **o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**. (BRASIL, 1988).

Para além do art. 196, a Constituição Brasileira de 1988, dedicou seção exclusiva a saúde, Título VIII, Capítulo II, Seção II, arts. 196 ao 200. Assegurou através do art. 1º, inc. III, a dignidade da pessoa humana e garantiu o direito à vida e a obrigação do Estado de preservá-las e tutela-las como direito fundamental em seu art. 5º, *caput*.

O Ministro do STF, Luiz Roberto Barroso, ensina que o art. 196 da Constituição da República, garantidor do direito à saúde, é norma definidora de direito subjetivo, e enseja a exigibilidade de prestações positivas do Estado (BARROSO, 2009).

Portanto, o dever jurídico a ser cumprido enquanto direito à saúde deve ser uma atuação efetiva de entrega de um bem ou na execução da prestação de um serviço. A doutrina constitucionalista classifica como norma de eficácia plena e aplicabilidade imediata, conforme o disposto no art. 5º, §1º, da Constituição, independentemente de qualquer ato legislativo ou de previsão orçamentária, o que implica na sua pronta efetivação pela administração pública.

São quatro os pontos relevantes, indicados na Constituição Brasileira de 1988 na prestação dos serviços de saúde:

1) prestação do serviço de saneamento básico (arts. 23, IX, 198, II, e 200, IV); 2) atendimento materno-infantil (art. 227, I); 3) ações de medicina preventiva (art. 198, II); e, 4) ações de prevenção epidemiológica (art. 200, II). (BRASIL, 1988).

Entende – se então, que o direito à saúde, é um direito de segunda geração, ligado aos de primeira geração e que é parte do direito à vida como uma prestação positiva do Estado.

Decorrente da inserção constitucional do direito à saúde foram criados vários atos normativos como forma de garantir a efetividade deste direito e disciplinar a atuação positiva estatal, os mais importantes são:

- Lei Orgânica da Saúde (LOS), que trata das condições para a promoção, proteção e a organização administrativa dos procedimentos da saúde - Lei federal 8080, de 19 de novembro de 1990;
- Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, esta lei incluiu a participação da comunidade na gestão SUS;
- Portaria 2203 de 05 de novembro de 1996 que redefiniu o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde através da norma operacional básica – NOB 01/96;
- Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002, que disciplinou a assistência à saúde – NOAS-SUS 01/202;
- Pacto pela Saúde em 2006 que aprovou a consolidação das normas do SUS e as diretrizes operacionais do pacto através da Resolução 399, de fevereiro de 2006;
- Lei Complementar 141, de janeiro de 2012, normatizou os valores a serem aplicados nos serviços de saúde anualmente pela União, Estados e Municípios.

Portanto, resta assegurado a todos, através dos textos legais, e especialmente aos menos favorecidos, o direito à saúde, a dignidade humana e a qualidade de vida, traduzido no texto constitucional como o direito de ser assistido pelo estado e já regulado e disciplinado em todas as suas formas.

O professor e pesquisador, Ingo Wolfgang Sarlet (1988), em suas Considerações a respeito da eficácia e efetividade do direito à saúde, leciona:

(...)Sustentamos que a norma contida no art. 5º, parágrafo 1º da nossa Constituição, para além de aplicável a todos os direitos fundamentais (incluindo os direitos sociais), apresenta caráter de norma princípio, de tal sorte que se constitui em uma espécie de mandado de otimização, impondo aos órgãos estatais a tarefa de reconhecerem e imprimirem às normas de direitos e garantias fundamentais a maior eficácia e efetividade possível. Vale dizer, em outras palavras, que das normas definidoras de direitos fundamentais, podem e devem ser extraídos diretamente, mesmo sem uma interposição do legislador, os efeitos jurídicos que lhe são peculiares e que, nesta medida, deverão ser efetivados, já que, do contrário, os direitos fundamentais acabariam por se encontrar na esfera da disponibilidade dos órgãos estatais. De modo especial no que diz com os direitos fundamentais sociais, e contrariamente ao que propugna ainda boa parte da doutrina, tais

normas de direitos fundamentais não podem mais ser considerados meros enunciados sem força normativa, limitados a proclamações de boas intenções e veiculando projetos que poderão, ou não, ser objeto de concretização, dependendo única e exclusivamente da boa vontade do poder público, em especial, do legislador. Que tal postulado (o princípio que impõe a maximização da eficácia e efetividade de todos os direitos fundamentais) não implica em desconsiderar as peculiaridades de determinadas normas de direitos fundamentais, admitindo, dadas as circunstâncias, alguma relativização, é ponto que voltará a ser referido e que aqui vai apenas anunciado. (SARLET, 1988, p.64).

Podemos entender então, que a Constituição Brasileira de 1988, e a legislação reguladora do direito à saúde descreveu este direito como intimamente ligado ao direito à vida, e o trata como um direito de todos, dever do estado, reconhecendo ser norma de eficácia plena e objetiva.

5. SURGIMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No ano de 1950, com a edição da Lei nº 1.060, o acesso gratuito ao judiciário passou a ser extensivo a todos, mas foi insuficiente para prover os meios desse acesso e gratuidade.

A Constituição de 1988, promoveu de forma abrangente e direta esse acesso, mudando princípios, paradigmas e incorporando novos valores.

Houve de fato uma ruptura na ordem institucional e jurídica. Saiu-se de um governo militar ditatorial para um governo democrático e civil. Foi promulgada a nova Constituição (BRASIL, 1988), considerada a Constituição cidadã que em seu art. 1º reconhecia a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa como fundamentos essenciais do Estado Brasileiro. Seu artigo 5º declarou os ideais e princípios de igualdades e a possibilidade de acesso à justiça para todos os cidadãos, expressos como direitos humanos fundamentais e incluídos aí, entre tantos, o direito à saúde.

A inclusão desses direitos na carta constitucional brasileira de 1988, foram gradativamente modificando o pensamento e a atuação do Poder Judiciário que passou a atuar de forma mais próxima das comunidades, conhecendo além dos autos, as desigualdades da sociedade. O professor Wernek Vianna, em sua obra “A

Judicialização das Políticas e das relações sociais no Brasil”, já em 1999, apontava a modificação de atuação das Cortes de Justiça brasileiras:

O Tribunal começa a migrar, silenciosamente, de coadjuvante na produção legislativa do poder soberano, de acordo com os cânones clássicos do republicanismo jacobino, para uma de ativo guardião da Carta Constitucional e dos direitos fundamentais da pessoa humana. (VIANNA et al., 1999, p. 51).

Judicialização conforme define os escritores Vallinder e Tate (1995): "É o fenômeno que significa o deslocamento do polo de decisão de certas questões que tradicionalmente cabiam aos poderes Legislativo e Executivo para o âmbito do Judiciário". (VALLINDER; TATE, 1995, p. 27).

A Constituição Federal em seu artigo 5º XXXV, pugnou pelo princípio da inafastabilidade da jurisdição: (...) “art. 5º, XXXV, a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. (BRASIL, 1988).

Por conta do princípio da inafastabilidade de apreciação por parte do Poder Judiciário, foi dado ao cidadão o direito de invocar judicialmente a tutela de bens e serviços que lhe seja negado pelo Estado, os quais estejam assegurados em Leis.

A definição de Cândido Rangel Dinamarco (2000) é clara e objetiva:

A atividade dos órgãos do Estado destinada a formular e atuar praticamente a regra jurídica concreta que, segundo o direito vigente, disciplina determinada situação jurídica”. Por força de dispositivo constitucional, no Brasil essa atividade é privativa do Poder Judiciário, único órgão apto a formular decisões dotadas da força da coisa julgada. (DINAMARCO, 2000).

O crescimento da importância do poder judiciário na sociedade hodierna foi explicado por Antoine Garapon (2001), pesquisador e jurista do Instituto da Justiça da França. O referido autor aponta a insatisfação popular com o desempenho do poder político e governos em desenvolver e atender as demandas sociais e assistenciais. Na crise da democracia atual, o poder judiciário se tornou o único poder capaz de dar resposta imediatas as demandas dos cidadãos (GARAPON, 2001).

Durante muito tempo, antes da edição da Constituição Federal de 1988, os direitos fundamentais e sociais como o direito à saúde, eram vistos somente como simples normas programáticas e por isso o Estado não estaria obrigado ao seu cumprimento e nem observância plena. Até meados da década passada, esses

direitos eram entendidos como um “poderá ser” e não objetivamente um “deverá ser”.

À partir do início da atual década, impulsionado por inúmeras manifestações públicas da sociedade civil, como conselhos de saúde, movimentos de defesa do consumidor e de direitos humanos, o judiciário brasileiro passou a adotar uma postura mais proativa e interventora na efetivação dos direitos fundamentais, se valendo da força normativa do texto constitucional. Teve início assim, o que é denominado por diversos autores, Judicialização das políticas públicas de saúde.

Impulsionado pelas demandas crescentes das reclamações contidas nos processos judiciais, o Judiciário brasileiro passou a atuar de forma vigorosa na defesa e manutenção dos direitos fundamentais.

O professor Luiz Werneck Vianna (1999) realizou uma pesquisa que foi publicada com o título “A Judicialização das políticas e das relações sociais no Brasil”. Essa obra descreveu a transformações do judiciário de forma clara e objetiva:

[...] resultado de uma pesquisa iniciada em março de 1998 sobre o Poder Judiciário em suas relações com a política e a sociabilidade do País. Diante das importantes mutações ocorridas na organização e no funcionamento das instituições contemporâneas, o Poder Judiciário, antes periférico na práxis republicana, tem assumido novos papéis e repensado as suas estratégias (VIANNA, 1999, prefácio).

A Constituição de 1988, também trouxe a criação de institutos que democratizaram o acesso ao estado de direito de forma individual e coletiva da sociedade civil, através dos referendos, mandado de injunção e os mandados de segurança.

Até a década de 90, permanecia o argumento da não intervenção judicial nas decisões administrativas de gestão pública. O judiciário ainda tinha como regra não decidir a favor do particular em ações judiciais que envolvessem descumprimento de direitos de políticas públicas por parte do Estado. O argumento era sempre o mesmo, a separação dos Poderes e a não intervenção.

Até então o judiciário era pacífico a essa decisão, concordando que não deveria entrar no mérito da gestão administrativa. Esse era o comportamento e atuação do judiciário brasileiro até a última década.

Porém a ementa da decisão proferida na ADPF-MC 45/DF, relator Celso de Mello, DJ 29.4.2004: falou sobre a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário:

EMENTA: ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBÍTRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA "Reserva do Possível". NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO "MÍNIMO EXISTENCIAL". VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO). (MELLO, 2004).

As fortes campanhas promovidas pelos movimentos de direitos humanos e sociais nos últimos dez anos desse século, influenciaram a mudança das decisões judiciais da maioria dos tribunais de justiça. Reafirmando a mudança de envolvimento das decisões judiciais nas questões sociais, Paulo Bonavides, declarou na obra Teoria do Estado (2004):

Quando prevaleciam por única constante na caracterização do Estado Moderno os direitos da primeira geração, a lei era tudo. Quando se inaugurou, porém, a nova idade constitucional dos direitos sociais, como direitos de segunda geração, a legitimidade – e não a lei – se fez paradigma dos Estatutos Fundamentais. [...] A legitimidade é o direito fundamental, o direito fundamental é o princípio, e o princípio é a Constituição na essência; [...] Ou colocado em outros termos: a legalidade é a observância das leis e das regras; a legitimidade, a observância dos valores e dos princípios. [...] A regra define o comportamento, a conduta, a competência. O princípio define a justiça, a legitimidade, a constitucionalidade. (BONAVIDES, 2004, p. 44).

A Constituição de 1988 foi fruto também das iniciativas dos movimentos sociais, que combatiam o autoritarismo que era o regime vigente da época e como fortalecimento caminharam por muito tempo em aliança com a esfera política, buscando a afirmação dos direitos humanos, sociais e econômicos.

Devido a essa aliança entre sociedade e política, a Constituição de 1988 também trouxe o pluralismo político e suas normas assecuratórias e a promessa constitucional de erradicar a pobreza e as desigualdades sociais.

Cittadino (2003) expressou esse pensamento com a declaração que segue:

Não se trata, como poderia parecer à primeira vista, de uma mera reconstrução do Estado de Direito após anos de autoritarismo militar. Mais do que isso, o movimento de retorno ao direito no Brasil também pretende reencantar o mundo. Seja pela adoção do relativismo ético na busca do fundamento da ordem jurídica, seja pela defesa intransigente da efetivação do sistema de direito constitucionalmente assegurados e do papel ativo do Judiciário, é no âmbito do constitucionalismo democrático brasileiro que se pretende resgatar a força do direito, rompendo com a tradicional cultura jurídica. (CITTADINO, 2003, p 43).

A criação dos Juizados Especiais, os Fóruns itinerantes e a organização das Defensorias Públicas, foram também facilitadores do acesso ao judiciário e ao aumento da Judicialização das políticas.

É fato que o número de juizados, fóruns e defensores públicos são insuficientes ao atendimento da demanda, porém é também inegável o avanço da prestação jurisdicional na solução dos conflitos sociais para o cumprimento das garantias dos direitos constitucionais.

5.1 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E PRINCIPAIS CAUSAS

O tema judicialização da saúde é controverso e não encontra interpretação pacífica entre os poderes. No entanto, tem prevalecido o entendimento de que a não prestação de um serviço de saúde, prometido pelo Estado, por parte de órgão estatal, é a negação deste direito. Germano Schwartz (2001) esclarece que:

A saúde, como direito público subjetivo e fundamental do ser humano, quando lesionada, não pode ser excluída da apreciação do Poder Judiciário. Essa é, no constitucionalismo contemporâneo, a tarefa mais elevada do Poder Judiciário: garantir a observância e cumprimento dos direitos fundamentais do homem. (SCHWARTZ, 2001, p. 163).

Importante destacar que as principais causas que impulsionam o crescente números de processos da Judicialização das políticas públicas da saúde são: 1) excesso de burocracia; 2) financiamento aquém do determinado em lei; 3) constantes e noticiados casos de corrupção envolvendo desvio de recursos; 4) ausência de profissionais capacitados e atendimento temerário da saúde; 5) desvios de finalidade dos recursos da saúde; 6) descréditos dos governos, sucateamento dos equipamentos médicos e hospitalares; 7) gestores inabilitados; 8) falência pública dos serviços de assistência à saúde mais e mais exige a atuação e

consolidação da atuação judiciária em favor dos usuários SUS e na obrigação da dispensação dos serviços públicos.

O mandamento da Constituição Federal de 1988 foi transcrito na Lei 8.080 de 1990 que é conhecida como Lei do SUS, Lei Orgânica da Saúde. Essa Lei buscou abranger os vários aspectos da prestação dos serviços públicos de saúde e fez com que o Brasil fosse reconhecido como um dos países mais avançados em sistema de saúde.

Porém, estamos longe de alcançar o mínimo aceitável nessa prestação essencial de serviços. A eminência de ficar sem atendimento em casos urgentes de agravo de doenças tem levado os pacientes a se socorrerem no judiciário na tentativa de obter a prestação dos serviços de saúde.

Ademais o art. 5º, XXXV, que determina que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”, é plenamente válida nessa questão. Além disso, conforme já salientamos, grande parte da doutrina é favorável. Muitos gestores do Executivo municipal, estadual e federal dos serviços de saúde apontam a judicialização dos serviços de saúde como intervenção do Poder Judiciário no Poder executivo.

No entanto as principais cortes de justiça e jurisprudências apontam quanto à possibilidade de intervenção do Poder Judiciário para fazer cumprir o que foi prometido pelo próprio Estado e que está consignado como preceito legal. Reforçando essa teoria temos a ementa da decisão proferida na ADPF-MC 45/DF, relator Celso de Mello, DJ 29.4.2004:

EMENTA: ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBITRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA "Reserva do Possível". NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO "MÍNIMO EXISTENCIAL". VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS

(DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO). (MELLO, 2004).

Podemos verificar nessa decisão proferida que não se trata de intervenção no poder executivo pelo judiciário, mas tão somente a determinação judicial para o cumprimento de políticas públicas ofertadas, inclusas e existentes no SUS.

Transcrevemos a ementa de relatoria do Ministro Celso de Mello, do STF, do Agravo Regimental em Recursos Extraordinário nº 273834, publicado no Diário da justiça de 02/02/2001 que reconheceu a legitimidade da exigibilidade dos serviços da saúde:

SAÚDE. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. PACIENTE COM HIV/AIDS. PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS. DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO. CF/88, ARTS. 5º, "CAPUT", E 196. PRECEDENTES DO STF. (MELLO, 2001).

O julgamento da APDF 45 – Ação de descumprimento de Preceito Fundamental, pelo Ministro do STF – Supremo Tribunal Federal, Ministro Celso de Mello, não só reafirmou a legitimidade da atuação do judiciário na saúde, como também balizou a atuação do Estado - Juiz na efetivação das políticas públicas de saúde. Essa atuação resultou, segundo dados do CNJ - Conselho Nacional de Saúde, até 2014, em mais de meio milhão de processos, distribuídos entres os diversos tribunais de justiça e tramitando em todas as instâncias conforme dados do CNJ.

O debate sobre a judicialização é controverso e envolve a dicotomia entre o direito individual e o coletivo.

A participação do judiciário é vista como positiva quando reduz as violações de direito cometido contra o cidadão pelo próprio Estado, e neste sentido é entendido como um avanço em relação a efetivação dos direitos de cidadania.

No entanto os gestores das políticas públicas veem como um deslocamento orçamentário não previsto no planejamento na medida em que passam a atender um número cada vez maior de ordens judiciais.

5.2 NÚMEROS E CUSTOS DA JUDICIALIZAÇÃO

A insatisfação popular com a prestação dos serviços de saúde pelo Poder Público, gerou um aumento importante e preocupante de ações judiciais conforme aponta o Relatório da Justiça em Números do CNJ, que concluiu que foram ajuizados no Brasil 850.000 (oitocentos e cinquenta mil) processos sobre serviços de saúde, distribuídos da seguinte forma: Serviços em Saúde, 61.655; Fornecimento de Medicamentos, 200.000; Tratamento médico hospitalar, 60.696; Tratamento médico hospitalar e medicamento hospitalar, 151.856; Convenio médico com o SUS, 737; Planos de Saúde- direito do Consumidor, 293.449; Planos de saúde – benefício trabalhista, 36.611; Transplantes de órgãos e tecidos, 491; Saúde mental, 3001; Controle Social e Conselhos, 1468; Hospitais e unidades de Saúde, 5642; Erro médico, 38.810; totalizando 854.506 processos judiciais. (CNJ, 2016).

5.3 CUSTO FINANCEIRO DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

O Ministério da Saúde - MS, publicou em seu site que no ano de 2016, apenas com medicamentos gastou 654,9 milhões para atender somente 1213 pacientes. O atual Ministro da Saúde Ricardo de Barros, em reportagem à Folha de SP, em julho de 2016, declarou que o custo havia chegado a quantia de 7 bilhões de reais. Nesse mesmo período o site do Ministério da Saúde publicou que do ano de 2010 até julho de 2016, os custos da União totalizaram R\$ 3,9 bilhões de reais com o cumprimento de sentenças judiciais. Um custo bastante alto, se considerarmos o orçamento do SUS.

5.4 A RESPONSABILIDADE E A COMPETÊNCIA DO ESTADO, UNIÃO E MUNICÍPIO

No ajuizamento das demandas da Judicialização da saúde, a Constituição Federal determinou que a competência é concorrente entre os entes e poderá ser proposta a medida judicial cabível na justiça estadual ou federal, dependendo do órgão público que omitiu, negou ou praticou a lesão ao direito à saúde.

O SUS - Sistema Único de Saúde - abrange todos os órgãos públicos federativos que prestam serviços de saúde em qualquer nível, por isso a responsabilidade é solidária, podendo o usuário optar em promover a ação judicial em uma jurisdição ou em face de todas elas, essa responsabilidade solidária dos entes federados com relação aos serviços dos SUS, está estampado no art. 198, caput e parágrafo único, da Constituição Federal de 1988:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único" e que o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da "seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

A solidariedade passiva, significa que ao ajuizar uma ação de saúde, o usuário poderá requerer de todos, na mesma ação ou de somente um ou mais, dos órgãos executivos de saúde, com base nos art. 264 e 275 do Código Civil.

A que se registrar a prevalência do número de ações impetradas isoladamente contra o município, devido à proximidade dos mesmos, com os jurisdicionados.

Esse fato tem gerado críticas e reclamações, quanto a responsabilidade solidária na saúde, por parte da maioria dos municípios brasileiros, principalmente na dispensação de medicamentos de alto custo, onde inúmeras vezes têm que custear sozinhos os valores demandados para atender as determinações judiciais. Mas isso não exclui do município a sua responsabilidade de fornecer o medicamento, visto que:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; 69 Art. 30. Compete aos Municípios: [...] VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; [...] (BRASIL, 1988).

No entanto, o que se percebe, é que há um enorme déficit na prestação dos serviços e uma notória precariedade das estruturas físicas e nas condições de trabalho na saúde levando cada vez mais ao aumento das demandas judicializadas, que nada mais são do que a reclamação judicial, pelas políticas públicas de saúde previstas no SUS.

Seria uma afirmação rasteira e simplista, pensar que a insuficiência de recursos é a motivadora principal das demandas judicializadas, conforme ensina o juiz federal, pesquisador e estudioso do tema, Clenio Jair Schulze (2016), “é preciso antes de mais recursos, mais responsabilidade do gestor público e planejamento no uso dos recursos destinados aos serviços de saúde”:

O papel do gestor é organizar o trabalho com eficiência, eficácia e, principalmente, gastar o dinheiro público com qualidade. Durante vários anos, não existiu controle sobre o gasto de dinheiro público. Isso já mudou. Todo gestor é controlado na sua atividade. Isso facilita o exercício da democracia. O equilíbrio é encontrado quando se verifica a implantação de melhorias para o cidadão, com aumento da qualidade de vida. O direito à saúde é um direito progressivo. A progressividade é inerente aos direitos sociais, que não se concretizam da noite para o dia. O Brasil precisa aprimorar a interlocução entre os setores primário, secundário e terciário. Somente a gestão com ética, seriedade, participação e planejamento permite a evolução e a melhoria do sistema de saúde. (SCHULZE, 2016, p. 49).

Notamos que a Judicialização da saúde tem seus defensores, seus críticos e seus estudiosos, entre estes, está o Desembargador Federal João Pedro Gebran Neto (2016), que em sua obra intitulada “Direito à Saúde – Análise a Luz da judicialização”, afirma:

A disparidade de gastos entre os Estados decorre do grau de desenvolvimento das políticas locais, a aplicação em maior ou menor grau do limite constitucional de 12%, a falta de medicamentos da lista RENAME nos postos de saúde, a população de cada Estado ou mesmo a cultura local de litigiosidade.

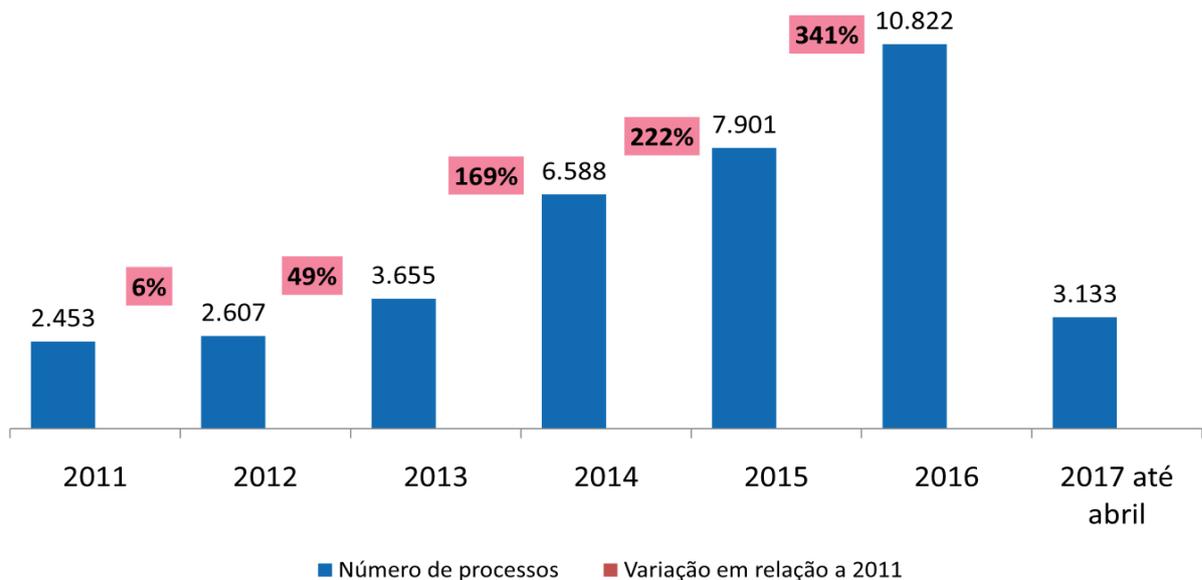
Assim, ultrapassado o plano individual da discussão sobre o direito à saúde, é possível constatar que atualmente as ordens judiciais de todo o Brasil acabam drenando anualmente bilhões de reais que deveriam ser investidos no atendimento coletivo.

Evidentemente que a este desvirtuamento orçamentário, somado ao baixo financiamento da saúde e, por vezes, à má gestão desses recursos, acaba impedindo que o Sistema Único de Saúde tenha um funcionamento mais eficiente. (GEBRAN, JPN, 2016 p. 57).

5.5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Como nos demais estados da federação brasileira, no Espírito Santo a judicialização das políticas de saúde cresce exponencialmente. O levantamento dos dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Figura 1) aponta para um crescimento de 341% de 2011 até 2016.

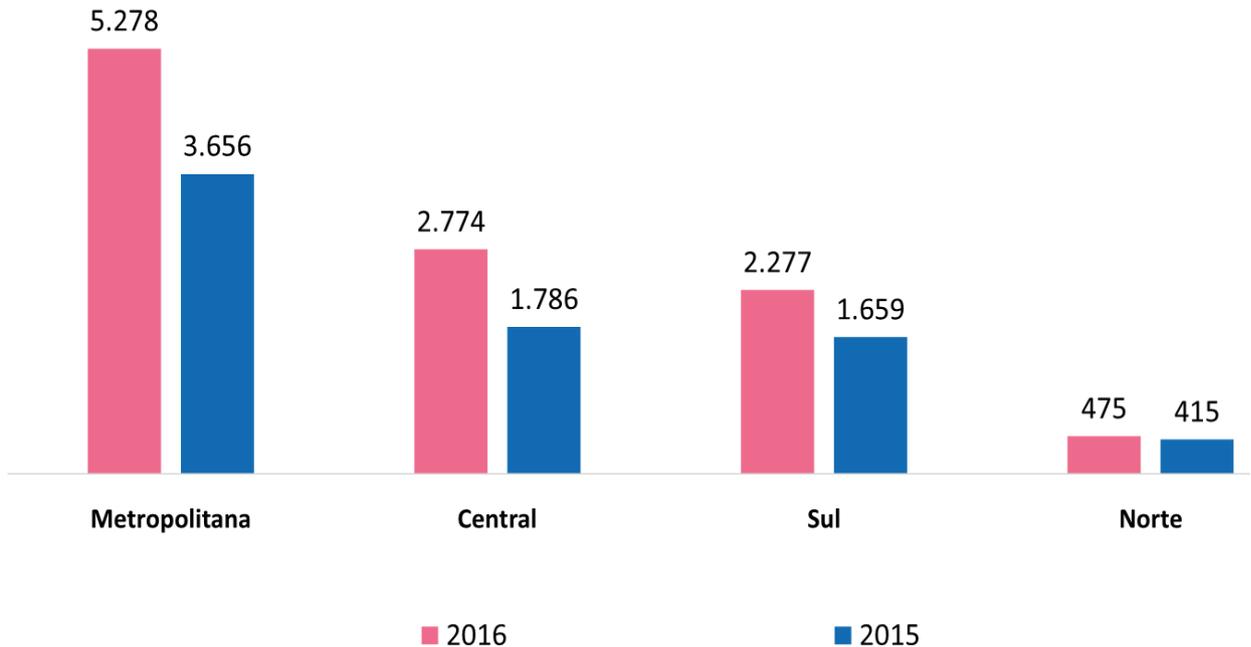
Figura 1. JUDICIALIZAÇÃO - Evolução no ES



Fonte: SESA/Sistema OnBase

A Figura 2 aponta a distribuição das ações judiciais impetradas por regiões geográficas no estado do Espírito Santo. As tendências da concentração destas demandas incidem nas regiões onde estão situados as unidades hospitalares gerais e com gestão de portas abertas ou com ofertas de especialidades de alta complexidade.

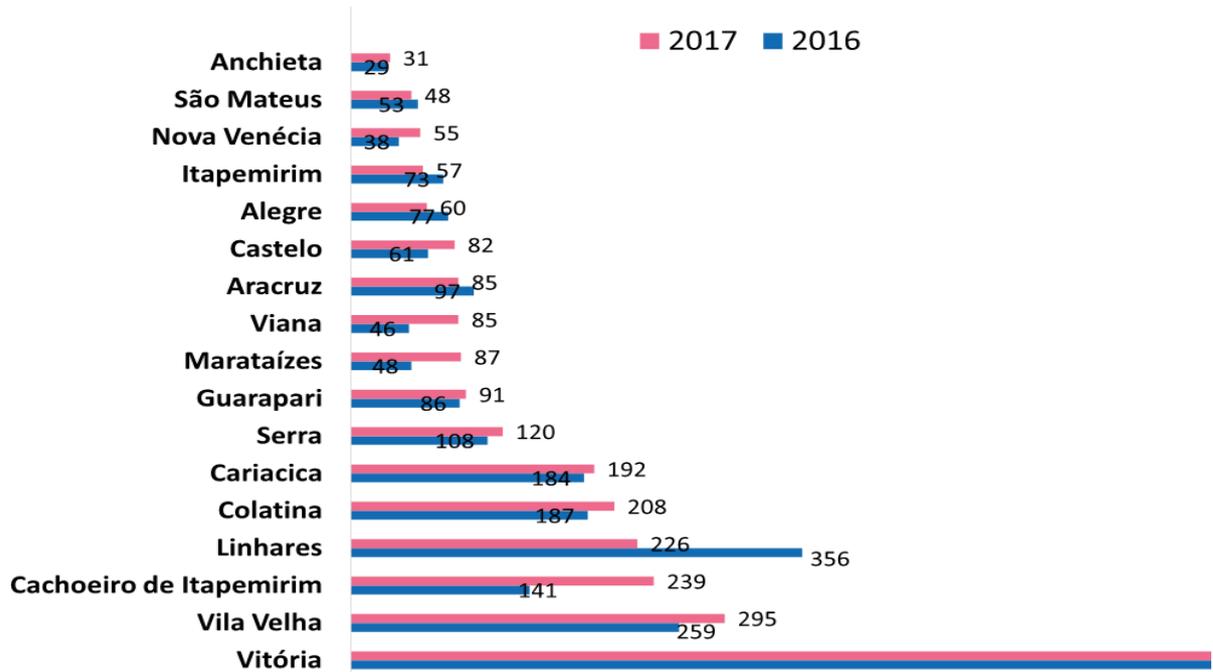
Figura 2. JUDICIALIZAÇÃO – Por Região de Saúde



Fonte: SESA/Sistema OnBase

O município de Linhares, no norte do estado, estampa um crescimento por litígios judiciais na saúde desenfreado por motivos diversos (Figura 3), mas apontamos um que contribui de forma significativa, que é a forma de gestão da saúde. O município optou por gestão administrativa plena do município na saúde. Com a crise e a baixa arrecadação de impostos o município não consegue responder a demanda natural dos usuários SUS, que se socorrem ao Poder Judiciário.

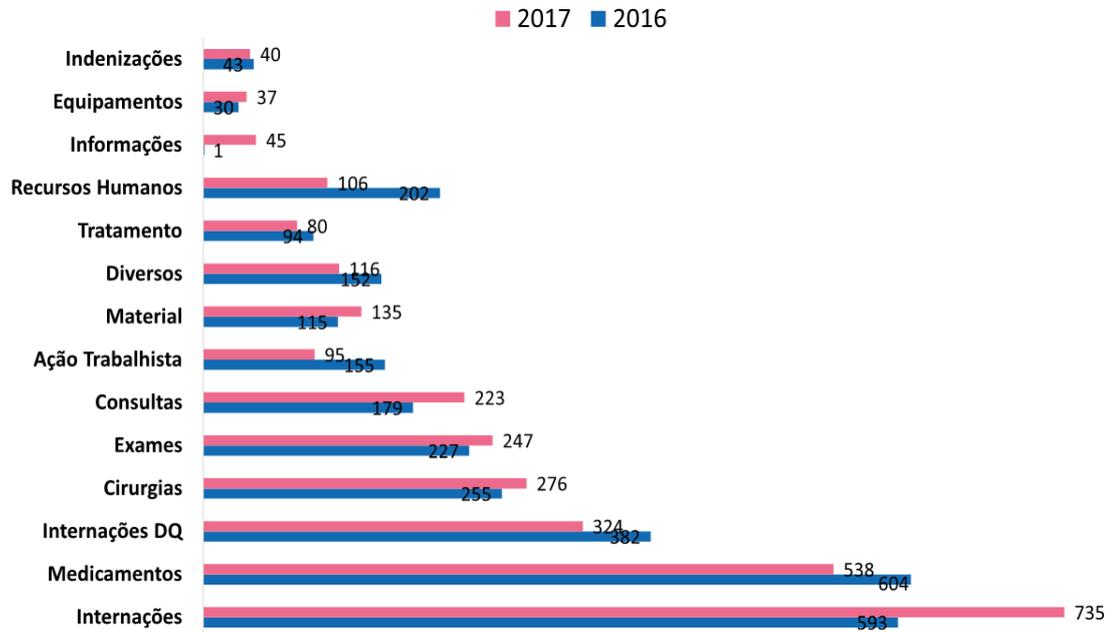
Figura 3. JUDICIALIZAÇÃO - Municípios que mais judicializam - 1º Quadrimestre



Fonte: SESA/Sistema OnBase

Os dados da Figura 4 reforçam que a maioria das demandas judiciais são por procedimentos, serviços e medicamentos que se encontram dentro do planejamento, oferta e regulação do SUS. Não há que se falar em desequilíbrio orçamentários decorrentes de ações por procedimentos ofertados pelo próprio sistema, porém não entregues.

Figura 4. JUDICIALIZAÇÃO – Por Tipos de Mandados - 1º Quadrimestre



Fonte: SESA/Sistema OnBase

Observamos através dos dados da Secretária de estado da Saúde do Espírito Santo (Figura 5) que a maioria das ordens judiciais é por Internações por dependências químicas, medicamentos da lista RENAME e ausentes nas farmácias públicas e por internações e leitos hospitalares.

Figura 5. JUDICIALIZAÇÃO - Mandados Judiciais - 1º Quadrimestre

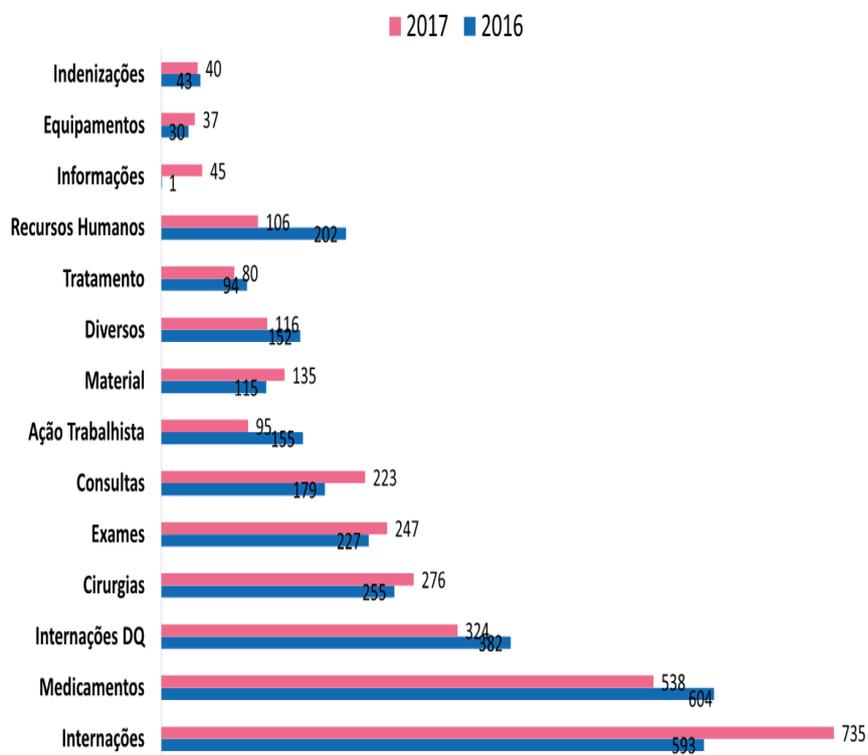
DEMANDAS	2017	2016	Variação
Cirurgias	0,00	0,00	0%
Leitos (Transtornos Mentais e Dependência Química)	5.239.172,38	7.609.175,62	-33%
Leitos (Enfermaria/UTI/UTIN)	2.145.406,75	14.072,39	15146%
Materiais Hospitalares	0,00	0,00	0%
Medicamentos	9.232.916,87	4.865.718,56	90%
Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	0,00	0,00	0%
Rede Própria (hospitais)	2.011.794,46	1.954.390,74	3%
TOTAL	18.629.290,46	14.443.357,31	29%

Fonte: SESA/Sistema OnBase

Os números de mandados judiciais (Figura 6) retratam o primeiro quadrimestre do ano de 2017 e vem afirmando o crescimento do número de ações judicializadas e reforçando a desorganização da gestão do SUS.

As ordens judiciais continuam a ser para cumprimento de procedimentos ofertados pelo SUS, leitos (UTIs, UTINS), medicamentos e internações.

Figura 6. JUDICIALIZAÇÃO – Por Tipo de Mandados - 1º Quadrimestre



Fonte: SESA/Sistema OnBase

Ainda conforme a representação dos demandados, podemos observar que vem em primeiro lugar a defensoria pública com 908 ações impetradas a favor da população desassistida, seguida do Ministério Público estadual com 487 ações no ano de 2016.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho estudou o recente processo da Judicialização das Políticas Assistenciais de Saúde, considerado um fenômeno iniciado no Estado social e impulsionado pela Constituição Federal de 1988.

O centro foi a análise do direito à saúde e a possibilidade constitucional de intervenção do Poder judiciário diretamente na atividade do Executivo com vistas a garantir eficácia às medidas programáticas constitucionais retratadas também na Lei 8080/90.

Assistimos hoje não só a regulação do Poder Executivo pelo Poder Judiciário, como também a crescente invasão do Estado, com medidas regulatórias e interventivas na educação, no trabalho e na economia, espaços tradicionalmente livres da intervenção impositiva do Poder Judiciário, que agora é chamado para garantir os objetivos e valores fixados no texto constitucional especialmente em defesa da vida.

Ainda que se reconheça que nenhum direito, é direito absoluto, também chega se a conclusão que não é possível que a má gestão pública se utilize desse argumento para justificar a não prestação dos serviços de saúde ou o seu retardo.

Também observamos que a Judicialização das políticas públicas de saúde se deu após um longo período de distanciamento do Poder Judiciário com as causas das prestações de serviços de saúde coletivas.

A mudança de comportamento do Sistema de Justiça brasileiro só aconteceu após 1999, impulsionado pela insatisfação popular com a gestão pública temerária e os desvios do poder político, incapazes de atender as demandas assistenciais, principalmente as dos serviços de saúde.

Na crise da democracia atual, o cidadão desassistido viu no Judiciário a única saída para respostas imediatas no cumprimento das prestações de serviços imediatos.

Inegável o reconhecimento do agigantamento da importância do Poder Judiciário no meio da sociedade civil e nas relações sociais, sendo utilizado como garante das prestações obrigacionais do texto constitucional.

O processo de judicialização das políticas públicas não só facilitou o acesso à Justiça como também aproximou as Cortes Judiciais dos problemas e dificuldades da população. Tornou conhecida as situações de extremo risco e as fragilidades da gestão pública de saúde.

Com o crescimento exponencial da Judicialização é necessário que os julgadores se preparem com conhecimentos e dados técnicos que possibilitem o julgamento de casos que envolvam direito à saúde, principalmente no que se refere à assistência farmacêutica, por ser esta a maior demanda da judicialização e responsável pelo maior volume de recursos financeiros.

São os pedidos de fornecimento de medicamentos os que mais precisam de preparo dos magistrados, advogados e defensores públicos.

Na análise e concessão de medicamentos, é preciso respeitar o disposto no artigo 196 da Constituição Federal de maneira extensiva e o previsto nas políticas públicas estabelecida pela Lei 8080/90. A dilação probatória, nos feitos que envolvam concessão gratuita de medicamentos, deve ser observada cautelosamente afim de comprovar a sua real necessidade de uso do medicamento solicitado e a sua comprovada eficácia.

É importante observar se o medicamento é o mais recomendado, se tem registro na ANVISA e se consta na lista Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Ministério da Saúde, e ainda, se há medicamento genérico ou de menor custo que substitua o medicamento prescrito pelo médico.

Porém, cabe registrar, que não é o Sistema de Justiça que impulsiona o crescente número de ações que visam à concessão de medicamentos pelo Estado.

Essas ações, em muitas vezes, decorrem da má-fé de profissionais médicos, de escritórios de advocacia, da indústria farmacêutica e de Laboratórios farmacêuticos, interessados no aumento da comercialização de seus produtos medicamentosos, que seduzem médicos com promessas milagrosas, investem em publicidades e marketing, comprometem os profissionais da saúde e do direito com vantagens e benefícios decorrentes da indicação do produto.

Quanto a esses fatos gravosos e antiéticos, deve o governo e os Conselhos de Farmácia fiscalizar a atuação, tendo em vista a concessão de vantagens ou patrocínios de ações com a finalidade de obrigar ao estado o uso do medicamento.

Por outro viés também se percebe a longa demora e o excesso burocrático de incorporação de novos medicamentos e tecnologias a lista RENAME do SUS.

Embora o caráter compulsório das ordens judiciais, e dos casos de medicamentos de alto custos, pode se afirmar que a judicialização tem contribuído de forma significativa para melhorar o SUS, assegurando o investimento mínimo obrigatório do Estado, 12% da receita de impostos – art. 198 da Constituição Federal e 77 do ADCT em saúde, tem garantido o atendimento de pacientes de doenças raras discriminados e tem buscado regularizar o fornecimento de medicamentos excepcionais.

A principal causa da grave e atual crise na saúde não é da Judicialização.

O crescimento da Judicialização é decorrente da crise. A escassez de leitos hospitalares, a ausência de planejamento de prevenção a doenças, o reduzido financiamento aos equipamentos sociais destinados a atenção básica, a demora para incluir novos medicamentos na lista RENAME e ausência dos medicamentos já incluídos no SUS, são alguns dos graves motivos que levam para além da mera discussão de se é positivo ou negativo a judicialização das políticas públicas de saúde.

A judicialização de nenhuma política pública é desejável, menos ainda a de saúde. O pensar coletivo não pode ser produzido através de ordens impositivas. Os juízes, promotores e advogados não possuem conhecimentos técnicos para avaliar critérios médicos e farmacológicos e, o tempo é sempre um fator que concorre contra esses julgamentos e concessões.

No entanto, é sabido ser a judicialização o único remédio contra as gestões temerárias, fraudulentas e ineficientes. Há casos dos dois lados: judicialização de tratamentos fora dos padrões e ações judiciais que salvaram vidas negligenciadas pelo Poder público.

Submeter lesões de direito ao Poder Judiciário é um direito assegurado pela Constituição, os juízes não podem deixar de julgar os casos concretos que lhes são apresentados.

Os excessos atualmente existentes se deve à ineficácia e ineficiência da prestação dos serviços de saúde e o descaso dos órgãos responsáveis em priorizar um atendimento onde o mínimo possível seja contemplado. Todos os demais motivos são insignificantes diante da gestão rasa e improvável da prestação dos serviços de saúde pública.

Os problemas do SUS são problemas de gestão – ineficiente, temerária ou mesmo corrupta. Ambulâncias, consultorias, “fornecedores exclusivos” de

medicamentos excepcionais, são alguns dos esquemas utilizados para desviar o dinheiro do SUS.

Os números dos processos judiciais constataam que o Sistema de Saúde Brasileiro, sofre de forma acentuada os efeitos da má e corrompida gestão política, administrativa e pública.

Os valores do orçamento da União para as políticas de saúde previstas para 2017, foram na ordem de R\$ 125,3 bilhões, Ministério da Saúde, superior aos R\$ 118,4 bilhões previstos em 2016. (MS – 2017) e os custos decorrentes de despesas das ordens judiciais no ano de 2016 , conforme o site do MS, chegaram ao montante de 7 bilhões , distribuídos por todas as regiões.

Se consideramos esses números, não há o que se falar em desequilíbrio do planejamento orçamentário, que aponta para um deslocamento de percentual mínimo de recursos. Há ainda que se argumentar, que como mostra a pesquisa dos itens e serviços judicializados no Estado do Espírito Santo, que são estes serviços, listados na oferta das políticas do SUS. Portanto, deveriam estar disponibilizados diante da necessidade do cidadão paciente.

É notório o abandono dos equipamentos sociais públicos como Hospitais, Unidades de pronto atendimentos e equipamentos hospitalares. É indigno o tempo de espera por exames e cirurgias e mais indigno ainda se tornou o atendimento nas unidades de urgências e emergências. E estamos tão somente a falar sobre os agravos da saúde e doenças.

Se pensarmos em saúde, identificamos a ausência de políticas de promoção e prevenção à saúde e o mínimo exigido em lei, tratamento de água, alimentação e saneamento básico.

Entretanto, assistimos cada vez mais o crescimento das vozes que se colocam contra os processos judiciais das políticas de saúde, tratando a judicialização do setor como causa e não como realmente deve ser tratada, a consequência de um gravíssimo problema social de desvirtuamento da prestação de serviços das políticas públicas.

Percebemos que o Sistema de Justiça tem buscado mecanismos para regular e aperfeiçoar a judicialização, identificando o que deve e o que não precisa de intervenção. Podemos citar a criação do Fórum Nacional de Saúde do CNJ em 2009, as varas especializadas, os Comitês de Saúde do Judiciários e os NATs - Núcleos de Assessoramento Técnicos ao Judiciário.

É importante ter um juiz especializado na área da saúde para que decisões adequadas e justas sejam tomadas para a sociedade. Mesmo que os pedidos sejam individuais, na maioria das vezes, a decisão de forma indireta atingirá a coletividade, seja pelos recursos desviados de programas coletivos, seja porque os gastos dos sistemas privados influenciam diretamente no aumento das mensalidades de todos os usuários.

Outros Núcleos de Assessoramento Técnicos aos juízes estão sendo criados no país com a função de contribuir com maior celeridade e eficácia nas demandas que envolvam saúde.

São importantes e significativas estas medidas e o esforço é louvável, mas não servirão para reduzir a busca pelos serviços de saúde pela via judicial.

Neste caminho, diante da dificuldade do Poder Executivo em satisfazer todas as necessidades dispostas na legislação e nos próprios textos constitucionais, é que o Poder Judiciário surge como garante das promessas não cumpridas da entrega ao usuário do SUS dos serviços decorrentes do Direito à saúde prometido pelo Estado.

A política pública de Saúde do estado brasileiro, não foi capaz de responder à necessidade de atendimento e prestação dos serviços, e o Poder Judiciário, através de sua força coercitiva passou a ser resposta firme e segura aos conflitos e as necessidades da sociedade.

Não há que se falar em vantagens ou desvantagens do processo de Judicialização da Saúde capazes de justificar maior expansão ou recrudescimento do Poder Judiciário em defesa da entrega obrigacional dos serviços e procedimentos da saúde.

A conclusão a que se chega é que é importante e urgente que se melhore as decisões judiciais, que sejam baseadas na oferta prometida pelas políticas do SUS, que se respeite o planejamento orçamentário.

Porém, mais importante do que os números dos processos e dos desvios orçamentários, a Judicialização das políticas de saúde, moveu a máquina pública estatal em direção a uma gestão de saúde centrada no cidadão e no valor maior tutelado no texto constitucional: o direito a preservação da vida com qualidade e dignidade.

REFERÊNCIAS

- BARROSO, L.R. **Da falta de efetividade à constitucionalização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** In: Temas de direito constitucional, 2009.
- BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado.** Imprensa: São Paulo, Malheiros, 2004.
- BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Constituição (1934).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1934.
- BRASIL. **Constituição (1937).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1937.
- BRASIL. **Constituição (1947).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1947.
- BRASIL. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Anais. Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2017. Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>>. Acesso em: 17 julho 2017.
- BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2006.
- CANOTILHO, J. J. G. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 3 ed. Coimbra: Almedina, 1998.
- CITTADINO, G. **Judicialização da Política, constitucionalismo democrático e separação de poderes.** Belo Horizonte: UFMG, Rio de Janeiro: IUPERJ, FAPERJ, 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum do Judiciário para a Saúde. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/demandasnoatribunais.forumSaude.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-aco/es/pj-justica-em-numeros>>. Acesso em: 23 de junho de 2017.

CURY, I. T. **Direito Fundamental à Saúde: Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

CZERESNIA D., FREITAS C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DINAMARCO, C. R. **Manual de Direito Processual Civil**. 2. ed. São Paulo: Forense, 2000.

GARAPON, A. **O juiz e a democracia: o guardião das promessas**. Imprensa: Rio de Janeiro, Revan, 2001.

MELLO, C. RE nº 581.352 AGR/AM, 2013. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24205269/recurso-extraordinario-re-581352-am-stf>>. Acesso em: 17 julho 2017.

MELLO, C. RE 271.286/RS, 2000. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000103463&base=baseAcordaos>>. Acesso em: 17 julho 2017.

MELLO, C. ADPF-MC 45/DF, 2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>>. Acesso em: 17 julho 2017.

MELLO, C. RE 273834/RS, 2001. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14825091/recurso-extraordinario-re-273834-rs-stf>>. Acesso em: 17 julho 2017.

NIETZSCHE, F. **Obras incompletas**. 3 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre financiamento da Saúde, OMS**, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em 17 julho 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em 17 julho 2017.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque, ONU, 1949. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>>. Acesso em: 25 junho 2015.

PAIM J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 18 outubro 2016.

ROSEN, G. **Uma história de saúde pública**. Trad. Marcos Fernandes da Silva. São Paulo: UNESP, 1994.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, 2007.

Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/rere.asp>>. Acesso em: 17 julho 2017.

SCHULZE, C. J. Novos números sobre a judicialização da saúde. In: Empório do Direito, 2016. Disponível em <<http://emporiododireito.com.br/novos-numeros-sobre-a-judicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze/>>. Acesso em: 11 março 2017.

SCHWARTZ, G. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

VALLINDER, T.; TATE, C. N. **The Global Expansion of Judicial Power**: The Judicialization of Politics. New York: New York University. 1995.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio e Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VIANNA, L. W. et al. **A Judicialização das Políticas e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999.

WANG, D. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, 2009.

ANEXO

LEIS, DECRETOS E PORTARIAS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [\(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013\)](#)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013](#). [\(Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017\)](#)

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

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

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. [\(Vide Decreto nº 1.651, de 1995\)](#)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

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

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
[\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), com o qual funcionará em perfeita integração. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. [\(Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013\)](#)

Art. 19-L. [\(VETADO\)](#) [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

CAPÍTULO VIII

[\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE”

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - [\(VETADO\)](#); [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-S. [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Excetua-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: [\(Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

IV - demais casos previstos em legislação específica. [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários

específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ [\(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012\)](#) [\(Vide Lei nº 8.142, de 1990\)](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas ([Código Penal, art. 315](#)) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDOCOLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

Decreto nº 94.657, de 20 de Julho de 1987

Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 10 do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º. Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.

Parágrafo único. O Programa será implantado e executado segundo diretrizes aprovadas pelo Presidente da República.

Art. 2º. Os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social baixarão as instruções necessárias à execução do disposto neste decreto, fazendo-o em ato conjunto quando a matéria envolver interesse de ambos os Ministérios.

Art. 3º. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 20 de julho de 1987; 166º da Independência e 99º da República.

JOSÉ

SARNEY

Roberto Figueira Santos

Raphael de Almeida Magalhães

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 de 21/07/1987

Publicação:

- Diário Oficial da União - Seção 1 - 21/7/1987, Página 11503 (Publicação Original)
- Coleção de Leis do Brasil - 1987, Página 180 Vol. 6 (Publicação Original)

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de

saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

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

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica –SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996; e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde –

CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 07 de dezembro de 2001;

Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º - Esta Portaria entra data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial nº 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1. **BARJAS NEGRI**

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante este percurso, em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com

representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.

Ainda como resultado do processo de elaboração da NOAS-SUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições da regulamentação complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Enfim, cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

CAPÍTULO I

DA REGIONALIZAÇÃO

1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I.1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

4. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

a) O acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

b) O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

5. Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR:

a) Região de Saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

b) Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 8 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada/GPAB-A, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou

- município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada / GPAB-A, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

c) Município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A) - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

d) Município-pólo (GPSM ou GPAB-A) - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.

6. Para se qualificarem aos requisitos da NOAS SUS 01/02, os estados e o Distrito Federal deverão submeter à CIT os produtos, bem como os meios de verificação correspondentes, definidos no Anexo 6 desta norma, contendo, no mínimo:

a) a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

b) a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

c) o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos;

d) a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios -sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

e) os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

f) a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

g) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual;

6.1. Os produtos relativos à qualificação dos estados e do Distrito Federal aos requisitos desta Norma, no que tange a sua elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação, obedecerão ao seguinte:

6.1.1 na sua elaboração:

a) Cabe às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais.

b) O PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência.

c) O PDR subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões.

6.1.2 na tramitação:

a) A Secretaria de Saúde do estado ou do Distrito Federal deverá encaminhar o os produtos à respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que deverá convocar reunião para análise e aprovação, após, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da proposta;

b) Aprovado o Plano Diretor de Regionalização e demais produtos, a CIB deverá remetê-la ao Conselho Estadual de Saúde - CES, que terá 30 (trinta) dias para apreciação e deliberação;

c) Após aprovado nas instâncias estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá encaminhar o PDR e demais produtos à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que encaminhará a documentação referida à Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS e à Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/ MS, para análise de conteúdo e viabilidade; após o que procederão ao

encaminhamento destes, com parecer, à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação e homologação.

d) Caso não seja homologada pela CIT, a referida documentação deverá ser devolvido à respectiva Secretaria Estadual de Saúde, para ajuste e análise das recomendações e novamente submetido à apreciação da CIB e do CES.

e) em caso de alteração do PDR pelo estado ou Distrito Federal após sua homologação pela CIT, deverá ser observada a mesma tramitação definida para a proposta original.

I.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

7. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

7.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1 desta Norma.

7.2. As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS N° 3.925, de 13 de novembro de 1998, e regulamentado anualmente em portaria específica.

7.3. O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB), acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

7.4. Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, foi instituído o PAB Ampliado, e seu valor definido em Portaria do Ministério da Saúde, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB Ampliado não sofrerão alteração no valor per capita do PAB fixo destinado ao seu município.

7.5. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB Ampliado, após assumirem a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, mediante avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde, aprovação pela CIB, e homologação pela CIT.

7.6. A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a unidade organizacional do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo de avaliação da Atenção Básica para efeito de habilitação e manutenção nas condições de gestão definidas nesta Norma.

I.3 DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS E DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES

8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

8.1. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.

9. O financiamento federal do conjunto de serviços do M1 adotará a seguinte lógica:

9.1. O financiamento das atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1), será feito com base na programação de um valor per capita nacional mínimo, definido em Portaria do Ministro da Saúde.

9.2. O financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Limite Financeiro Global da Assistência de cada Unidade da Federação;

9.3. Para apoiar o processo de qualificação das regiões/microrregiões e garantir os recursos per capita para o financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) para toda a população brasileira, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Limite Financeiro dos Estados, conforme definido em Portaria específica, sendo que a destinação destes recursos estará descrita na PPI dos estados e do Distrito Federal, devendo sua incorporação ao Limite Financeiro dos Estados ocorrer na medida em que forem efetivadas as qualificações das regiões/microrregiões assistenciais.

9.4. Serão qualificadas apenas as regiões/microrregiões nas quais a PPI estadual tenha definido a alocação dos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) na(s) sede(s) de módulo(s) assistencial(is).

9.5. Nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do M1 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

10. O repasse dos recursos de que trata o Subitem 9.3 - Item 9 - Capítulo I, desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

11 A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente

nestes espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR.

12. Os requisitos para a qualificação de cada região/microrregião e respectivos instrumentos de comprovação estão listados no Anexo 7 desta Norma.

13. A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada à CIT, observando que:

13.1 O gestor estadual, conjuntamente com os gestores municipais da região a ser qualificada, deve encaminhar a CIB solicitação de qualificação da região/microrregião;

13.2 A CIB deverá analisar a solicitação que, se aprovada, deverá ser encaminhada ao CES, para conhecimento, e à Secretaria Técnica da CIT, para deliberação;

13.3 A Secretaria Técnica da CIT deverá encaminhar documentação à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que procederá a respectiva análise, de acordo com o PDR já aprovado;

13.4. A SAS/MS deverá encaminhar parecer quanto ao processo de qualificação à CIT, para decisão quanto à sua homologação.

14. Após a homologação na CIT do processo de qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente ao financiamento dos procedimentos listados no ANEXO 3A desta Norma (M1) destinados à cobertura da população do município-sede de módulo, acrescido do montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos por uma das duas formas: (i) fundo a fundo ao estado habilitado quando o município-sede de módulo for habilitado em GPAB-A (ii) fundo a fundo ao município-sede de cada módulo assistencial quando esse for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, sendo que, neste caso, a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 37 e 38 - Capítulo II desta Norma.

15. Em módulos nos quais a sede estiver sob gestão municipal, caso exista um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultrasonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser sede de módulo assistencial, esse município poderá celebrar um acordo com o gestor do município-sede do módulo para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

16. A Secretaria de Assistência à Saúde é a unidade organizacional do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na

assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

I.4 DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

17. A Atenção de Média Complexidade (MC) - compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

19. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, economias de escala, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

20. Os subsídios à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção são descritos em instrumento a ser acordado pelas três esferas de governo e definido em Portaria do MS.

21. O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

21.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos estados para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

21.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

21.3. A programação de internações hospitalares deve utilizar critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população, e considerar a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre municípios.

21.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação pactuada integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

22. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 - Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um município pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

22.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

22.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I.5 DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

23. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições:

- a - definição de normas nacionais;
- b - controle do cadastro nacional de prestadores de serviços;
- c - vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde;
- d - definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS;
- e - definição do elenco de procedimentos de alta complexidade;
- f - estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços;

g - definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;

h - formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados;

i - financiamento das ações.

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

24. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

a - a macroalocação de recursos orçamentários do Limite Financeiro da Assistência do estado para cada área de alta complexidade;

b - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

c - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

d - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

e- a definição de limites financeiros municipais para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente às referências de outros municípios;

f - a coordenação dos processos de remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites financeiros municipais;

g - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

h - a coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);

i - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

j - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

24.1 A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

25 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

a - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

b - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

c - condução do processo de contratação;

d - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

e - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

f - controle, avaliação e auditoria de serviços.

25.1 A regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, quando o município encontrar-se na condição de gestão plena do sistema municipal, e de responsabilidade do gestor estadual, nas demais situações.

25.2 A regulação dos serviços de alta complexidade, localizados em município habilitado em GPSM de acordo com as regras estabelecidas pela NOB SUS 01/96 em que persista a divisão do comando sobre os prestadores, deverá ser assumida pelo município ou pelo estado, de acordo com o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto no item 66 desta Norma.

25.3. Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

26. As ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com Portaria do Ministério da Saúde.

27. O Ministério da Saúde, definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado.

28. Caberá aos estados, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

29. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo - alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

29.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

30. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II

FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II.1 DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

31. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

31.1. As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme definido em Portaria do Ministério da Saúde.

31.2. As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

32. Cabe a SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

a) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas

Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

b) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços;

c) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

d) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades inerentes ao exercício do comando único de forma coerente com as condições de habilitação.

33. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

33.1. Define-se limite financeiro da assistência por município como o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

33.2. Esses recursos poderão estar sob gestão municipal, quando o município encontrar-se em GPSM, ou sob gestão estadual, quando o município estiver em outra condição de gestão.

33.3. O Limite Financeiro da Assistência de cada estado, assim como do Distrito Federal no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:

a) Relação de todos os municípios do estado, independentemente da sua condição de gestão.

b) Condição de Gestão do Município/ nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade.

c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal

d) Parcela de recursos financeiros para o atendimento das referências intermunicipais

e) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão estadual

f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na Secretaria Estadual de Saúde

g) Limite Financeiro Global da Unidade Federativa - soma dos itens C, D, E e F.

33.4. Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

33.5. Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

33.6. Em regiões/microrregiões qualificadas, os recursos referentes ao M1 alocados no município-sede serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde quando o município-sede estiver habilitado em GPSM ou ao Fundo Estadual de Saúde quando o município-sede estiver habilitado em GPAB-A.

33.7. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas no Item 38 - Capítulo II.

34. A SES deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os produtos do processo de programação da assistência, conforme definidos em Portaria do Ministério da Saúde.

II.2 DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

35. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

36. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

37. A garantia do atendimento à população referenciada será objeto de um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a ser assinado pelo gestor municipal e pelo gestor estadual quando o município-sede de módulo ou município-pólo estiver em GPSM.

37.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

38. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A) periodicamente, em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 desta Norma), sendo a CIB informada em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

38.1. Nas situações em que os recursos de média e alta complexidade de municípios que efetuem atendimento das referências intermunicipais estejam sob gestão estadual, e os mecanismos de garantia de acesso não forem cumpridos pelo estado, os municípios que se sentirem prejudicados deverão acionar a CIB para que essa Comissão tome as providências cabíveis.

39. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES à SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

40. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSP, o município deverá assumir o comando único sobre os prestadores do seu território e participar do processo de programação e quando necessário, garantir o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 DO PROCESSO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

41.1.1. As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo.

42. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas seguintes dimensões:

- A) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- B) relação com os prestadores de serviços;
- C) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- D) resultados e impacto sobre a saúde da população.

43. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

44. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

44.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

44.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a

legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

44.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

44.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

44.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

45. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

46. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

47. Os estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

47.1. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

47.2. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

49. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

50. Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

51. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do limite financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO - III

CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III.1 CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

52. A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III.1.1 Com relação ao processo de habilitação dos municípios

53. A partir da publicação desta Norma os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

53.1. Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

53.2. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

54. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

b) Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.

c) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

d) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União.

e) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção.

f) Cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 7.1 - Item 7 - Capítulo I desta Norma.

g) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 7.3 - Item 7 - Capítulo I desta Norma.

h) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

i) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES.

j) Desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.

k) Operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.

l) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.

m) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

n) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.

o) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

p) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente.

q) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

r) Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.

Requisitos

a) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

b) Comprovar o funcionamento do CMS.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e

estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

d) Comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle, e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação.

e) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

f) Estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

g) Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:

1. Desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;

2. Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria;

3. Disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;

4. Disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância epidemiológica.

j) Formalizar junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária.

b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal.

c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

55. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.

b) Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.

c) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.

d) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União.

e) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressalvando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto na letra c do Item 57 - Capítulo III desta Norma.

f) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

g) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.

h) Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.

i) Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.

j) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.

k) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.

l) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

m) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB.

n) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;

o) Firmar o Pacto da Atenção Básica com o estado.

Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

d) Estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

e) Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento a CIT:

1. Desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;

2. Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria

3. Disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;

4. Disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.

f) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde.

g) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

h) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.

i) Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à Internet).

j) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

k) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

l) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

m) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

n) Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal.

o) Comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares.

p) Comprovar Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Cartão SUS.

q) Formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.

Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos.

b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela

destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado.

c) Gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 Do processo de habilitação dos estados

56. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL;
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

57. São atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada.

b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma.

c) Gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional.

e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os municípios-sede de módulos assistenciais e pólos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso.

f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS

g) Gestão das atividades referentes a: Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes. O estado poderá delegar essas funções aos municípios em GPSM.

h) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional.

i) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores.

k) Organização e gestão do sistema estadual de Controle, Avaliação e Regulação.

l) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

m) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA.

n) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde.

o) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

p) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

q) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA.

r) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma.

s) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal.

t) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

u) Operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

v) Coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados.

Requisitos

a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;

- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento;

- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;

- estratégias de reorganização do modelo de atenção;

b) Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, nos termos desta Norma.

c) Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.

d) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

e) Comprovar o funcionamento da CIB.

f) Comprovar o funcionamento do CES.

g) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.

h) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

i) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

j) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos desta Norma.

k) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

l) Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet). Comprovar também, a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.

m) Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.

n) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

o) Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

p) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pela CIB e pelo CES, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) relativos aos municípios não habilitados, nos termos da NOB 96.

b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

58. Além dos atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidade

a) Cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

Requisito

a) Dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativa

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

III.2 DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 Da desabilitação dos municípios

59. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

60. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada estarão passíveis de desabilitação quando:

A) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;

B) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

C) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da Atenção Básica;

D) não cumprirem os demais critérios de avaliação da Atenção Básica, para manutenção da condição de gestão, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e publicados em regulamentação complementar a esta norma;

E) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

F) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

60.1. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

61. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

A) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 60 - Capítulo III desta Norma; ou

B) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

B.1 cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

B.2 disponibilidade do conjunto de serviços do M1;

B.3 atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

B.4 comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

61.1. A desabilitação de municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à gestão plena da atenção básica ampliada.

61.2. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 Da desabilitação dos estados e suspensão do repasse financeiro

62. Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados estarão passíveis de desabilitação pela CIT.

62.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

c) não alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS.

d) não firmar o Pacto de Atenção Básica.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

63. Os requisitos e os instrumentos de comprovação referentes ao processo de habilitação para os municípios habilitados em GPSM conforme a NOB SUS 01/96, pleiteantes a GPSM desta NOAS estão definidos no Anexo II da Instrução Normativa 01/02.

64. Os instrumentos de comprovação, fluxos e prazos para operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação de municípios e estados estão definidos na IN 01/02.

65. Os municípios que se considerarem em condições de pleitear habilitação em GPSM em estados que não tiverem concluído seus respectivos PDR, PDI e PPI deverão apresentar requerimento a CIB estadual para que essa Comissão oficialize o cronograma para conclusão desses processos.

65.1. Caso a respectiva CIB não se pronuncie em prazo de 30 (trinta) dias ou apresente encaminhamento considerado inadequado pelo município, este poderá apresentar recurso a CIT, que tomará as medidas pertinentes.

66. Os municípios atualmente habilitados em gestão plena do sistema municipal, localizados em estados em que a gestão encontra-se compartilhada entre o gestor estadual e o municipal, deverão se adequar ao comando único, com a transferência da gestão para a esfera municipal ou estadual, se for o caso, de acordo com cronograma previamente estabelecido na CIB estadual.

67. Os impasses com relação ao ajuste do comando único não solucionados na CIB estadual deverão ser encaminhados ao CES; persistindo o impasse, o problema deverá ser encaminhado a CIT, que definirá uma comissão para encaminhar sua resolução.

68. Os estados atualmente habilitados nas condições de gestão plena do sistema estadual deverão adequar-se aos requisitos desta Norma até o dia 29/03/2002, em conformidade com o que se encontra disposto na Portaria GM/MS 129, de 18 de janeiro de 2002.

69. As instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a CIB estadual, o CES, a CIT e, em última instância, o CNS.

70. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.